

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**PERFIL DAS MULHERES TRABALHADORAS DE UMA  
INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR EM RELAÇÃO A  
PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO UTERINO : UMA  
ESTRATÉGIA EM BUSCA DE QUALIDADE DE VIDA NO  
TRABALHO.**

ADRIANA CRISTINA FRANCO

Dissertação submetida à  
Universidade Federal de Santa  
Catarina para obtenção do Grau de  
Mestre em Engenharia de Produção.

Florianópolis

2001

**ADRIANA CRISTINA FRANCO**

**PERFIL DAS MULHERES TRABALHADORAS DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR EM RELAÇÃO A PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO UTERINO : UMA ESTRATÉGIA EM BUSCA DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO.**

Dissertação no requisito para a obtenção do título de **Mestre em Engenharia da Produção** no **Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção** da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Prof. Ricardo de Miranda Bácia, PhD.**  
**COORDENADOR**

**Banca examinadora:**

---

**Prof. Glaycon Michels, Dr.**  
**Orientador**

---

**Prof<sup>a</sup>. Ana Maria B. Franzoni, Dra.**

---

**Prof<sup>a</sup> Jane Maria de Souza Philippi, Ms.**

---

**Prof<sup>a</sup>. Suely Grosseman, Dra.**

*A Deus que nos momentos de ansiedade me fez refletir e deu-me paz interior.*

*Aos meus pais, Édson e Beatriz , que sempre me depositaram confiança e estímulo, desde o início desta jornada, pela motivação e apoio, por compreenderem minhas dificuldades, por valorizar sobretudo este meu momento de crescimento profissional.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dr. Glaycon Michels, pela orientação da pesquisa.

À Engenheira Anete Diesel, meu muito obrigada . Você sempre esteve presente, este sucesso também lhe pertence, meu trabalho deu certo porque você participou e participa intensamente dele.

À Dra. Regina de Paula Xavier, patologista, dedicada ao combate do câncer, que confiou no meu profissionalismo e não mediu esforços para colaborar com esta pesquisa.

À bibliotecária Romilda Santos, pelos contribuições na ajuda em busca de referenciais bibliográficos que fundamentaram meus argumentos.

À Elizabeth de Cassia Benato, Chefe do Departamento Pessoal da Universidade Tuiuti do Paraná, pela disposição em colaborar.

Ao Sr. Romeu França dos Reis e Dr. Brasil Viana Neto, do Serviço Especializado e Segurança e Medicina do Trabalho da Universidade Tuiuti do Paraná por valorizarem esta pesquisa.

À grande amiga Luciana Hass, pelo apoio, paciência, por me escutar sempre que precisei, por participar dos meus desabafos...

Aos amigos Ney Emerson Gusso e Débora Regina Ferreira pela compreensão nos momentos de minha ausência.

Ao Magnífico Reitor da Universidade Tuiuti do Paraná, Sydnei Antonio Rangel dos Santos, que incorporou esta causa e deferiu como Projeto de Extensão hoje instituído no Curso de Enfermagem .

Ao diretor da Faculdade de Ciência Biológicas e da Saúde da Universidade Tuiuti do Paraná, Dr. João Henrique Farnyuk , que sempre me apoio nesta jornada.

À Coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade Tuiuti do Paraná, Prof. Jussara M. R. Cavalieri, pela compreensão, confiança e pelo incentivo ao meu crescimento profissional.

À Coordenadora Técnico Pedagógica do Curso de Enfermagem da Universidade Tuiuti do Paraná, Prof. Eliana Portela Carzino, amiga de verdade, que compartilhou meus momentos, deu-me força, esteve sempre ao meu lado nas conquistas, nas derrotas, nas horas boas e nas difíceis, e que me tem como uma filha.

Aos colegas de trabalho, graduandos de enfermagem: Michelle Taverna em especial, parentes e amigos que contribuíram de alguma forma para o término deste trabalho.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	viii
<b>RESUMO</b> .....	ix
<b>ABSTRACT</b> .....	x
<b>I – INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>1.1 A PROBLEMÁTICA</b> .....	4
<b>1.2 JUSTIFICATIVA</b> .....	4
<b>1.3 QUESTÕES A INVESTIGAR</b> .....	5
<b>1.4 OBJETIVOS</b> .....	6
<b>1.4.1 Objetivo Geral</b> .....	6
<b>1.4.2 Objetivos Específicos</b> .....	6
<b>1.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO</b> .....	7
<b>1.6 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO</b> .....	7
<b>1.7 DESCRIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS CAPÍTULOS</b> .....	8
<b>II – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	9
<b>2.1 ANATOMIA DO APARELHO REPRODUTOR FEMININO</b> .....	9
<b>2.2 FISIOLOGIA</b> .....	12
<b>2.3 PATOLOGIA</b> .....	13
<b>2.4 CLASSIFICAÇÃO COLPOCITOLÓGICA DE PAPANICOLAOU</b> .....	23
<b>2.4.1 Técnica de Coleta de Material</b> .....	23
<b>2.5 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO</b> .....	27
<b>2.5.1 Problemas da Quimioterapia Antineoplásica</b> .....	30
<b>2.5.2 Histerectomia</b> .....	31
<b>2.6 DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS</b> .....	32

<b>2.6.1 Herpes Genital</b> .....	34
2.6.1.1 Quadro Clínico .....	35
2.6.1.2 Tratamento .....	36
<b>2.6.2 Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV)</b> .....	37
2.6.2.1 Diagnóstico .....	39
2.6.2.2 Tratamento .....	40
2.6.2.3 Seguimento .....	42
2.6.2.4 Conduta para os parceiros sexuais .....	43
<b>2.6.3 Infecção subclínica pelo HPV na Genitália (sem lesão macroscópica</b> .....	43
<b>III – MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	45
<b>IV – RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	49
<b>V - CONCLUSÕES</b> .....	71
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	75
<b>ANEXOS</b> .....	77

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição de consultas por Campi Universitários.....	50
Figura 2 – Relação entre idade e estado civil.....	51
Figura 3 – Relação entre idade e o início da atividade sexual.....	52
Figura 4 – Relação entre idade e o tempo de realização do último preventivo.....	54
Figura 5 – Relação entre absenteísmo laboral e tempo de empresa.....	55
Figura 6 – Jornada de trabalho.....	56
Figura 7 – Relação entre a ocupação anterior e a ocupação atual.....	57
Figura 8 – Doenças relacionadas a antecedentes familiares.....	58
Figura 9 – Relação entre vícios (fumo), tempo de consumo e idade.....	59
Figura 10 – Relação entre vícios (álcool), tempo de consumo e idade.....	59
Figura 11 – Relação entre queixa leucorréia (sim/não) com doença sexualmente transmissível.....	60
Figura 11.1 – Relação entre queixa leucorréia (sim/não) com doença sexualmente transmissível.....	61
Figura 11.2 – Relação entre queixa leucorréia (sim/não) com doença sexualmente transmissível.....	61
Figura 11.3 – Flora bacteriana.....	62
Figura 11.4 – Flora fúngica.....	62
Figura 12 – Relação ente quantidade, aspecto e odor das queixas de leucorréia.....	63



Figura 12.1 – Relação entre quantidade, aspecto e odor das queixas de leucorréia .....	64
Figura 12.2 – Relação entre quantidade, aspecto e odor das queixas de leucorréia .....	64
Figura 13 – Diagnóstico principal .....	66
Figura 13.1 – Alterações celulares .....	66
Figura 14 – Representação da junção escamo colunar (JEC) e os diferentes tipos celulares analisados.....	67
Figura 15 – Representação da junção escamo colunar (JEC) e os Diferentes tipos celulares analisados.....	68
Figura 16 – Inflamação.....	69

FRANCO, Adriana Cristina. **Mulheres Trabalhadoras e a Prevenção de Câncer de Colo Uterino: Uma Estratégia em Busca da Qualidade de Vida no Trabalho.** Florianópolis, 2001. 77p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, 2001.

## RESUMO

O câncer de colo uterino constitui um problema de Saúde Pública no Brasil, devido a sua alta incidência de mortalidade, atualmente está sendo considerado a segunda causa de mortalidade. A prevenção se dá através de medidas simples utilizando exame preventivo ou Papanicolaou. Atualmente a mulher brasileira vem assumindo responsabilidades nos trabalhos fora e dentro de casa. As jornadas de trabalho que lhes são ofertadas nas maiorias das empresas e de acordo com a Consolidação das Leis Trabalhistas, compreendem oito horas e solicita a permanência destas mulheres em quase tempo integral. Paralelo a este fato, as Unidades Básicas de Saúde de Curitiba e Região Metropolitana, que realizam o exame preventivo atendem também no mesmo período, dificultando o acesso das mesmas. Associado a isto a questão, a percepção e a preocupação com o corpo são deixadas em segundo plano levando muitas delas ao “esquecimento ou falta de tempo” para realizar seu preventivo. Partindo desta premissa, elaborou-se um estudo do perfil das trabalhadoras da Universidade Tuiuti do Paraná, resgatando a prevenção de câncer de colo como estratégia de qualidade de vida no trabalho. Dos objetivos propostos incluíam-se levantamento das condições de saúde ginecológica e de trabalho das mulheres através do instrumento de consulta, realização de consultas de enfermagem, propondo soluções ou respectivos encaminhamentos necessários, coleta de material para exame Papanicolaou, tratamento de infecções ginecológicas encontradas entre outros. A população objeto deste estudo foi de cento e seis mulheres trabalhadoras, na faixa etária de 15 a 61 anos, identificadas como sexualmente ativa e que ainda não iniciaram atividade sexual. Desde total, 86 mulheres foram submetidas ao exame preventivo. Compareceram às consultas de enfermagem semanalmente durante os meses de abril a novembro de 2000. Do total das mulheres entrevistadas a faixa etária de maior concentração foi de 31 a 35 anos, sendo que destas, a maioria eram casadas. Com a última citologia realizada até um ano, mulheres entre 33 a 41 anos eram em maior ocorrência. Das zeladoras, população inicialmente selecionada, 65% tinham até 2 anos de tempo de serviço na empresa. A importância desta análise se dá ao fato observado pela alta rotatividade de funcionários e pouco tempo de serviço. Portanto são mulheres que preocupam-se porque estão trabalhando há pouco tempo no emprego, elas têm medo de perdê-lo, desta forma não fazem o exame preventivo. Do total da população 96% fazem 8 horas diárias de trabalho. Segundo o diagnóstico citológico principal, 1% revelou HPV associado diretamente a fatores de risco encontradas nesta população.

**Palavras Chaves:** câncer uterino – trabalho – prevenção.

FRANCO, Adriana Cristina. **Perfil das Mulheres Trabalhadoras de uma Instituição de Ensino Superior em relação a prevenção de câncer de colo uterino: uma estratégia em busca de qualidade de vida no trabalho.** Florianópolis, 2001. 77f. Dissertação ( Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós – Graduação, UFSC, 2001.

### ABSTRACT

The uterine cancer is a big problem in the Brazilian Public Health System, due to its high mortality incidence, nowadays uterus cancer has being considered the second cause of most of deaths. The prevention is made through simple and low cost actions, using the Papanicolaou preventive exam. As the time goes by, the Brazilian woman has taking more responsibilities working out and working inside their houses too. According to the Brazilian Labor Law, the labor journey must be of eight hours per day, and often the Public Units of Health in Curitiba in Region is open during the same hours that women are working, and consequently they can't make the preventing exam, we can also consider that Brazilian women leave the body preoccupation in the second level and they give more importance to other things and often they use the excuse that "they can't find the time". Concerning this problem, a study of women profiles that work in the Tuiuti University (Pr) and this study is rescuing the prevention of uterus cancer as a strategy of life quality in work. In the objectives of this study is included a research of gynecological health conditions and work conditions of women through visits to nurse and give the solution or guiding to each case, collect the material to make the Papanicolaou exam. Also will be made the treating of gynecological infections may found among others. The populations of this study was 106 women, they were 15 up to 61 years old. Of this total, 86 women was made the preventing exam during April until November, 2.000. Of the interview total of women the life period majority was married and they were 31 up to 35 years old. They had made their last exam even one year, had more cases in women that were 33 up to 41 years old. The janitress, initial population selected, 65% had working until 2 years in the same where. The importance of this study is that show us the big hard working rotation and working for a little time in the same where. Therefore, they were women that had preoccupied because the little time their work in the same employment this way didn't make the exam preventing because have fear to lost the job. In this population 96% work 8 hours per day. According to the principal diagnostic, 1% have HPV associate with risk factor that was found in this one.

**Key words** : uterine cancer, job, prevention

## I - INTRODUÇÃO

A frequência do câncer na raça humana, é maior entre as mulheres que entre os homens. Entretanto, segundo Alperovitch & Alperovitch (1992), na França o câncer é mais freqüentes no homem com 57%, do que nas mulheres, com 43%; o câncer mamários e o genital são a segunda causa de mortalidade. O câncer de vulva representa 3 a 5% das neoplasias malignas do trato genital e 1 a 4% de todos os tumores malignos na mulher. Na vagina, o câncer representa menos de 2% das neoplasias do trato genital feminino e aproximadamente 0,5% de todos os tumores malignos da mulher. No Brasil, o câncer de mama ocorre 40.000 novos casos por ano, sendo que destes 4.000 mulheres vão a óbito. O câncer de colo uterino é a segunda neoplasia maligna que acomete a mulher.

No mundo, especialmente nos países desenvolvidos, o câncer como causa de morbidade e mortalidade, vem ocorrendo na proporção de 4 milhões de mortes por ano. Nas mulheres com 75 anos de idade, esta probabilidade varia de 9 a 32 %. No Brasil, as neoplasias são responsáveis por cerca de 15% de todas as mortes na população adulta. Doll (*apud* Kitamura, 1991).

O câncer de colo uterino constitui um problema de Saúde Pública no Brasil, devido a sua alta incidência de mortalidade. Segundo Brasil (1986), no período de 1976 a 1980, ele apresentou 23,7% de incidência entre todos os tipos de câncer que acometem as mulheres. Atualmente, está sendo considerado a segunda causa de mortalidade, sendo a primeira, o câncer de mama. Em fevereiro de 1998, o Instituto Nacional de Câncer – INCA, registrou, numa análise de 140.705 casos novos, 49.880 mortes, onde destas, 34% representaram a incidência de câncer de mama, colo uterino, estômago e pulmão e 37%, a mortalidade entre os mesmos que, a maioria dos óbitos por câncer ocorrerão nas

mulheres a partir de 40 anos e nos homens a partir dos 50. O Instituto Nacional de Câncer – INCA, em seus estudos sobre a incidência e mortalidade por câncer, afirma que em 1998, no Brasil, o câncer de colo uterino foi responsável por 3.693 mortes e para o ano de 2001 as estimativas prevêm 3.725 novas mortes. MINISTÉRIO DA SAÚDE ( 1997). O câncer de colo uterino é o único câncer para o qual se dispõe de tecnologia para prevenção, detecção precoce e tratamento.

Para Garicocheia (1998), o câncer tem herança genética. Ele afirma que, de todos os fatores, o mais importante para detectar a origem e possível desenvolvimento dos tumores em uma pessoa é a genética. Cerca de 25% dos tumores tem alguma associação com herança familiar. Isto representa 10% de todos os casos, conhecido por “Síndrome do Câncer”.

Segundo Ponten *et. al.* (1995), citado pelo Brasil (1998), o câncer de colo uterino é uma doença de evolução lenta, que passa da fase precursora para o câncer propriamente dito em aproximadamente dez anos.

Algumas infecções cérvico-vaginais de transmissão sexual estão relacionadas com o desenvolvimento desta doença (Ministério da Saúde, 1998) bem como tabagismo, más condições de vida, início precoce da atividade sexual, multipariedade, infecções pelo Papiloma Vírus Humano ( HPV) e promiscuidade. Segundo o INCA (1997), em 94% dos casos de câncer de colo uterino o HPV está presente.

Segundo Nogueira (*apud* Kitamura, 1991), o Brasil inclui-se entre os países que apresentam maiores índices de acidentes do trabalho dos quais as taxas de doenças profissionais é proporcionalmente baixa. O autor ressalva que, este número é baixo não porque elas não sejam freqüentes, mas sim, porque as doenças não são diagnosticadas e que isto se dá pela falta fundamental de ensino relacionado a saúde ocupacional, estando

estas, no rol das especializações. Nogueira ( *apud* Kitamura, 1991) refere ainda que as doenças profissionais não se distinguem das não-ocupacionais que afetam a população em geral, e isto é mais verdadeiro ainda em relação ao câncer ocupacional, que se distingue dos tumores que afetam toda a população por um único dado: incide em pessoas que, em seu trabalho, estiveram muito tempo expostos a agentes cancerígenos.

Para Nogueira ( *apud* Kitamura, 1991), o diagnóstico da doença de origem ocupacional tem importância social muito grande, pois permitirá pelo menos melhorar as condições de vida do trabalhador e de sua família, bem como, alertará para que medidas de proteção sejam adotadas para outras pessoas que trabalhem em ambiente semelhante ao do trabalhador doente, evitando o aparecimento de outros casos.

Kitamura (1991) afirma que um dos problemas metodológicos para estabelecer a relação causa-efeito entre a alta incidência de câncer em um determinado grupo de trabalhadores e a sua ocupação, é determinar qual o papel desempenhado por outros fatores não ocupacionais (por exemplo: tabagismo, consumo de álcool, dietas e medicamentos). Apesar desta dificuldade, o fator ocupação desempenha importante papel na causalidade do câncer; isto torna evidente a utilidade e a oportunidade de se trabalhar nesse campo, a nível primário de saúde.

Apesar do empenho do Governo com campanhas de auto-exame de mama e o preventivo de câncer de colo uterino, as mulheres, na sua maioria não se sensibilizaram da gravidade das patologias e do alto índice de mortalidade.

A situação da assistência à mulher, exige da enfermeira conhecimentos e preparo de natureza especializada. Ela deve possuir capacidade de refletir criticamente, a produção de novas tecnologias para enfrentar os problemas concretos da prática assistencial; deve

também possuir a capacidade de atuar como educadora e refletir sobre os problemas profissionais e o desenvolvimento de uma prática ética.

## **1.1 A PROBLEMÁTICA**

- Que perfil possui as mulheres sexualmente ativas trabalhadoras de uma empresa, em jornada de trabalho que exige dedicação em tempo integral, em relação a prevenção do câncer de colo uterino? A que plano é deixada a prevenção? Como a enfermeira pode contribuir para proporcionar melhor qualidade de vida no trabalho?

## **1.2 JUSTIFICATIVA**

Conforme proferido pela Organização Mundial de Saúde, descrito no Programa “Controle do Câncer Cérvico - Uterino e de Mama” (apud Merighi, *et al.*, 1987, p. 301), para se estabelecer um impacto epidemiológico na frequência e na distribuição desta doença, é necessário uma cobertura de 85% , mas em 1987, com base em dados parciais e exames citológicos, observou-se que a cobertura não ultrapassou 8%. Quanto mais precoce for a intervenção, maior a chance de sobrevivência da mulher e menor o custo do tratamento. Através de três sucessivos resultados negativos do exame Papanicolaou, o risco cumulativo de desenvolver este câncer é bastante reduzido. A coleta do material pode ser feita por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem treinados.

Não obstante todos estes recursos estarem disponíveis no Brasil, desde a década de 40, a mortalidade por esta doença não registrou queda nos últimos 20 anos. Contribuem

para esta realidade, o fato de que na utilização deles não está prioritariamente dirigido à população sob risco. A solução deste problema depende da organização da assistência, da adesão das mulheres e da participação de todos os setores da sociedade. A prevenção se dá através de medidas simples e de baixo custo utilizando o exame preventivo ou Papanicolaou, conhecido internacionalmente como instrumento adequado, mais sensível e aceito pelas mulheres para rastreamento do câncer.

É notório que, a grande maioria dos autores pesquisados, pouca ênfase atribuem à saúde da mulher trabalhadora. A cada ano que passa, a mulher brasileira vem assumindo responsabilidades no trabalho, fora e dentro de casa. As jornadas de trabalho que lhes são ofertadas na maioria das empresas em Curitiba no Estado do Paraná e de acordo com a Consolidação das Leis Trabalhista, compreendem oito horas , iniciando geralmente às sete horas com término às dezessete horas ou mais e ainda, as empresas solicitam a permanência destas mulheres em tempo quase integral. Paralelo a este fato, as Unidades Básicas de Saúde de Curitiba e Região Metropolitana, que realizam o exame preventivo atendem também neste mesmo período, dificultando o acesso e a procura das mesmas. Associado a esta a questão , a percepção e a preocupação com o corpo são deixadas em segundo plano, levando muitas delas ao “esquecimento ou falta de tempo” para realizar seu preventivo.

Partindo desta premissa, pretende-se realizar um estudo do perfil das trabalhadoras de uma Instituição de Ensino Superior em relação a prevenção de câncer de colo uterino, requisito este necessário para aquisição do título de Mestre em Engenharia de Produção ofertado pela Universidade Federal de Santa Catarina.



## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 Objetivo Geral**

Realizar um estudo do perfil das mulheres trabalhadoras de uma Universidade de Ensino Superior em relação a prevenção de câncer de colo uterino.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Levantar as condições de saúde ginecológica e de trabalho;
- Realizar a consulta de enfermagem, propondo soluções ou respectivos encaminhamentos necessários;
- Identificar o perfil epidemiológico das mulheres em relação aos resultados do exame preventivo de Papanicolaou;

## **1.4 LIMITAÇÃO DO ESTUDO**

O presente estudo limita-se a pesquisar um grupo de cento e seis mulheres trabalhadoras de uma Instituição de Ensino Superior distribuídas em diversas categorias tendo como predominância a zeladoria., no período de abril a novembro de 2000, que foram submetidas a consulta de enfermagem.

## **1.5 DESCRIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS CAPÍTULOS**

O capítulo 1, traz uma introdução acerca da epidemiologia do câncer, de modo geral e no mundo, direcionando para a incidência de câncer de colo uterino nacional e

no Estado do Paraná, relacionando com a problemática da elevada incidência desta doença em mulheres trabalhadoras que vivem e necessitam do trabalho para seu sustento e de sua família. No capítulo 2, encontra-se a fundamentação teórica que aborda o tema câncer de colo uterino sob o prisma anatômico, fisiológico, patológico, classificação e tratamento. Consideradas doenças de importância precursora do câncer de colo uterino, as principais doenças sexualmente transmissíveis, como herpes genital, infecções pelo papiloma vírus humano, vaginites e vaginoses bacterianas são sinteticamente abordadas. No capítulo 3 os materiais e métodos estão especificados de maneira a proporcionar a compreensão detalhada de como os objetivos foram atingidos. O capítulo 4 apresenta os resultados analisados e discutidos segundo a fundamentação teórica. No capítulo 5, conclui-se o estudo, pontuando toda a trajetória percorrida e refletindo a cerca da importância do profissional enfermeiro na atuação contínua da prevenção de doenças e promoção da saúde.

## II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 ANATOMIA DO APARELHO REPRODUTOR FEMININO

Para Novak *et al* (1983), os órgãos reprodutivos femininos se dividem em dois grupos: externo, composto de vulva e vagina; e o interno, composto de útero, trompa e ovário. A vagina, canal muscolomembranoso que une a vulva ao útero, mede aproximadamente nove centímetros de comprimento. Sua extremidade superior se expande no fórnix calciforme, ao qual se adapta a cérvix. Esta é separada externamente do corpo por uma ligeira constrictão que corresponde à região do orifício interno. A porção cervical acima do nível da vagina é a porção supravaginal; a que faz saliência para dentro da vagina é a parte vaginal ou *portio vaginalis*. O canal cervical é ligeiramente fusiforme, terminando embaixo no orifício externo, uma pequena abertura arredondada ou transversa fendida que na mulher nulípara tem aproximadamente 5 mm de diâmetro. Na sua extremidade superior, o canal cervical se comunica com a cavidade uterina através de um orifício estreitado, denominado orifício interno. A mucosa que cobre a superfície externa ou vaginal é de variedade pavimentosa estratificada, continuação da que reveste a vagina adjacente. O canal cervical, por outro lado, é revestido por uma mucosa de tipo inteiramente diverso, a endocérvix, que se distingue por possuir um epitélio alto, de variedade “empaliçada” com núcleos fortemente coráveis colocados próximos à membrana basal e um citoplasma rico em mucina, onde surge a metaplasia escamosa; processo este de substituição do epitélio secretor de muco por epitélio escamoso, que ocorre em função da baixa de Peróxido de Hidrogênio (PH) que o epitélio endocervical está exposto, denominado junção escamo-colunar e é neste ponto que inicia o carcinoma escamoso da cérvix.

Para Alperovitch & Alperovith (1992) a ectocérvice vaginal estende-se caudalmente da abertura à reflexão do epitélio cervical sobre o fórnice vaginal. A endocérvice é revestida pelo epitélio colunar, estende-se cranialmente desde a abertura externa até a junção do epitélio com o endométrio; é a parte do canal cervical que não é visível durante o exame especular normal. O orifício externo clínico é o local a partir do qual as paredes anteriores e posteriores do canal cervical começam a separar-se. A junção escamo colunar ( JEC) é o local de encontro dos epitélios pavimentoso, estratificado e glandular. O primeiro encontra-se em nível mais elevado que o segundo, adelga-se bruscamente, está recoberto por epitélio colunar em décimos de milímetros e neste local há diminuição de teor de glicogênio. Na mulher adulta, na fase da menacme , o colo e a vagina encontram-se revestido pelo epitélio pavimento pluriestratificado, onde não existem glândulas; este epitélio varia de acordo com a idade, estado funcional, alterações clínicas e é resistente a influências externas e certos reagentes químicos.

Segundo Novak *et al.* (1986) existem dois tipos anatomopatológicos principais de câncer cervical: *o carcinoma de células escamosas ou epidermóide*, originado do epitélio tipo escamoso estratificado, e *o adenocarcinoma da cérvix* originado do epitélio cilíndrico do canal cervical. O primeiro corresponde a 90% de todos os cânceres cervicais.

A vagina é um canal oco, de paredes musculares, que se dirige para cima e discretamente para trás, formando um ângulo reto com o útero. A vagina localiza-se entre a bexiga, anteriormente, e o reto posteriormente. As paredes vaginais têm rugas, ou pregas transversas. A porção inferior do colo uterino projeta-se para a porção superior da vagina e se divide em quatro fórnicas. O fórnix anterior é superficial, e imediatamente posterior à bexiga. O fórnix posterior é profundo, e imediatamente

anterior à bolsa retrovaginal conhecido como *fundo-de-saco vaginal*. As vísceras pélvicas localizam-se logo acima desta bolsa. Os fôrnices laterais contêm os ligamentos largos. As tubas uterinas e os ovários podem ser palpados nos fôrnices laterais. As células superficiais da vagina contêm glicogênio que é metabolizado pela flora vaginal normal a fim de produzir ácido láctico. Isto, em parte, é responsável pela resistência da vagina à infecção.

Segundo Swartz (1992), o suprimento arterial para a vagina provém das artérias ilíaca interna, uterina e hemorroidária média. Os linfáticos do terço inferior da vagina drenam para os gânglios inguinais. Os linfáticos dos dois terços superiores penetram nos gânglios hipogástricos e sacrais. O *útero* é um órgão muscular oco, com uma pequena cavidade central. A extremidade inferior é o colo; a porção superior é denominada *fundo*. O tamanho do útero é diferente durante os vários estágios de vida. Ao nascimento, o útero tem apenas 3-4 cm de comprimento. O útero adulto tem 7-8 cm de comprimento e 3,5 cm de largura, com uma espessura média da parede de 2-3 cm.

A cavidade uterina triangular tem 6-7 cm de comprimento, e é limitada pelo orifício cervical interno inferiormente, e pelas entradas das tubas uterinas superiormente. Em geral, o eixo longo do útero é inclinado para a frente sobre o eixo longo da vagina. Isto é denominado *anteversão*. O fundo também está discretamente inclinado para a frente sobre o colo uterino. Isto é denominado *anteflexão* (Novak *et al.*,1986).

O útero tem mobilidade livre, e está localizado centralmente na cavidade pélvica. É sustentado pelos ligamentos largos e uterossacral, assim como pelo assoalho pélvico. O peritônio recobre o fundo anteriormente, até o nível do orifício cervical interno. Posteriormente, o peritônio recobre o útero até o fundo de saco uterino. A

função do útero é a procriação. É constituído por uma parede muscular espessa, o miométrio (de *mio*, músculo; *metra*, útero ou matriz), revestido por fora pelo peritônio e por dentro pelo *endométrio* (de *endon*, no interior de). Os ovários, tubas uterinas e ligamentos de sustentação são denominados *anexos*. O colo uterino é a porção vaginal do útero. A maior porção do colo não tem revestimento peritoneal. O canal cervical estende-se do *orifício cervical externo* ao *orifício cervical interno*, onde se continua na cavidade do fundo. O orifício cervical externo em mulheres que não tiveram filhos é pequeno e circular. Nas mulheres que já tiveram filhos, o orifício cervical externo é linear ou oval (Novak *et al.*, 1986).

## 2.2 FISILOGIA

As secreções vaginais normais são compostas de secreções vulvares das glândulas sebáceas, sudoríparas, de Bartholim e de Skene; transudato da parede vaginal, células vaginais e cervicais esfoliadas; muco cervical; líquido endometrial e microrganismos e seus produtos metabólitos. Para Berek (1995), a flora vaginal normal é predominantemente aeróbica, com uma média de seis espécies diferentes de bactérias, sendo as mais comuns os lactobacilos produtores de peróxido de hidrogênio.

A microbiologia da vagina é determinada por fatores que afetam a capacidade de sobrevivência das bactérias, estes fatores incluem o pH vaginal e a disponibilidade de glicose para o metabolismo bacteriano. O pH da vagina normal é menor que 4,5, que é mantido pela produção de ácido láctico. As secreções vaginais normais têm consistência flocular, cor branca e geralmente estão localizadas na porção profunda da vagina. A

secreção vaginal fisiológica é variável de mulher para mulher e pode sofrer influência não só hormonais, como orgânicas e psíquicas (FREITAS *et al.*, 1997).

Segundo Swartz (1992), com níveis crescentes de estrogênio, o orifício cervical externo começa a dilatar, e a secreção cervical de muco torna-se clara e aquosa. Com altos níveis de estrogênio, o muco cervical, quando colocado entre duas lâminas de vidro e estas são afastadas, pode ser distendido 15-20 cm antes de romper-se. Esta propriedade do muco cervical de formar um fio fino é denominada *elasticidade*. Quando se permite que o muco seque sobre uma lâmina de vidro e é examinado sob pequeno aumento em um microscópio luminoso, pode-se observar um *padrão de arborização* semelhante a samambaias, constituído de cristais de sal. A elasticidade e a cristalização atingem um máximo no ponto médio do ciclo menstrual. Os espermatozóides podem penetrar mais facilmente no muco com estas características. O suprimento de sangue para o útero é proveniente das artérias uterina e ovariana. Os linfáticos do fundo uterino penetram nos gânglios lombares.

### **2.3 PATOLOGIA**

Segundo Stevens & Lowe (1998), uma característica marcante das respostas de adaptação celular é que uma vez cessada a agressão, qualquer alteração no crescimento celular retoma seu padrão normal. Em contraste a estas respostas adaptativas reversíveis, alguns estímulos agressivos provocam alterações no material genético, resultando em alteração permanente no padrão normal de crescimento celular. Estas células alteradas, denominadas neoplásicas, não respondem mais aos mecanismos de controle do crescimento celular e proliferam excessivamente, de uma maneira

descontrolada, formando uma protuberância ou uma massa tecidual conhecida como neoplasia, ou seja, literalmente “novo crescimento”. Um neoplasma é composto por células que apresentam um crescimento descontrolado.

Ainda segundo Stevens& Lowe (1998) , no estado neoplásico a proliferação e o crescimento celular ocorrem na ausência de qualquer estímulo externo contínuo. Portanto, o termo “neoplasia” é empregado para descrever um crescimento celular descontrolado, em que as células neoplásicas encontram-se transformadas. Nos tecidos e células neoplásicas há um colapso dos mecanismos normais de controle da proliferação e maturação das células. Cada célula neoplásica apresenta uma alteração em seu genoma, responsável pelo crescimento anormal.

O neoplasma surge a partir de alterações a nível do material genético das células, transmitidas a cada nova geração de células filhas. A diferença fundamental entre neoplasia e hiperplasia reside no fato de que na hiperplasia a proliferação anormal de células desaparece uma vez eliminado o estímulo indutor. As técnicas recentes de genética molecular têm demonstrado que a base da maioria dos tumores reside em alterações em genes cruciais, responsáveis pelo controle do crescimento celular denominados oncogenes. Uma característica importante das neoplasias malignas é sua incapacidade em sofrer diferenciação celular. (Junqueira, 1997)

Após a divisão celular, a partir de uma célula-tronco ou precursora, as células normais assumem uma função específica, que envolve o desenvolvimento de estruturas especializadas como vacúolos de mucina, microvilosidades ou cílios, denominada diferenciação. Enquanto as células-tronco são consideradas como pouco diferenciadas, uma célula plenamente madura, de qualquer linhagem celular, é considerada altamente diferenciada. Além da perda do controle do crescimento celular, as células neoplásicas



comumente não atingem um estágio de diferenciação completa. Em geral as células neoplásicas benignas são diferenciadas a um grau semelhante àquele das células que lhes deram origem. Esta diferenciação freqüentemente abrange a retenção dos atributos funcionais do tecido de origem; por exemplo, tumores benignos de tecidos endócrinos freqüentemente secretam hormônios e podem apresentar efeitos endocrinológicos. (Junqueira, 1997).

Segundo Robbins (1994) , em casos de neoplasias malignas observam-se graus variáveis de diferenciação que podem ser: *neoplasia maligna bem diferenciada*, onde os constituintes celulares são intimamente semelhantes ao tecido de origem; *neoplasia maligna pouco diferenciada*, onde as células tumorais apresentam uma ligeira semelhança ao tecido de origem, e *neoplasia maligna anaplásica* onde, pela incapacidade de diferenciação celular não é possível identificar a célula de origem em observações morfológicas. O grau de diferenciação celular de uma neoplasia geralmente está relacionado ao seu comportamento. Assim, um neoplasma pouco diferenciado tende a ser mais agressivo do que um neoplasma bem diferenciado.

Para Robins ( 1994), as células neoplásicas apresentam, além da incapacidade de diferenciação, uma citologia atípica, com as características associadas, sendo o *pleomorfismo celular*, a variação no tamanho e forma das células o *pleomorfismo nuclear*, a variação no tamanho e forma dos núcleos e a *hipercromasia nuclear* o aumento na densidade da coloração dos núcleos, aumento na relação núcleo-citoplasma.

Segundo Stevens & Lowe (1998) a cérvix é um local importante de patologia, particularmente em mulheres em idade reprodutiva. A ectocérvix é revestida por epitélio escamoso e o canal endocervical por epitélio colunar mucossecretor, que apresenta

invaginações glandulares. Durante as várias fases da vida reprodutiva da mulher, a junção entre os epitélios escamoso e colunar migra para a convexidade da ectocérvix, e posteriormente retorna para o canal endocervical. Esta junção escamo-colunar é o local de aparecimento da maioria das doenças que ocorrem na cérvix.

A junção escamo-colunar originalmente localiza-se na região do orifício externo, mas sua localização precisa ao nascimento é influenciada pela exposição aos hormônios maternos intra útero. Na puberdade, as influências hormonais causam a extensão do epitélio colunar para cérvix, formando um ectrópio ou erosão cervical. Este processo é aumentado pela primeira geração, particularmente quando ela ocorre logo após a menarca. A infecção do epitélio ectocervical pelo papiloma vírus humano ( HPV) é comum e constitui-se num agente etiológico importante do câncer cervical. É sexualmente transmitida e mais de 70 subtipos de HPV foram identificados, cada qual com um número correspondente. Segundo Pivoline (2001) existe associação de 15 tipos de HPV às doenças neoplásicas do colo uterino e seus precursores que são: baixo risco tipos 6, 11, 42, 43 e 44, apresentando 20,2% em neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) de baixo grau, praticamente inexistentes em carcinomas invasores, risco intermediário tipos 31, 33, 35, 51, 52 e 58, representando 23,8% em NIC de alto grau, mas em apenas 10,5% dos carcinomas invasores, alto risco tipo 16 com 47,1% em NIC de alto grau ou carcinoma invasor e também tipos 18, 45 e 56, representando 6,5% em NIC de alto grau e 26,8% em carcinoma invasor .

Segundo Robbins (1994), ocasionalmente, a infecção por HPV pode produzir lesões papilares do epitélio escamoso cervical (condiloma acuminado), que são similares às observadas na vulva. Geralmente localizam-se no epitélio escamoso endocervical ou epitélio escamoso da zona de transformação, e podem ser múltiplas.

Mais freqüentemente, a infecção pelo HPV causa condilomas planos. Estes condilomas normalmente não podem ser observados a olho nu mas podem ser reconhecidos ao exame colposcópico após o tratamento da cérvix com ácido acético diluído, que torna os condilomas brancos. No condiloma plano o epitélio apresenta-se histologicamente anormal com células binucleadas (particularmente nas camadas superiores do epitélio) e com a assim denominada “alteração coilocítica” das células epiteliais anormais.

O crescimento celular exige controle. Caso este falhe, um grupo de células começa a proliferar descontroladamente no organismo, passando a levar uma vida independente. Surge, assim, um tumor que nada mais é do que um grupo de células do próprio organismo que se libertaram do controle de crescimento sob ação de algum estímulo e, com isso, puderam desenvolver uma existência individual dentro do corpo. Essa independência se revela não apenas pelo crescimento descontrolado, como também, pela alteração da estrutura e função das células. Elas passam a crescer como querem e onde não devem; não mais servem ao organismo do hospedeiro, tendo perdido a função específica que exerciam as células de origem do tumor maligno. Estas alterações virais podem ser reconhecidas em exame citológico de esfregaço cervical. Ambos os padrões de envolvimento do epitélio escamoso cervical pelo HPV são mais freqüentes no epitélio da zona de transformação, e podem coexistir com neoplasias intra-epitelial (Robbins, 1994).

Diferentes tipos de HPV estão associados de maneira diversa com o carcinoma invasivo da cérvix: o tipo 16 e 18 estão freqüentemente associados, 6 e 11 estão pouco associados, 31 e 35 estão raramente associados. Neoplasia intra-epitelial cervical é um importante precursor da malignidade invasiva. O epitélio metaplásico da zona de transformação, segundo Piatto (1997) é suscetível a alterações durante a vida

reprodutiva. Menores graus de aumento nuclear podem ser observados no epitélio de reparo, em resposta à inflamação crônica e em associação com infecção por HPV. Entretanto, atualmente uma atipia mais acentuada é considerada como uma proliferação pré-neoplásica e é designada neoplasia intra-epitelial cervical. Esta relação ocorre no epitélio metaplásico da zona de transformação da cérvix e geralmente está associada com infecção por HPV. A coexistência de HPV com NIC e carcinoma invasivo, freqüentemente observada em amostras de biópsia e colposcopia, sugere uma associação. Além do mais, a identificação do DNA dos HPV tipos 16, 18 e 33 em mais de 60% dos carcinomas cervicais, sugere uma forte associação do HPV como possível agente causal. Esta é uma proteína que atualmente encontra-se sob intensa pesquisa. As proteínas produzidas por HPV inativam produtos dos genes supressores de tumor facilitando, assim, o desenvolvimento tumoral.

Piato (1997) afirma que as neoplasias do útero são mais freqüentes entre as lesões malignas do trato genital feminino. Entre elas, o câncer de colo uterino está entre os tumores de mais alta incidência e mortalidade em nosso meio. As lesões intra-epiteliais do colo uterino consideradas precursoras do câncer cervical são caracterizadas por graus variáveis de distúrbios de maturação, proliferação de células imaturas atípicas, com aumento da relação núcleo/citoplasma, atipias nucleares e mitoses, e sinais citológicos indicativos de infecção pelos HPV. Tais alterações foram classificadas em três graus de intensidade, correspondentes a displasia leve NIC I, displasia moderada NIC II e displasia intensa/carcinoma *in situ* ou NIC III. Estas denominações fazem supor um aspecto contínuo, que passa por três etapas evolutivas. Atualmente existe uma tendência a classificar estas lesões em dois grupos: baixo grau e alto grau, baseado no seu potencial evolutivo para o câncer. Caso a junção escamo colunar esteja localizada

na ectocérvice, o epitélio glandular sofrerá com o meio vaginal hostil e iniciará um processo de transformação, a partir das células, denominado metaplasia. Este processo visa a substituição do epitélio glandular ectópico, por epitélio escamoso maduro, normal. A influência de agentes oncogênicos, interferiria neste processo fisiológico de reparação, levando à formação de células anormais atípicas (displasias), que então dariam origem às neoplasias intra-epiteliais e ao câncer (Piato, 1997).

Segundo a Organização Panamericana da Saúde citado por Brasil (1989), os seis graus de severidade reconhecidos estão diretamente relacionados à proporção em que o epitélio cervical é substituído pelas células atípicas.

**NIC I** corresponde a displasia leve: as células atípicas estão restritas ao terço inferior do epitélio, enquanto os dois terços superiores apresentam diferenciação e maturação normais com achatamento das células. Piato (1997), associa a proliferação de células atípicas e estas alterações traduzem, em geral, infecções por HPV e se apresentam freqüentemente com coilocitose do epitélio.

**NIC II** corresponde a displasia moderada: as células atípicas ocupam a metade inferior do epitélio (dois terços), mas na porção superior observa-se maturação e diferenciação com achatamento das células. As normalidades nucleares podem se estender por toda a espessura do epitélio, porém são mais acentuadas na porção inferior onde podem existir mitoses em número acentuado com algumas formas anormais. Figuras de mitose e mitoses anormais estão presentes em todas as camadas e pode haver extensão da alteração ao longo dos canais criptas endocervicais, e focos de microinvasões verdadeiras (Robbins, 1994).

Para Piato (1997), na NIC II observa-se atipias nucleares e maturação citoplasmática incompleta, com desenvolvimento de células intermediárias.

**NIC III** corresponde a displasia acentuada e *carcinoma in situ*: as células atípicas estendem-se por toda a espessura do epitélio, com um mínimo de diferenciação e maturação na superfície e ainda carcinoma. Para Piatto (1997), as células escamosas são do tipo basal e parabasal, com alta relação núcleo/citoplasma, hipercromasia, mitoses atípicas e contornos nucleares atípicos. Dispõe-se totalmente sem polaridade ou à semelhança da camada basal e às vezes queratinizadas. O risco de progressão para formas graves é de 16% e 34%, NIC I e II respectivamente, e 22% para o câncer invasivo, ou seja, NIC III.

Piatto (1997) ainda classifica que o **carcinoma epidermóide microinvasor** corresponde a dois estádios: estágio **Ia1**: composto por lesões que infiltram o estroma até 3 mm de profundidade e que tem extensão máxima de 7mm; e estágio **Ia2**: onde a infiltração estromal é de 3 a 5 mm em profundidade a extensão máxima da lesão é de 7mm. O nível de invasão estromal pode ser detectada precocemente na forma de projeção de pequeno número de células através de focos de ruptura da membrana basal

Já o **carcinoma epidermóide invasor**, é composto por células escamosas, que infiltram na forma de agrupamento, em geral interanastomosantes, separadas por quantidade variável de estroma. Estas células apresentam grau variável de diferenciação, caracterizados por queratinização, pontes intercelulares, volume citoplasmático e nuclear (Piatto 1997). Os núcleos são hipercromáticos. O colo uterino pode apresentar-se rugoso e facilmente sangrante, ou com lesões discretamente elevadas, com superfície granulosa. A maioria das neoplasias é visualizada ao exame especular; quando a lesão está localizada no canal endocervical, entretanto, o colo apresenta-se externamente normal.

Segundo Stevens e Lowe (1998), estas alterações anormais do epitélio ocorrem na zona de transformação mas podem estender-se para a superfície ectocervical e superiormente, no canal endocervical. Em aproximadamente 10% dos casos a atipia designada neoplasia intra-epitelial glandular-cervical (NIG C), é também observada no epitélio endocervical. A presença de células epiteliais anormais pode ser detectada através de exame citológico de esfregaços das células epiteliais da superfície, obtida da cérvix; este é o fundamento para o rastreamento da doença.

Segundo Gonzales (1994), o desenvolvimento de anormalidades no epitélio cervical é um fator importante na prevenção de subsequente carcinoma invasivo de cérvix. A detecção de células anormais baseia-se na presença de citologia anormal. A utilização de uma espátula especial permite a obtenção de células da ectocérvix e do canal cervical inferior para um esfregaço em lâmina. As células são fixadas em uma solução conservante e enviadas ao laboratório de patologia para exame citológico após a coloração de Papanicolaou (origem do termo “esfregaço de Papanicolaou). Na NIC, as células esfoliadas apresentam uma relação núcleo-citoplasma aumentada e um padrão irregular da cromatina, alterações estas denominadas de *discariose*. Quando são detectadas células epiteliais atípicas no esfregaço cervical, as pacientes são comunicadas. O local de epitélio anormal é identificado por colposcopia e o diagnóstico confirmado por biópsia da área anormal. Se a lesão é não-invasiva, completamente visível e não se estende superiormente no canal endocervical, a ablação da área atípica pode ser feita através de raios laser ou de crioterapia. Se por outro lado, a margem superior extrema da lesão no canal endocervical não pode ser visualizada, a lesão deve ser removida por meio de biópsia excisional.

Robbins (1994), classificou alguns **fatores de risco** que predispõe o carcinoma de células escamosas, que são: *atividade sexual*, sendo mais freqüente em mulheres casadas do que em solteiras; *idade de início da atividade sexual* precoce com incidência mais elevada em mulheres que tiveram seu primeiro intercuro antes dos 17 anos e naquelas que se casam cedo onde ocorre presumivelmente um reflexo da atividade sexual precoce; *doenças sexualmente transmissíveis*; *condições sócio-econômicas* refletindo maior incidência nas camadas sociais menos favorecidas, porém isto pode estar relacionado ao *estilo de vida* e aos *hábitos sexuais* ao invés de outros fatores como *tabagismo*. O HPV e infecção por HIV no carcinoma cervical é fator predisponente pela imunossupressão, e a incidência está aumentada em consequência da Aids e agentes infecciosos como *Clamydia* e Herpes simples que têm sido inconclusivas; a ligação geralmente não é mais forte do que o fato de serem ambas doenças sexualmente transmitidas.

Kitamura (1991), descreve **fatores ambientais** como sendo de risco devido: diferenças significativas na incidência total de câncer e de tipos específicos de câncer em diferentes comunidades, em várias partes do mundo; mudanças nos padrões de incidência de câncer em grupo de migrantes em relação àqueles que permanecem em seu local de origem, como por exemplo, as japonesas que migram para os Estados Unidos apresentam aumento na taxa de câncer de colo uterino e de mama; variações em certos tipos de câncer com o passar do tempo em uma comunidade, como por exemplo, câncer de endométrio após o uso extensivo de estrógeno para tratamento de menopausa. Estes fatores fazem ligação direta com a definição de “preventibilidade”, uma vez que é possível agir no ambiente. A prevenção se dá de forma simples e de baixo custo com o exame de Papanicolaou.



## **2.4 CLASSIFICAÇÃO COLPOCITOLÓGICA DE PAPANICOLAOU**

O esfregaço de Papanicolaou é um exame de pesquisa de neoplasia cervical. Recomenda-se às mulheres sexualmente ativas e com idade acima dos 20 anos, mesmo sem apresentarem qualquer sintoma de doença, que se submetam a exames anuais até que dois esfregaços sejam negativos. Daí em diante, os exames devem ser feitos a cada três anos, até a idade de 65 anos. Mulheres com risco de apresentarem neoplasia do colo uterino deverão se submeter a exames anuais.

Para Piato (1997), a classificação de Papanicolaou oferece fácil interpretação dos resultados e dos diagnósticos. Esta sofreu algumas modificações aceitas e recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para serem melhor correlacionadas com os diagnósticos histológicos, mantendo-se da seguinte maneira: citologia normal; citologia inflamatória; NIC I para displasia leve; NIC II para displasia moderada; NIC III para displasia grave; carcinoma *in situ* e carcinoma invasivo.

### **2.4.1 Técnica de Coleta de Material**

Na coleta de material para citopatologia oncológica, o método de esfregaço de Papanicolaou é o dos mais recomendados. Segundo o Manual de Controle de Câncer Cérvico Uterino – MS (1989) a citologia de Papanicolaou é um estudo da célula descamada, esfoliada, no conteúdo cérvico vaginal e visa identificar as alterações celulares que precedem o processo neoplásico, bem como também identificar a microflora vaginal nos esfregaços.

A técnica recomendada implica em coletar material da endocérvix com escova endocervical, e ectocérvix com espátula de Ayre, utilizando lâmina única e solução

fixadora. As amostras são identificadas com o nome da paciente, idade e local onde foram coletadas.

Piato (1997) afirma que, o material a ser coletado para citologia oncótica é simples e inócuo, mas afirma que cuidados devem ser tomados para que a leitura da lâmina seja possível. Alerta também que o uso de duchas ou cremes vaginais, assim como atividade sexual, devem ser evitados nas 24 horas que antecedem o exame, bem como não se deve utilizar lubrificantes de espécuro uma vez que alteram a qualidade do exame. Ele reafirma, como outros estudos, que o método misto de coleta endo e ectocérvix é o mais preciso, uma vez que oferece melhores resultados diagnósticos. O material ectocervical deve ser colhido com espátula de Ayre, através de movimentos circulares de 360 graus ao nível do orifício externo do canal cervical, e o material endocervical com a introdução rotatória de escova de nylon (citobrush) no canal cervical. O esfregaço na lâmina deve ser feita com movimento longitudinal e único. Para preservar o material, utiliza-se soluções fixadoras normalmente compostas por álcool etílico a 95%, solução de álcool éter, carbovax e laquê de cabelo. Após a fixação o material deve ser encaminhado ao laboratório, em prazo máximo de dez dias.

Alguns critérios adotados como a identificação cuidadosa do material e a correlação com as informações clínicas são fundamentais para o diagnóstico. Considera-se um esfregaço adequado para interpretação oncótica aquele em que mais de 50% da lâmina seja passível de leitura; estejam presentes ao menos 10% de células escamosas e existam no mínimo dois grupos de células endocervicais ou metaplásicas, com cinco células cada uma.

Antes de iniciar a coleta o profissional deve inspecionar: implantação dos pêlos pubianos, genitália externa, grandes lábio, pequenos lábios, clitóris, glândulas de

Bartolin e Skine. Em seguida, solicitar que a mulher produza uma força perineal a fim de investigar retocele, cistocele e prolapso uterino. Após, inicia-se o exame especular para visualizar o colo do útero e seu orifício. Em condições normais, o colo apresenta uma coloração rósea-brilhante. Seu diâmetro é de aproximadamente 2,5 a 3,0 cm em uma mulher jovem e normal. Em mulheres mais idosas o colo é menor. A presença de corrimentos, lacerações, ulcerações ou lesões não é normal. As lesões neoplásicas tendem a sangrar muito facilmente e é difícil identificar seu limites. Uma aparência azulada do colo (sinal de Chadwick) é um sinal prematuro de gravidez. Todo e qualquer corrimento deve ser cuidadosamente examinado quanto à coloração, odor, quantidade e consistência. Infecções crônicas provocam corrimentos malcheirosos e abundantes (Brasil, 1999).

As paredes vaginais são melhor observadas conforme o espéculo é retirado. À medida que ele vai sendo removido do colo do útero, o parafuso é afrouxado mas as lâminas são mantidas abertas com o polegar. Durante a remoção, o examinador inspeciona as paredes do canal vaginal quanto à textura, coloração e sustentação. Quaisquer corrimentos ou lesões devem ser observados. Normalmente sua coloração é rosada em toda a extensão.

As mulheres geralmente contraem infecções que provocam um corrimento espesso, esbranquiçado, desigual, com aspecto coalhado que adere às paredes vaginais. O examinador vai fechando gradativamente as lâminas durante a remoção do espéculo para evitar atrito excessivo e beliscões na mucosa. Essas lâminas deverão estar completamente fechadas quando o espéculo emergir do intróito. A colocação e retirada do espéculo deve respeitar o ângulo de 45 graus a fim de impedir traumatismos da uretra (Brasil, 1999).

Segundo Pivoline (2001) a **Colposcopia** é uma técnica que permite localizar, no colo do útero, as lesões pré-malígnas e o carcinoma invasivo inicial, em mulheres com citologia anormal. Não deve ser utilizada isoladamente como método de detecção de um processo neoplásico; tem portanto, indicações precisas, que são: diagnóstico diferencial de lesões benígnas e malignas; orientação do local correto para biópsia; seguimento das pacientes portadoras de lesões atípicas. As imagens colposcópicas podem apresentar-se com aspecto fisiológico que considera as variações fisiológicas da mucosa de revestimento do colo, a ectopia da mucosa endocervical, a zona de transformação normal e as modificações características da gravidez. Os aspectos colposcópicos relacionados com processos patológicos malignos compreendem as leucoplasias, mosaico, vascularização atípica, pontilhado, epitélio branco. Já os aspectos patológicos sem relação com malignidade são aqueles característicos dos processos inflamatórios, ou seja, pontilhado vermelho em focos generalizados. Para Alperovitch & Alperovitch (1992), a colposcopia é um exame do tecido conjuntivo do colo uterino e vagina através de um filtro construído por uma mucosa, que pode estar representada pelos epitélios pavimentoso, estratificado ou colunar. O **Teste de Schiller** é importante ferramenta para identificar as alterações da mucosa cérvico vaginal, devido a propriedade que possui o glicogênio das células de absorverem em grau variado, a solução de lugol. A absorção total e completa do iodo reflete uma imagem positiva ( iodo positivo ou claro), onde a interpretação do Schiller é negativa; já a imagem de um iodo negativo ou mudo interpreta-se Schiller positivo.

A **biópsia dirigida** deve ser orientado pela colposcopia ou, na falta desta, pelo teste de Schiller. O fragmento deve ser retirado de maneira adequada, em quantidade suficiente, nas áreas onde há suspeita de malignidade. Imediatamente após sua retirada,

as amostras devem ser submersas na solução fixadora (formol a 10%), em recipiente que permite a sua introdução e retirada, sem no entanto, provocar distorção tecidual (Brasil, 1999).

## **2.5 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO**

Segundo Koroctovas (1997), agentes antineoplásicos são quimioterápicos usados no tratamento do câncer. O objetivo do seu emprego é a destruição seletiva das células tumorais. Contrariamente ao que ocorre no tratamento de outros tipos de doenças, em que se utiliza geralmente um único fármaco, o tratamento moderno do câncer compreende cada vez mais a quimioterapia combinada, às vezes em associação com outros métodos de tratamento.

Os agentes antineoplásicos disponíveis hoje em dia são, geralmente, apenas paliativos, sobretudo no caso da leucemia. Usualmente não curam o câncer, apenas efetuam sua remissão temporária. Contudo, alguns tipos de neoplasias humanas disseminadas são altamente passíveis de cura pela quimioterapia.

Os agentes antineoplásicos são, em sua maioria, essencialmente fármacos anti-crescimento, planejados na suposição de que as células cancerosas multiplicam-se sempre mais rapidamente do que todas as células normais; assim, os agentes antineoplásicos devem, de algum modo, interferir na mitose celular. Entretanto, as células tumorais não sofrem mitose mais rapidamane do que todas as células normais. Por exemplo, as células do sistema hematopoético, mucosa interna, mucosa oral, folículos capilares e pele, dividem-se mais rapidamente do que as células tumorais. Por esta razão, os fármacos que atuam destruindo células que se dividem rapidamente deverão atacar também os tecidos normais e, por isso, são muito tóxicos e até letais para

o paciente. Sintomas comuns de intoxicação causada pelos agentes antineoplásicos são leucopenia, trombocitopenia, anorexia, náusea, vômito, alopecia, tromboflebite e cistite. Por isso, a quimioterapia deve ser acompanhada de exames hematológicos. Contudo, é utilizada para o tratamento de tumores não-localizados e, também, como adjuvante na cirurgia e radioterapia, nos casos em que esses tratamentos são os indicados. Para se compreender o mecanismo de ação dos agentes antineoplásicos e por que somente certas células tumorais são sensíveis a estes fármacos, devem ser levadas em consideração as fases do ciclo celular dos tumores (Koroctovas, 1997).

O documento “Controle do Câncer” (Brasil, 1993), dividiu didaticamente o ciclo celular em cinco fases: **fase G1**, na qual ocorre produção de ARN, proteínas e enzimas necessárias para formação de ADN, denominada fase pré-sintética; **fase S** ou fase síntese de ADN, ocorre a duplicação do genoma; **fase G2**, conhecida como período pré-mitótico, onde a síntese de ADN está completa, porém a célula ainda não se dividiu; **fase M** ou mitose, onde ocorrem movimentação cromossômica e clivagem, resultando na distribuição de cromossomos entre as duas células filhas. As células podem novamente entrar no ciclo celular, ou ingressar em uma fase de repouso celular denominado G0. Na **Fase G0**, as células apresentam menor atividade metabólica. G0 descreve um período prolongado de repouso, durante o qual as células são irrespondíveis aos estímulos que normalmente iniciam a síntese de ADN. As células em G0 são sempre derivadas de células em G1, mas não fazem parte do ciclo celular proliferativo. O tempo do ciclo celular da maioria das células é de 24 a 48 horas.

Para Koroctovas (1997), a divisão das células passa por determinadas fases. A duração do ciclo e da fase varia amplamente em células de tipos diferentes. Após completar-se a fase mitótica (M), as células permanecem durante período variável de

tempo na fase pós-mitótica (G), em que a síntese do DNA não se verifica, mas as sínteses do RNA e das proteínas prosseguem normalmente. Na fase G, tardia, ocorre eclosão de síntese de RNA. Em seguida vem a fase sintética (S), quando o DNA celular é replicado. Daí começa a fase pós-sintética (G2), em que a célula é tetraplóide, isto é, encerra duas vezes o conteúdo de DNA, e a síntese protéica e de RNA continuam. A seguir vem a fase mitótica (M); durante este período as sínteses protéica e de RNA diminuem abruptamente, ao passo que o material genético é segregado nas células-filhas. No fim da fase mitótica, abrem-se duas alternativas às células: podem reentrar na fase G, e prosseguir proliferando e podem entrar na fase de repouso (G0). Algumas das células em repouso perdem sua capacidade de proliferar, abandonando irreversivelmente o ciclo; outras células em repouso permanecem viáveis, sendo potencialmente capazes de produzir linhagem ilimitada de descendentes. Estas são as chamadas células clonogênicas ou células-tronco; em sua maioria, estas são refratárias aos agentes antineoplásicos, sendo capazes de sobreviver à quimioterapia; portanto, podem repovoar o tumor e causar a recorrência da doença. Assim, a persistência das células tumorais clonogênicas é causa provável dos malogros da quimioterapia.

Fármacos antineoplásicos específicos são eficazes somente contra células que se dividem ativamente. Ademais, as concentrações citotóxicas dos fármacos fase-específicos devem ser mantidas por tempo suficiente para expor fração suficiente das células cancerosas durante sua passagem através da fase sensível (Koroctovas, 1997).

Alguns antineoplásicos são ativos apenas na fase estacionária (G0); enquanto outros atuam em uma ou mais fases do crescimento logarítmico: fase mitótica (M), fase pós-mitótica (G1), fase sintética (S) ou fase pré-mitótica (G2). Em geral, fármacos que formam ligações covalentes com seus receptores, assim inibindo de maneira

irreversível, são letais em todas as fases; é o caso dos agentes alquilantes, que são usados contra tumores sólidos, cujas células estão preponderantemente na fase estacionária. Por outro lado, quimioterápicos que se complexam com seus receptores mediante interações mais fracas, tais como ligações iônicas e hidrogênicas, transferência de carga e interações hidrofóbicas e de van der Waals, causam assim, apenas inibição reversível e são letais somente para células que se dividem rapidamente; por exemplo, os antimetabólitos, que atuam predominante ou exclusivamente durante a fase S (Koroctovas, 1997).

### **2.5.1 Problemas da Quimioterapia Antineoplásica**

O objetivo da quimioterapia do câncer é erradicar todas as células malignas sem afetar as células normais. Infelizmente, a quimioterapia não resolveu o problema do câncer até o grau desejado. Koroctovas (1997), relatou importantes aspectos que interferem no tratamento. As diferenças bioquímicas e morfológicas entre as células normais e as cancerosas são mínimas. Portanto, os agentes antineoplásicos são, em geral, tóxicos também para as células normais. As células neoplásicas, em sua maioria, não são verdadeiramente “estranhas” ao hospedeiro. Em consequência, via de regra, não suscitam resposta imunológica, em contraste com o que ocorre em infecções microbianas, em que as defesas imunológicas desempenham papel importantíssimo em coadjuvar o agente quimioterápico. As células cancerosas desenvolvem resistência aos agentes antineoplásicos muito rapidamente. Uma tentativa de abreviar isto e melhorar o índice quimioterápico é a terapia combinada, mormente mediante associação racional de antimetabólitos. Contudo, até este extremo recurso terapêutico não resolve o problema;



de fato, poderá até agravar toda a situação, selecionando do tumor tratado, os tipos mais malignos do câncer. Alguns tumores malignos são pobremente irrigados pelo sangue e isso dificulta o fácil acesso dos fármacos às células cancerosas. Com o objetivo de aumentar a concentração de fármacos nos locais desejados, estão sendo utilizadas as técnicas de infusão e perfusão regionais. Sob certas condições, os agentes antineoplásicos conhecidos, se não todos, são também carcinogênicos.

Portanto, a estratégia na quimioterapia do câncer consiste primordialmente em, com base na histologia e bioquímica comparadas, explorar as diferenças morfológicas e metabólicas entre as células cancerosas e as células normais.

### **2.5.2 Histerectomia**

Uma histerectomia total envolve a remoção do útero e da cérvix. Este procedimento é feito para muitas outras condições além do câncer, incluindo: um sangramento uterino disfuncional; endometriose; crescimentos não-malignos no útero, cérvix e anexos; problemas de relaxamento pélvico e prolapso; e dano irreparável ao útero. As condições malignas requerem uma histerectomia abdominal total e uma salpingooforectomia bilateral (remoção das trompas de Falópio e ovários) (Piato, 1997).

A histerectomia por laparoscopia é feita por alguns médicos com excelentes resultados e imediata recuperação. Este método é usado apenas para histerectomia por via vaginal, sendo um procedimento de curta estada ou de cirurgia ambulatorial em pacientes cuidadosamente selecionadas. As pacientes têm uma estada hospitalar curta e uma incidência reduzida de infecção pós-operatória. Os tipos mais utilizados desde procedimento cirúrgico são: *Histerectomia total*, remoção do útero, cérvix e ovários;

*Histerectomia radical (Wertheim)* – remoção do útero, anexos, vagina proximal e linfonodos bilaterais, por meio de incisão abdominal onde, radical indica que uma extensa área de tecidos paravaginais, paracervicais e uterossacrais foram removidos com o útero; *Histerectomia vaginal radical (Schauta)* – remoção, por via vaginal, do útero, anexos e vagina proximal; *Linfadenectomia pélvica bilateral* – remoção dos vasos linfáticos e nódulos ilíaco comum, ilíaco externo, hipogástrico e obturador; *Exenteração pélvica* – remoção dos órgãos pélvicos, incluindo os linfonodos pélvicos e da bexiga ou reto, construção de um conduto diversional, colostomia e vagina; *Salpingooforectomia (bilateral)* – remoção das trompas de Falópio e ovários. A biópsia em cone conhecida como *Conização*, é um procedimento que consiste no estudo de cortes seriados de material obtido através de cirurgia, e requer hospitalização, tendo sido utilizada, com freqüência, no momento da neoplasia intra-epitelial (Piato, 1997).

## **2.6 DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) segundo o Brasil (1999), estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. Nos países industrializados ocorre um novo caso de DST em cada 100 pessoas por ano, e nos países em desenvolvimento as DST estão entre as 5 principais causas de procura por serviços de saúde (OMS-1990). Nos últimos anos, provavelmente devido à alta transcendência da Aids, o trabalho com as outras DST, doenças que facilitam a transmissão do HIV, passou a ter redobrada importância, principalmente no que se refere à vigilância epidemiológica, ao treinamento de profissionais para o atendimento adequado, e à disponibilidade e controle de medicamentos. Estudos recente classificam como DST,

todas as doenças que causam corrimentos vaginais e/ou feridas como as vulvovaginites e vaginose bacterianas. As vulvovaginites são caracterizadas por fluxo vaginal, prurido, irritação e às vezes com mau cheiro, provocando intenso desconforto às pacientes.

Os três principais grupos etiológicos incluem a infecção causada pelo *Trichomonas Vaginalis*, a vaginose bacteriana e as infecções fúngicas, usualmente devido à *Cândida albicans*. Cerca de 5% a 10% das mulheres apresentam mucorréia, secreção vaginal acima do normal. Nas vaginites ocorre uma alteração da flora bacteriana vaginal normal que resulta na perda de lactobacilos produtores de peróxido de hidrogênio e um grande crescimento de bactérias predominantemente anaeróbias. Não se sabe ao certo o que causa o distúrbio da flora vaginal normal; pode ser pela alcalinização repetida da vagina que ocorre com intercurso sexual freqüente ou ao uso freqüente de duchas. A modificação dos hábitos higiênicos e sexuais da mulher moderna podem ter contribuído na alteração da flora normal da vagina o que facilita as vulvovaginites. O diagnóstico da mucorréia pode ser feito com exame especular, que mostra ausência da inflamação vaginal ou presença de prurido intenso, edema da vulva e/ou vagina e secreção esbranquiçada e grumosa (Brasil, 1999).

A vaginose bacteriana pode ser diagnosticada com base nos seguintes achados: odor vaginal de peixe, principalmente após coito e corrimento vaginal; secreção vaginal cinza; pH maior que 4,5; microscopia revelando um aumento de células e leucócitos ausentes. ( Brasil, 1999).

### 2.6.1 Herpes Genital

Segundo o Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis (Brasil, 1999), o herpes genital é uma virose transmitida predominantemente pelo contato sexual (inclusive oro-genital), com período de incubação de 3 a 14 dias, no caso de primoinfecção sintomática; a transmissão pode se dar, também, pelo contato direto com lesões ou objetos contaminados. Caracteriza-se pelo aparecimento de lesões vesiculosas que, em poucos dias, transformam-se em pequenas úlceras. Seu **agente etiológico** é o *Herpes simplex vírus* (HSV), tipos 1 e 2. Pertence à família *Herpesviridae*, da qual fazem parte o Citomegalovírus (CMV), o Varicela zoster vírus (VZV), o Epstein-Barr vírus (EBV), o Herpesvírus humano 6 (HHV-6), que causa o exantema súbito, e o Herpesvírus humano 8 (HHV 8).

São DNA vírus e têm diferentes propriedades biológicas, variando quanto à composição química; podem ser diferenciados por técnicas imunológicas. Embora os HSV 1 e 2 possam provocar lesões em qualquer parte do corpo, há predomínio do tipo 2 nas lesões genitais, e do tipo 1 nas lesões periorais (Brasil, 1999).

#### 2.6.1.1 Quadro clínico

**Herpes Genital Primário:** O vírus é transmitido mais freqüentemente por contato direto com lesões ou objetos contaminados; é necessário que haja solução de continuidade, pois não há penetração do vírus em pele ou mucosas íntegras. Pode não produzir sintomatologia. **Pródromos:** aumento de sensibilidade, formigamento, mialgias, ardência ou prurido antecedendo o aparecimento das lesões. **Localização:** no homem, mais freqüente na glande e prepúcio; na mulher, nos pequenos lábios, clitóris,

grandes lábios, fúrcula e colo do útero. **Características da lesão:** inicialmente pápulas eritematosas de 2 a 3 mm, seguindo-se de vesículas agrupadas com conteúdo citrino, que se rompem dando origem a ulcerações, posteriormente recobertas por crostas serohemáticas. Adenopatia inguinal dolorosa bilateral pode estar presente em 50% dos casos. As lesões cervicais uterinas, freqüentemente subclínicas, podem estar associadas a corrimento genital aquoso. No homem, não raramente, pode haver secreção uretral hialina, acompanhada de ardência miccional. Podem ocorrer sintomas gerais, como febre e mal-estar (Brasil, 1999).

Provocando ou não sintomatologia, após a infecção primária, o HSV ascende pelos nervos periféricos sensoriais, penetra nos núcleos das células ganglionares e entra em estado de latência.

**Herpes genital recorrente:** Após a infecção genital primária por HSV 2 ou HSV 1, respectivamente, 90% e 60% dos pacientes desenvolvem novos episódios nos primeiros 12 meses, por reativação dos vírus. A recorrência das lesões pode estar associada a episódios de febre, exposição à radiação ultravioleta, traumatismos, menstruação, estresse físico ou emocional, antibioticoterapia prolongada e imunodeficiência. O quadro clínico das recorrências é menos intenso que o da primoinfecção, e é precedido de pródromos característicos, como por exemplo: aumento de sensibilidade no local, prurido, "queimação", mialgias, e "fisgadas" nas pernas, quadris e região anogenital (Brasil, 1999).

O diagnóstico diferencial deve ser feito com o cancro mole, a sífilis, o linfogranuloma venéreo, a donovanose e as ulcerações traumáticas. A anamnese e o exame físico são os meios fundamentais para o diagnóstico da infecção herpética. O diagnóstico laboratorial tem suas limitações e não se justifica como rotina. O

diagnóstico citológico citodiagnóstico de Tzanck pode ser útil como método auxiliar. Sua positividade é refletida pela multinucleação e balonização celulares. A utilização da coloração pelo Papanicolaou permite a observação de inclusões virais. Embora o procedimento não seja indicado rotineiramente, a biópsia, permite fazer, com alguma segurança, o diagnóstico por meio da identificação dos corpúsculos de inclusão (Brasil, 1999).

O isolamento do vírus em cultura de tecido é a técnica mais específica para detecção da infecção herpética. A sensibilidade da cultura varia de acordo com o estágio da lesão. É progressivamente menor em lesões vesiculosas, pustulosas, ulceradas e crostosas. A sua obtenção, na prática diária, é difícil.

#### 2.6.1.2 Tratamento

Segundo o Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (Brasil, 1999), no tratamento sintomático a dor pode ser aliviada com analgésicos e anti-inflamatórios. O tratamento local consiste em: solução fisiológica ou água boricada a 3%, para limpeza das lesões; antibiótico tópico (Neomicina) pode ser útil na prevenção de infecções secundárias.

Vários medicamentos foram utilizados para o tratamento específico das infecções herpéticas, mas nenhum deles provou ser completamente eficaz na erradicação do vírus. Não existe tratamento que proporcione a cura definitiva do herpes genital. Deve ser evitada conduta intempestiva, como o uso de substâncias irritantes e/ou corticosteróides. No primeiro episódio: **Aciclovir** 400 mg, VO, 8/8 horas, por 7 a

10 dias; **ou Valaciclovir** 1g, VO, 12/12 horas, por 7 a 10 dias; **ou Famciclovir** 250 mg, VO, 8/8 horas, por 7 a 10 dias (Brasil, 1999).

Nas recorrências de herpes genital o tratamento deve ser iniciado, de preferência, com o aparecimento dos primeiros pródromos (dores articulares, aumento de sensibilidade, pruridos): **Aciclovir** 400 mg, VO, 8/8 horas, por 5 dias; **ou Valaciclovir** 500 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias; **ou Famciclovir** 125 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias. No caso de manifestações severas com lesões mais extensas, o tratamento deve ser sistêmico, com: Aciclovir 5 a 10 mg por Kg de peso, EV, de 8/8 horas, por 5 a 7 dias ou até a regressão das lesões (Brasil, 1999).

### **2.6.2 Infecção pelo Papilomavirus Humano (Hpv)**

Segundo a etilogia do Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (Brasil, 1999) o Papilomavirus humano (HPV) é um DNA-vírus não cultivável do grupo papovavírus. Doença infecciosa, de transmissão freqüentemente sexual, também conhecida como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo. Atualmente são conhecidos mais de 70 tipos, 20 dos quais podem infectar o trato genital. Estão divididos em 3 grupos, de acordo com seu potencial de oncogenicidade. Os tipos de alto risco oncogênico, quando associados a outros co-fatores, tem relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais e do câncer invasor do colo uterino.

A maioria das infecções são assintomáticas ou inaparentes. Podem apresentar-se clinicamente sob a forma de lesões exofíticas. A infecção pode também assumir uma forma denominada subclínica, visível apenas sob técnicas de magnificação e após

aplicação de reagentes, como o ácido acético. Ainda, este vírus é capaz de estabelecer uma infecção latente em que não existem lesões clinicamente identificáveis ou subclínicas, apenas sendo detectável seu DNA por meio de técnicas moleculares em tecidos contaminados. Não é conhecido o tempo em que o vírus pode permanecer nesse estado, e quais fatores são responsáveis pelo desenvolvimento de lesões. Por este motivo, não é possível estabelecer o intervalo mínimo entre a contaminação e o desenvolvimento de lesões, que pode ser de semanas a décadas (Brasil, 1999).

Alguns estudos prospectivos têm demonstrado que em muitos indivíduos, a infecção terá um caráter transitório, podendo ser detectada ou não. O vírus poderá permanecer por muitos anos no estado latente e, após este período, originar novas lesões. Assim, a recidiva de lesões pelo HPV está muito mais, provavelmente, relacionada à ativação de "reservatórios" próprios de vírus do que à reinfecção pelo parceiro sexual. Os fatores que determinam a persistência da infecção e sua progressão para neoplasias intraepiteliais de alto grau (displasia moderada, displasia acentuada ou carcinoma *in situ*) são os tipos virais presentes e co-fatores, entre eles, o estado imunológico e tabagismo (Brasil, 1999).

Os condilomas, dependendo do tamanho e localização anatômica, podem ser dolorosos, friáveis e/ou pruriginosos. Quando presentes no colo uterino, vagina, uretra e ânus, também podem ser sintomáticos. As verrugas intra-anais são predominantes em pacientes que tenham tido coito anal receptivo. Já as perianais podem ocorrer em homens e mulheres que não têm história de penetração anal. Menos freqüentemente podem estar presentes em áreas extragenitais como conjuntivas, mucosa nasal, oral e laríngea (Brasil, 1999).



Na forma clínica as lesões podem ser únicas ou múltiplas, localizadas ou difusas e de tamanho variável, situadas mais frequentemente no homem, na glândula, sulco bálano-prepucial e região perianal, e na mulher, na vulva, períneo, região perianal, vagina e colo. Os tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 56 e 58, são encontrados ocasionalmente na forma clínica da infecção (verrugas genitais) e têm sido associados com lesões externas (vulva, pênis e ânus), com neoplasias intra-epiteliais ou invasivas no colo uterino e vagina. Quando na genitália externa, estão associados o carcinoma *in situ* de células escamosas, Papulose Bowenoide, Eritroplasia de Queyrat e Doença de Bowen da genitália. Pacientes que têm verrugas genitais podem estar infectados simultaneamente com vários tipos de HPV. Os tipos 6 e 11 raramente se associam com carcinoma invasivo de células escamosas da genitália externa (Brasil, 1999).

#### 2.6.2.1 Diagnóstico

O diagnóstico do condiloma é basicamente clínico, podendo ser confirmado por biópsia, embora isto raramente seja necessário. Este procedimento está indicado quando existir dúvida diagnóstica ou suspeita de neoplasia (lesões pigmentadas, endurecidas, fixas ou ulceradas); as lesões não responderem ao tratamento convencional; as lesões aumentarem de tamanho durante ou após o tratamento; o paciente for imunodeficiente. Nesses casos recomenda-se a realização de várias biópsias, com material retirado de vários locais diferentes da lesão. As lesões cervicais, subclínicas, são geralmente detectadas pela citologia oncológica, devendo ser avaliadas pela colposcopia e biópsias dirigidas (Brasil, 1999).

O diagnóstico definitivo da infecção pelo HPV é feito pela identificação da presença do DNA viral por meio de testes de hibridização molecular (hibridização *in situ*, PCR, Captura Híbrida). O diagnóstico por colpocitologia nem sempre está correlacionado com a identificação do DNA do HPV. As alterações celulares causadas pelo HPV no colo uterino têm o mesmo significado clínico que as observadas nas displasias leves ou neoplasia intra-epitelial de grau I. Mais recentemente, ambas as condições têm sido denominadas indistintamente como lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau (*Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion – LSIL*), com grande chance de regressão sem tratamento. Existem testes que identificam vários tipos de HPV mas não está claro seu valor na prática clínica e as decisões quanto a condutas clínicas não devem ser feitas com base nestes testes. Também não é recomendável na rotina o rastreamento de infecção subclínica pelo HPV por meio desses testes (Brasil, 1999).

#### 2.6.2.2 Tratamento

O objetivo principal do tratamento da infecção pelo HPV é a remoção das verrugas sintomáticas, levando a períodos livres de lesões em muitos pacientes. Verrugas genitais frequentemente são assintomáticas. Nenhuma evidência indica que os tratamentos atualmente disponíveis erradicam ou afetam a história da infecção natural do HPV. A remoção da verruga pode ou não diminuir sua infectividade. Se deixados sem tratamento, os condilomas podem desaparecer, permanecer inalterados, ou aumentar em tamanho ou número. Nenhuma evidência indica que o tratamento do condiloma prevenirá o desenvolvimento de câncer cervical (Brasil, 1999).

Os tratamentos disponíveis para condilomas são: crioterapia, eletrocoagulação, podofilina, ácido tricloroacético (ATA) e exérese cirúrgica. Nenhum dos tratamentos disponíveis é superior aos outros, e nenhum tratamento será o ideal para todos os pacientes, nem para todas as verrugas, ou seja, cada caso deverá ser avaliado para a escolha da conduta mais adequada (Novak *et al.*, 1986).

Fatores que podem influenciar a escolha do tratamento são o tamanho, número e local da lesão, além de sua morfologia e preferência do paciente, custos, disponibilidade de recursos, conveniência, efeitos adversos, e a experiência do profissional de saúde. Em geral, verrugas localizadas em superfícies úmidas e/ou nas áreas intertriginosas respondem melhor a terapêutica tópica (ATA, podofilina) que as verrugas em superfícies secas (Novak *et al.*, 1986).

Planejar o tratamento juntamente com o paciente é importante porque muitos pacientes necessitarão de mais de uma sessão terapêutica. Deve-se mudar de opção terapêutica quando um paciente não melhorar substancialmente depois de três aplicações, ou se as verrugas não desaparecerem completamente após seis sessões. O balanço entre risco e benefício do tratamento deverá ser analisado, no decorrer do processo, para evitar tratamento excessivo (Brasil, 1999).

Raramente ocorrem complicações se os tratamentos são utilizados corretamente. Os pacientes deverão ser advertidos da possibilidade de cicatrizes hipo ou hipercrômicas quando são utilizados métodos destrutivos. Também podem resultar, embora raramente, em áreas deprimidas ou hipertróficas, especialmente se o paciente não teve tempo suficiente para cicatrização total antes de uma nova sessão terapêutica. Mais raramente, o tratamento pode resultar em síndromes dolorosas incapacitantes, como vulvodínia ou hiperestesia do local tratado (Brasil, 1999).

### 2.6.2.3 Seguimento

Após o desaparecimento dos condilomas, não é necessário controle. Os pacientes devem ser notificados das possibilidades de recorrência, que frequentemente ocorre nos três primeiros meses. Como não se conhece a sensibilidade e a especificidade do auto-diagnóstico, os pacientes devem ser examinados três meses após o final do tratamento. Novos exames em intervalos menores, podem ser úteis para documentar a inexistência de condiloma; controlar ou tratar complicações do tratamento e reforçar a orientação e aconselhamento quanto à prevenção do HIV e de outras DST (Piato, 1997).

As mulheres devem ser aconselhadas quanto à necessidade de submeterem-se ao rasteio de doenças pré-invasivas do colo uterino, na mesma frequência que as mulheres não contaminadas pelo HPV. A presença de condilomas genitais sem lesão macroscópica cervical ou suspeita colpocitológica (Papanicolaou) de lesão pré-invasiva, não é indicação para colposcopia. As mulheres tratadas por lesões cervicais devem ser seguidas de rotina após tratamento pelo exame ginecológico e citologia oncológica a cada 3 meses, por 6 meses; em seguida, a cada 6 meses, por 12 meses e, após este período, anualmente, se não houver evidência de recorrência (Brasil, 1999).

### 2.6.2.4 Conduta para os parceiros sexuais

O exame dos parceiros sexuais não tem utilidade prática para o manejo dos condilomas, porque o papel da reinfecção na persistência ou recidiva de lesões é mínimo, ainda que na ausência de tratamento que erradique o vírus. Sendo assim, o tratamento do parceiro com objetivo de reduzir sua transmissão, não é necessário. Todavia, como o auto-exame tem valor desconhecido, os parceiros sexuais de pacientes

com condilomas devem ser buscados, uma vez que poderão se beneficiar de exame médico para avaliação da presença de condilomas não suspeitados, ou de outras DST. Esses parceiros também podem ser beneficiados pela orientação quanto às implicações de terem um parceiro sexual portador de condiloma, especialmente no caso das mulheres, ou seja, as parceiras devem ser aconselhadas a submeterem-se regularmente ao rasteio de doenças pré-invasivas do colo uterino, como qualquer mulher sexualmente ativa. Como o tratamento de condilomas não elimina o HPV, os pacientes e seus parceiros devem ser cientificados de que podem ser infectantes, mesmo na ausência de lesões visíveis. O uso de preservativos pode reduzir, mas não eliminar, o risco de transmissão para parceiros não contaminados (Brasil, 1999).

### **2.6.3 Infecção Subclínica pelo HPV na Genitália (sem lesão macroscópica)**

A infecção subclínica pelo HPV é mais freqüente do que as lesões macroscópicas, tanto em homens quanto em mulheres. O diagnóstico, quase sempre, ocorre de forma indireta pela observação de áreas que se tornam brancas após aplicação do ácido acético sob visão colposcópica ou outras técnicas de magnificação, e que bispadas, apresentam alterações citológicas compatíveis com infecção pelo HPV. Podem ser encontradas em qualquer local da genitália masculina ou feminina. Todavia, a aplicação de técnicas de magnificação e uso do ácido acético exclusivamente para rasteio da infecção subclínica pelo HPV não é recomendável. A reação ao ácido acético não é um indicador específico da infecção pelo HPV e, desta forma, muitos testes falso-positivos podem ser encontrados em populações de baixo risco. Em situações especiais, alguns clínicos acham este teste útil para identificar lesões planas pelo HPV.

Na ausência de neoplasia intra-epitelial, não é recomendável tratar as lesões subclínicas pelo HPV diagnosticadas por colpocitologia, colposcopia, biópsia, testes com ácido acético ou testes de identificação do DNA viral. Frequentemente seu diagnóstico é questionável, e nenhuma terapia foi capaz de erradicar o vírus. O HPV foi identificado em áreas adjacentes a neoplasias intra-epiteliais tratadas por laser e vaporizadas, com o objetivo de eliminar a infecção. Na presença de neoplasia intra-epitelial, o paciente deve ser referido ao serviço especializado e o tratamento será feito em função do grau da doença.

Não existe um teste simples e prático para detectar a infecção subclínica pelo HPV. O uso de preservativos pode reduzir a chance de transmissão do HPV para parceiros provavelmente não infectados (novos parceiros). Não se sabe se a contagiosidade desta forma de infecção é igual a das lesões exofíticas (Brasil, 1999).

### III - MATERIAIS E MÉTODOS

A população, objeto deste estudo foi de cento e seis mulheres trabalhadoras, na faixa etária de 15 a 61 anos, identificadas como sexualmente ativa e que ainda não iniciaram atividade sexual. Desde total, 86 mulheres foram submetidas ao exame preventivo, sendo as demais: grávidas, virgens e com o último exame realizado há menos de 1 ano. Compareceram às consultas de enfermagem semanalmente, às terças e quintas-feiras, das 8 às 12 horas e das 13h e 30min. às 17h e 30 min., em número aproximado de cinco mulheres/dia durante os meses de abril a novembro de 2000. A duração das consultas foi, em média, cinquenta minutos cada. Os agendamentos foram realizados previamente pelo Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), com a entrega de ficha de atendimento (**Anexo 1**).

O responsável imediato do setor em que elas trabalham, recebeu um ofício formal sobre o trabalho, dando ciência e liberando a funcionária para a consulta de enfermagem (**Anexo 2**). O local de realização das consultas foi o Consultório Médico e de Enfermagem do Campus Champagnat de Universidade Tuiuti do Paraná.

O material coletado foi enviado ao laboratório CPD – Citologia e Patologia Diagnósticas LTDA e os resultados foram enviados para a autora da pesquisa para fins de reconsulta. Mediante resultados citopatológicos alterados, as trabalhadoras foram encaminhadas e inseridas no Sistema de Referência e Contra Referência do Sistema Único de Saúde (SUS).

As ações de consulta de enfermagem foram adaptações do Processo de Enfermagem, com as seguintes ênfases:

- ✓ estabelecimento de vínculo com a clientela, como forma de assegurar sucesso à consulta, retornos e acatamento de orientações, encaminhamentos e informações diversas;
- ✓ detalhamento das queixas da mulher no momento, como forma de objetivar a prescrição de enfermagem;
- ✓ detalhamento no exame ginecológico, como forma de identificar e comunicar à trabalhadora as alterações cérvico- vaginais;
- ✓ enfoque minucioso dos problemas atuais e potenciais identificados no exame e entrevista, como forma de prestar orientações de acordo com a realidade da mulher trabalhadora, em seu contexto sócio- econômico – cultural;
- ✓ realização contínua de educação à saúde ocupacional, como forma de exercitar a prática social inerente ao trabalho de enfermeira. Horta (1970)

Com este contexto e com este grupo social iniciou-se uma proposta de prática dirigida às mulheres no trabalho, para fins de abordagem educacional. Para tal, receberam encaminhamentos individuais e por escrito contendo: nome, data e horário da consulta, carimbo e assinatura da autora deste estudo (**Anexo 3**).

Para legalidade desta atividade foi realizado um acordo ético verbalmente explicando a pretensa realização do trabalho. Neste acordo foi explícito que a presença não será obrigatória, ficando livre o comparecimento. Houve preocupação de não causar nenhum dano a estas mulheres, tomando-se medidas de proteção à dignidade, ao bem estar pessoal e à privacidade, respeitando-se os princípios do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (**COFEN, 1993**).

Como este trabalho se caracterizou por uma pesquisa envolvendo seres humanos, tornou-se indispensável o consentimento, uma vez que usou-se as



informações do grupo na apresentação dos resultados analisados. Outros aspectos éticos que foram observados no processo da construção deste trabalho, recaíram na seguinte pauta:

- liberdade do pesquisador para introduzir mudanças no eixo metodológico do trabalho, a bem do mesmo;
- consentimento por escrito do indivíduo e/ou quando houver possibilidades de identificação, por meio do registro feito por instrumentos de coleta de dados como fita tipo cassete, tape, gravador.

A viabilidade destes estudo só foi possível, tendo em vista o interesse comum por parte da Instituição empregadora, após discussão quanto à pretensa operacionalização do trabalho.

Para as mediações didáticas, no sentido de motivar e favorecer compressões, utilizou-se de recursos como *folders* e outras formas variadas de exercício de comunicação, as quais iam desde a expressão verbal até o desenho. Vale esclarecer que para análise dos dados optou-se pela abordagem quantitativa.

Foi aplicado um questionário ( Ficha de Consulta de Enfermagem em Ginecologia) (**Anexo 4**) previamente testado, para obtenção dos dados referentes a identificação, antecedentes familiares, antecedentes pessoais, vícios, hábitos, antecedentes ginecológicos, planejamento familiar, antecedentes obstétricos, gestação atual caso haja, sinais vitais, questões ergonômicas do trabalho enfocando história profissional anterior, história profissional atual, análise sucinta da tarefa e após feito o exame físico ginecológico.

Após a coleta, o material foi enviado ao Laboratório para análise citopatológica e então, reagendado nova consulta para recebimento do resultado e encaminhamentos se

necessário. Foram efetuados tratamentos de vulvovaginites e vaginoses bacterianas conforme o protocolo assinado e autorizado pelo médico responsável do Serviço Especializado de higiene e medicina do trabalho (**Anexo 5**) e conforme a Lei do Exercício Profissional nº 7.498, de 25 .06.86. (**Anexo 6**).

Para a tabulação e análise dos dados coletados no trabalho foram utilizados os Programas Microsoft Access, Word, Excel.

## **IV RESULTADOS E DISCUSSÕES**

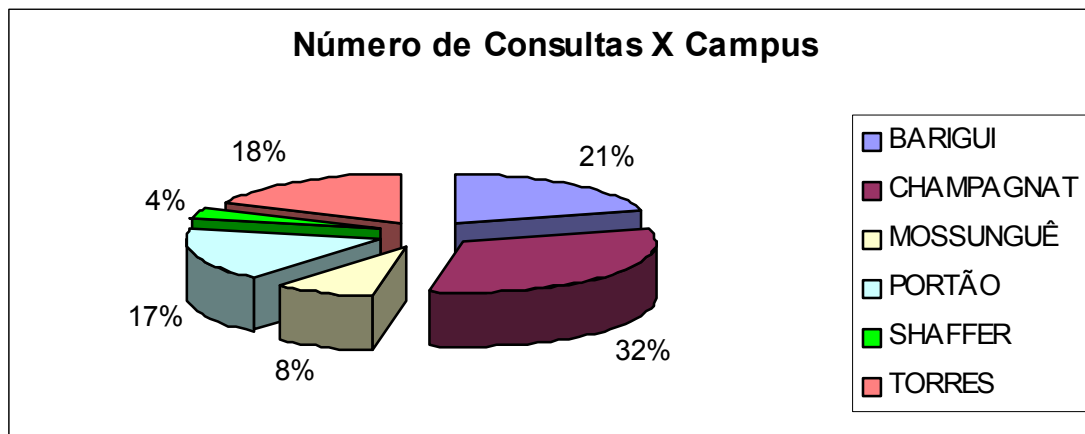
Os resultados apresentados sob forma de gráficos, informações e considerações tiveram como referência a investigação realizada em consultório, totalizando um número de cento e seis mulheres na faixa etária de 15 a 61 anos atendidas no consultório de Enfermagem da Universidade Tuiuti do Paraná. Do total de mulheres consultadas, 86 foram submetidas a coleta de material , sendo as restantes excluídas por, estarem com os exames preventivos atualizados, feitos há menos de um ano, por serem grávidas e virgens , que por motivos éticos não foram coletadas.

Um dos objetivos desta investigação foi caracterizar e analisar como se apresenta o perfil de mulheres trabalhadoras em relação à prevenção de câncer de colo uterino. Assim, foi procurado comentar mais intensamente este objetivo, sem que outras questões de interesse das mulheres fossem também discutidas e consideradas.

Segue-se um relato das informações e observações obtidas na pesquisa buscando desvelar também a real dimensão do papel educativo do Enfermeiro, na prática assistencial de saúde das mulheres trabalhadoras.

Para orientar a sistematização deste trabalho e se compreender o caminho feito, foi usada a análise quantitativa, demonstrada em tabelas, apoiando-as em discussões e referenciais teóricos.

Figura 1 - Distribuição de consultas por Campus Universitário

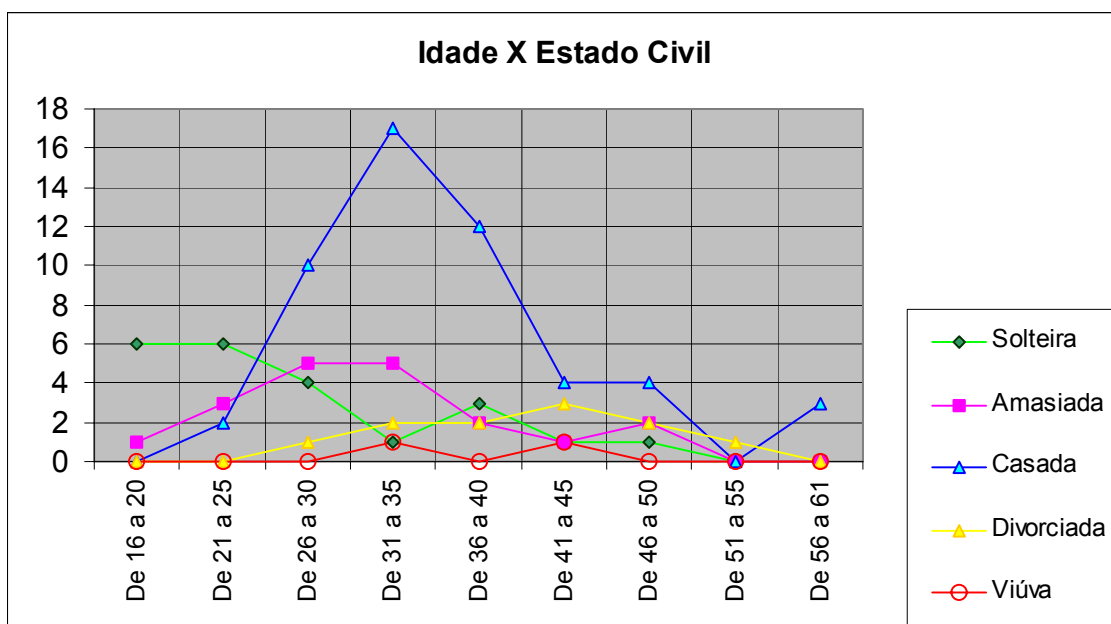


Foram realizadas no período de abril a novembro de 2.000, cento e seis consultas de enfermagem com trabalhadoras provenientes de diferentes Campi da Universidade. Do total, com percentual de maior procura, 32 % das mulheres trabalham no Campi Champagnat onde está localizado o consultório de enfermagem; 21% no Campi Barigüi com maior concentração de trabalhadoras; 18 % no Campi Torres, 17% do Campi Portão ; 8% no Campi Mossunguê e 4% no Campi Shaffer.

Das trabalhadoras entrevistadas, 66% pertencem à categoria de zeladoras, com renda de aproximadamente 2 dois salários mínimos. Segundo Dias (1987) em seu artigo “Mulher, mãe, dona de casa e agente de saúde da classe trabalhadora”, a mulher vem executando tarefas para conservação das condições de saúde necessária à produção de sua prole, como também força de trabalho do marido, dos filhos e dela mesma. As mulheres de classe trabalhadora tentam, mesmo com escassez de recursos disponíveis, tratar as doenças mais comuns em casa, com seus próprios conhecimentos, fruto de sua experiência como mãe, como tia , como mulher. No intuito de aproveitar ao máximo recursos econômicos e de tempo de que dispõe a classes trabalhadora, a mulher se vê

essencial como articuladora de renda familiar, como ação indispensável à reprodução da saúde e da força de trabalho da família.

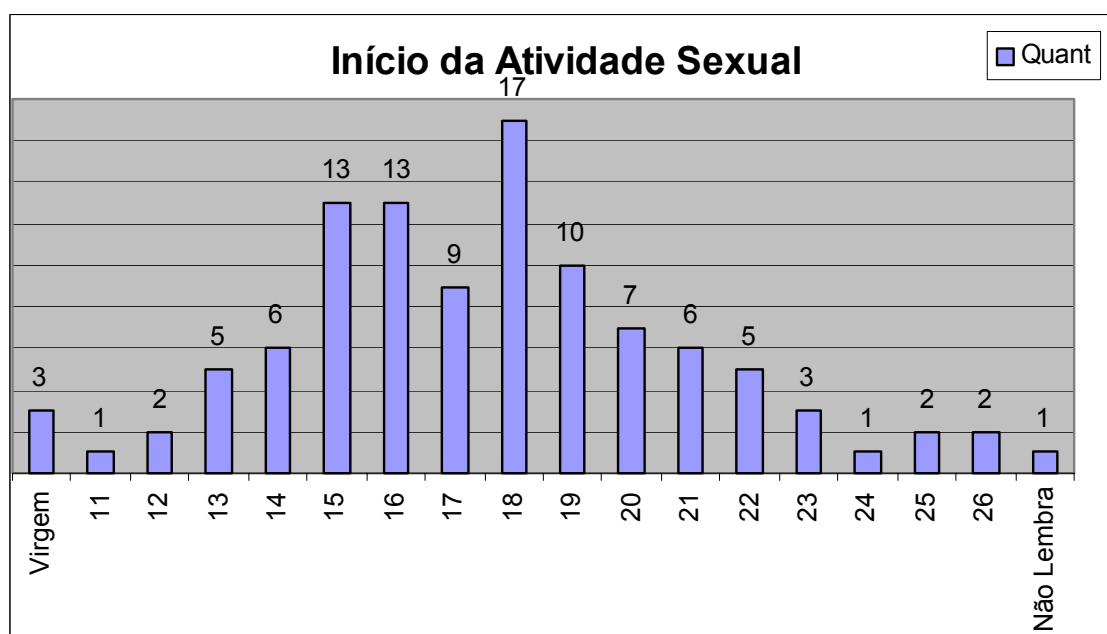
Figura 2 : Relação entre idade e estado civil.



Do total das mulheres entrevistadas a faixa etária de maior concentração foi entre 31 a 35 anos sendo que destas, 17 são casadas, 5 amasiadas, 2 divorciadas, 1 solteira e 1 viúva. Das mulheres com faixa etária entre 36 e 40 anos, 12 são casadas, 2 amasiadas, 2 divorciadas, 3 solteiras e viúva nenhuma. Das mulheres com faixa etária entre 26 a 30 anos: 10 são casadas, 5 amasiadas, 1 divorciada, 4 solteiras e viúva nenhuma. Das mulheres com faixa etária entre 21 a 25 anos: 2 são casadas, 3 amasiadas, 6 solteiras. Das mulheres com faixa etária entre 16 a 20 anos: 1 amasiada e 6 solteiras. Entre 40 a 45 anos: 4 são casadas, 3 são divorciadas, e 3 são solteiras, amasiadas e viúvas respectivamente. Entre 46 a 50 anos: 4 mulheres são casadas, 2 amasiadas, 2 divorciadas e 1 solteira. Entre 51 a 55 anos apenas 1 mulheres divorciada e entre 56 a 61 anos 3 mulheres casadas.

Num estudo comparativo realizado por Haas (1999), entre atendimentos preventivos realizados em laboratórios pelo Sistema Único de Saúde e laboratório com atendimento de convênio, as mulheres conveniadas apresentaram maior concentração na faixa etária de 21 e 34 anos por convênio. Nestes, encontram-se pacientes que provavelmente realizam esse exame rotineiramente. Segundo o citado autor, isso se dá devido ao acesso à informações sobre a importância da realização de exames preventivos anuais, bem como pela precoce preocupação e início da atividade sexual.

Figura 3: Relação entre idade e o início da atividade sexual

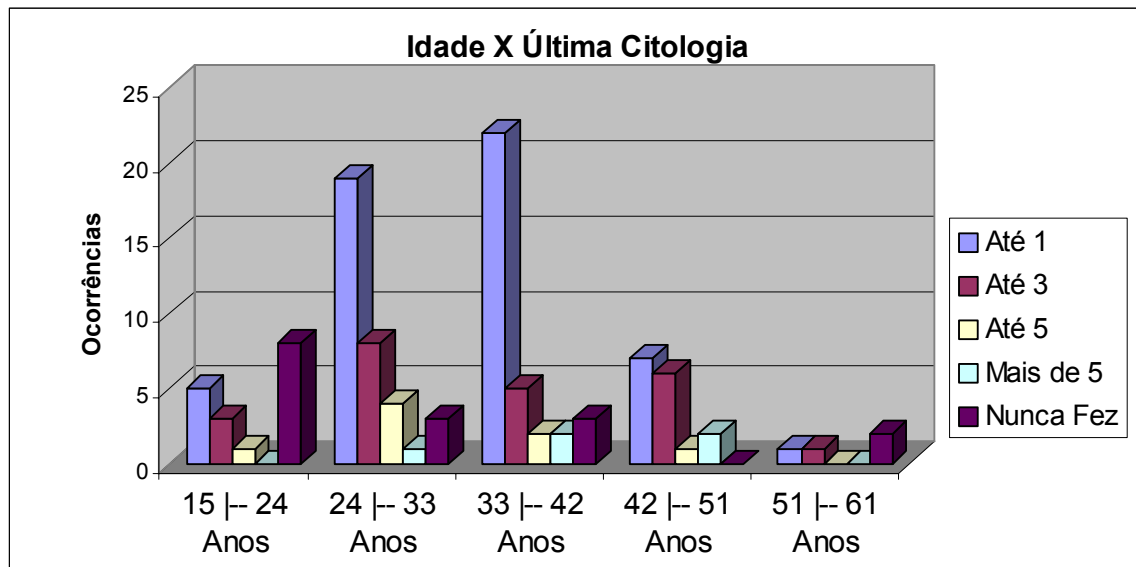


O início da atividade sexual de maior incidência foi com 18 anos de idade ( 17 mulheres), seguido de 15 e 16 anos ( 13 mulheres cada), 19 anos ( 10 mulheres ) 17 anos ( 9 mulheres) 20 anos ( 7 mulheres), 14 e 21 anos ( 6 mulheres cada), 13 e 22 anos ( 5 mulheres cada) 23 anos ( 3 mulheres), 12, 25 e 26 anos ( 2 mulheres cada) 11, 24 (1

mulher cada), 3 mulheres virgens, e 1 não lembra com que idade iniciou a atividade sexual.

Robbins (1994) classificou alguns **fatores de risco** que predispõe ao carcinoma de células escamosas que são: *atividade sexual*, sendo mais freqüente em mulheres casadas do que em solteiras; *idade de início da atividade sexual* precoce com incidência mais elevada em mulheres que tiveram seu primeiro intercurso antes dos 17 anos e naquelas que se casam cedo onde ocorre presumivelmente um reflexo da atividade sexual precoce; *doenças sexualmente transmissíveis*; *condição sócio-econômica* refletindo maior incidência nas camadas sociais menos favorecidas, porém isto pode estar relacionado ao *estilo de vida* e aos *hábitos sexuais* ao invés de outros fatores; *tabagismo* que embora seja difícil eliminar; ou três fatores como condição social e hábitos sexuais diferentes em mulheres fumantes e não-fumantes, a supressão da vigilância imunológica local pelas células de Langerhans tem sido apontada como um fator importante.

Figura 4: Relação entre idade e o tempo de realização do último preventivo



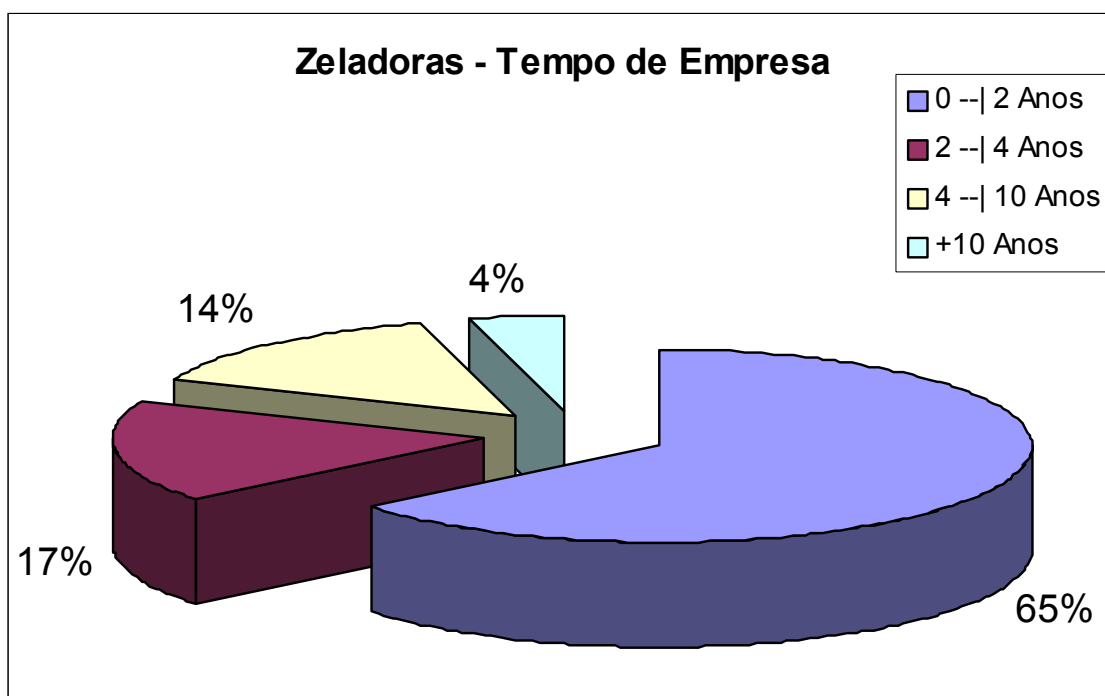
Com a última citologia realizada até 1 ano, mulheres entre **33 e 41 anos** eram em maior número (ocorrências superiores a 20). Nesta faixa etária a última citologia realizada até 3 anos, até 5 anos, mais de 5 anos, e nunca fizeram, representaram ocorrências inferiores a 5. Com a última citologia realizada até 1 ano, mulheres entre **24 e 32 anos** apresentaram ocorrências entre 15 e 20. Nesta faixa etária a última citologia realizada até 3 anos apresentou entre 5 a 10 ocorrências; até 5 anos, mais de 5 anos e nunca fizeram, apresentaram ocorrências inferiores a 5. Com a última citologia realizada até 1 ano, mulheres entre **42 a 50 anos** apresentaram 5 a 10 ocorrências, não tendo nesta faixa etária, mulheres que nunca realizaram exame Preventivo. Chama atenção o fato de que mulheres entre **15 a 23 anos nunca realizaram** exame Preventivo, associadas ao fato de que na Tabela 3, representam maior índice de idade do início da atividade sexual.

Num estudo sobre o comportamento da população brasileira feminina em relação ao câncer cérvico uterino (1995), 76% das entrevistadas sabiam da existência do



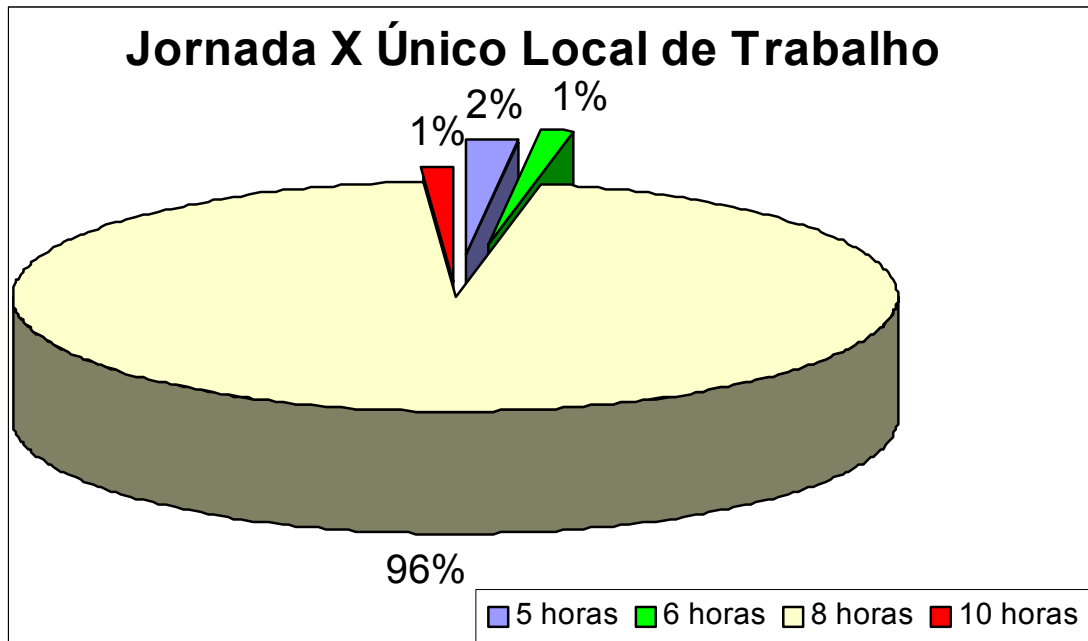
exame Papanicolaou e o conhecimento destes testes era diretamente proporcional ao grau de instrução das entrevistadas. Dos motivos analisados neste estudo, 22 % referiram não ter vida sexual, 15% não sabiam da existência do exame, 11% por falta de acesso a médicos ou serviços, 10% por medo de que o exame fosse doloroso, 8% medo do resultado, 6% por não saber onde era realizado.

Figura 5: Relação entre absenteísmo laboral e tempo de empresa



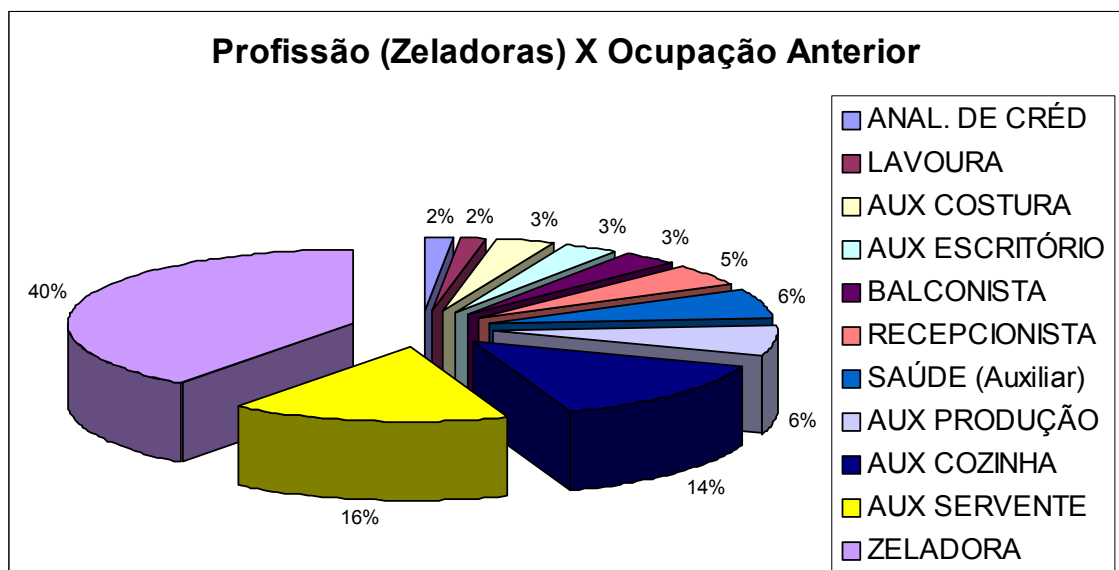
Das zeladoras, população inicialmente selecionada, 65% tinham até 2 anos de tempo de serviço na empresa; 17% das zeladoras relataram tempo de serviço entre 2 a 4 anos; 14% de 4 a 10 anos e acima de 10 anos apenas 4 %. A importância desta análise se dá ao fato observado pela alta rotatividade de funcionários e pouco tempo de serviço. Portanto são mulheres que, de alguma forma, estão se adaptando ao trabalho e tem a preocupação do absenteísmo laboral, deixando de lado a preocupação com a prevenção a fim de garantir estabilidade no emprego.

Figura 6: Jornada de Trabalho.



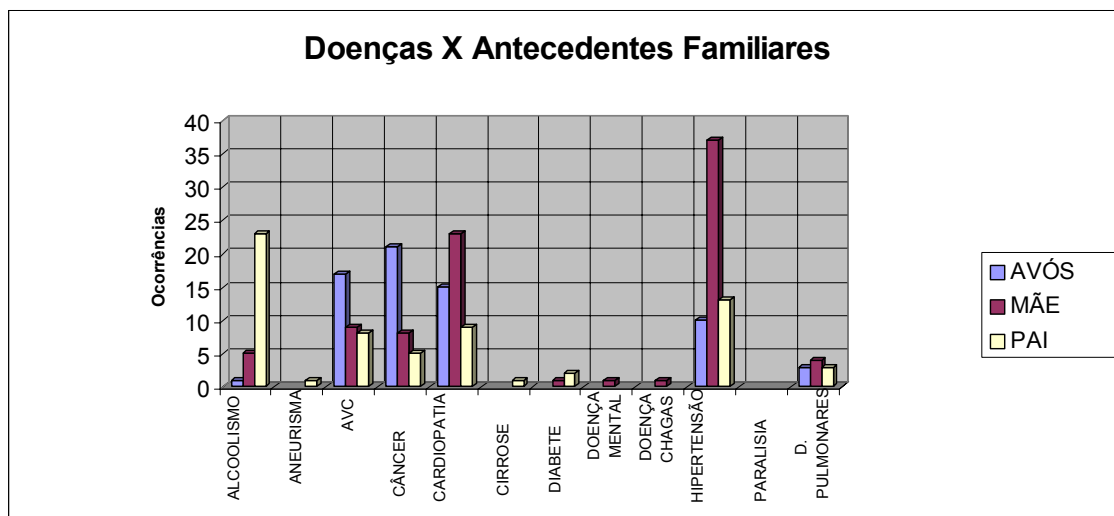
Sobre a jornada de trabalho, 96 % do total da população faz 8 horas diárias, 2% 5 horas e 1% 6 e 10 horas diárias. Confirma a questão investigadora de que o acesso à rede básica de saúde torna-se difícil uma vez que o maior percentual de trabalhadoras faz 8 horas diárias, no mesmo horário onde são ofertados exames gratuitos pelo Sistema Único de Saúde. Para estas trabalhadoras a disponibilidade está à mercê do absenteísmo e mediante escolha, o exame preventivo acaba sendo deixado de lado.

Figura 7: Relação entre a ocupação anterior e a ocupação atual



Segundo a ocupação anterior das zeladoras, 40%, a maior incidência, já trabalharam como zeladoras, 16% como auxiliares de servente, 14% como auxiliar de cozinha, e as demais profissões diversas como auxiliar de produção, de costura, de escritório, de saúde, balconistas, recepcionistas, lavoura e analista de crédito. Como funcionaria um setor de trabalho faltando limpeza por mais de 24 horas? E com que ritmo trabalharia uma cozinheira sem auxiliar? E uma fábrica de produção sem auxiliar? E uma loja com falta de uma balconista? E uma recepção sem uma recepcionista?

Figura 8 : Doenças relacionadas a antecedentes familiares



Segundo doenças que já ocorreram com os familiares, chama atenção a hipertensão entre mães das entrevistadas com ocorrências superiores a 36. Os diversos tipos de canceres houve ocorrência de 21 casos com avós. Sobre o alcoolismo, entre 21 e 24 casos foram relatados por entre irmãos e pais. Doenças cardíacas tiveram maior ocorrência entre mães , seguido de avós , pais e irmãos. Acidente vascular cerebral, popularmente conhecido com “derrame”, apresentaram ocorrências entre 15 e 18 casos com avós. As demais doenças como aneurisma, doenças pulmonares, doenças do aparelho circulatório, cirroses, paralisia e tiveram ocorrência inferiores a 5.

Figura 9 : Relação entre vícios ( fumo), tempo de consumo e idade

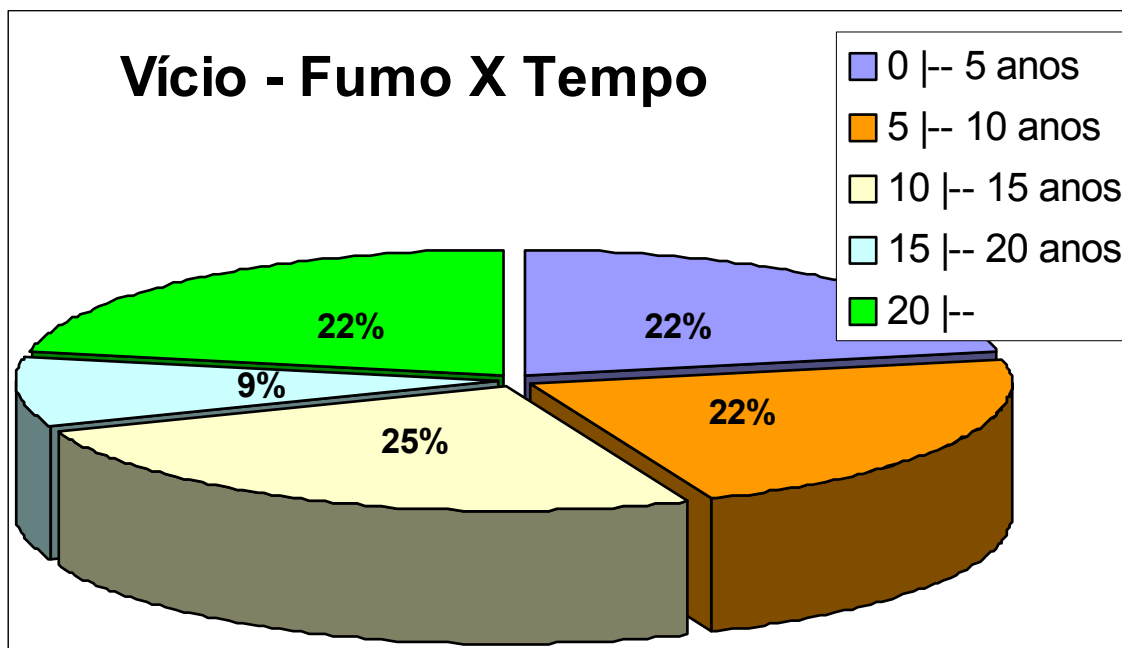
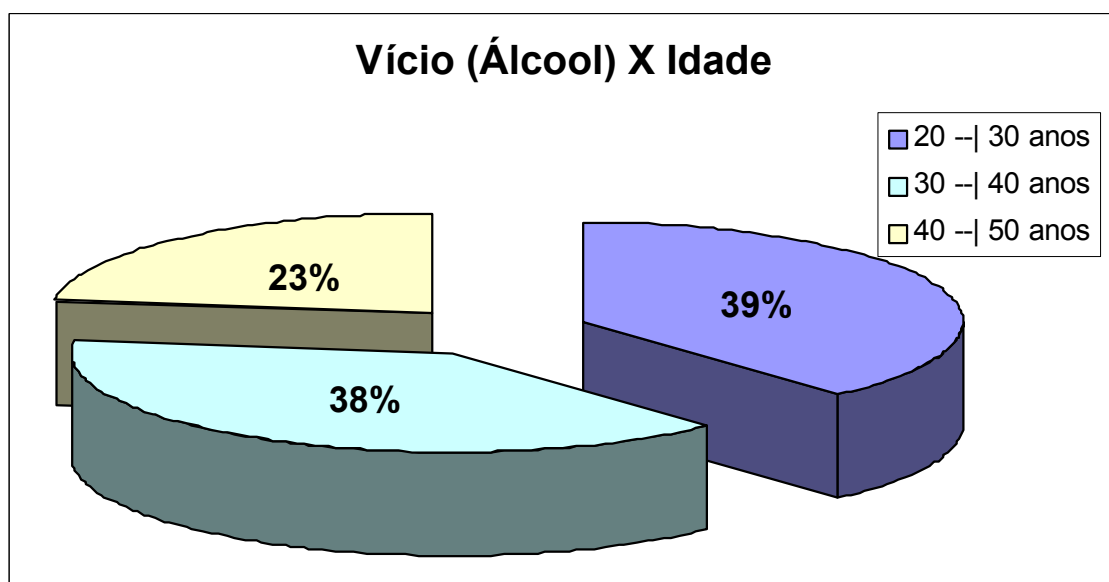


Figura 10: Relação entre vícios ( álcool), tempo de consumo e idade



Relacionando fatores de risco dos gráficos 9 e 10, o consumo de bebida alcoólica era utilizado por 39% das mulheres trabalhadoras que relataram “consumi-lo

socialmente”, estas mulheres tinham idade entre 20 e 29 anos; 38% delas tinham idade entre 30 e 39 anos e 23 % tinham idade entre 40 a 49 anos. Das 106 mulheres trabalhadoras analisadas, 32 eram fumante, destas 25% consumiam entre 10 e 14 anos, 22% há mais de 20 anos, 22% entre 15 e 20 anos, 22 % entre 5 a 10 anos e apenas 9 % há menos de 5 anos.

Segundo Lopes (1995) em seu estudo sobre o comportamento da população brasileira feminina em relação ao câncer cérvico uterino, este tipo de câncer, está relacionado com baixos níveis sócio- econômicos, com a conduta sexual, como precocidade do início da atividade sexual e promiscuidade, com hábitos de fumar e com fatores nutricionais como a carência de vitamina A. Ele afirma que, poucos são os trabalhos publicados que relacionam os fatores de risco para o câncer cérvico uterino no Brasil adotando características de outras regiões como por exemplo Estados Unidos.

Figura 11 – Relação entre queixa leucorréia (sim/não) com Doença Sexualmente Transmissível

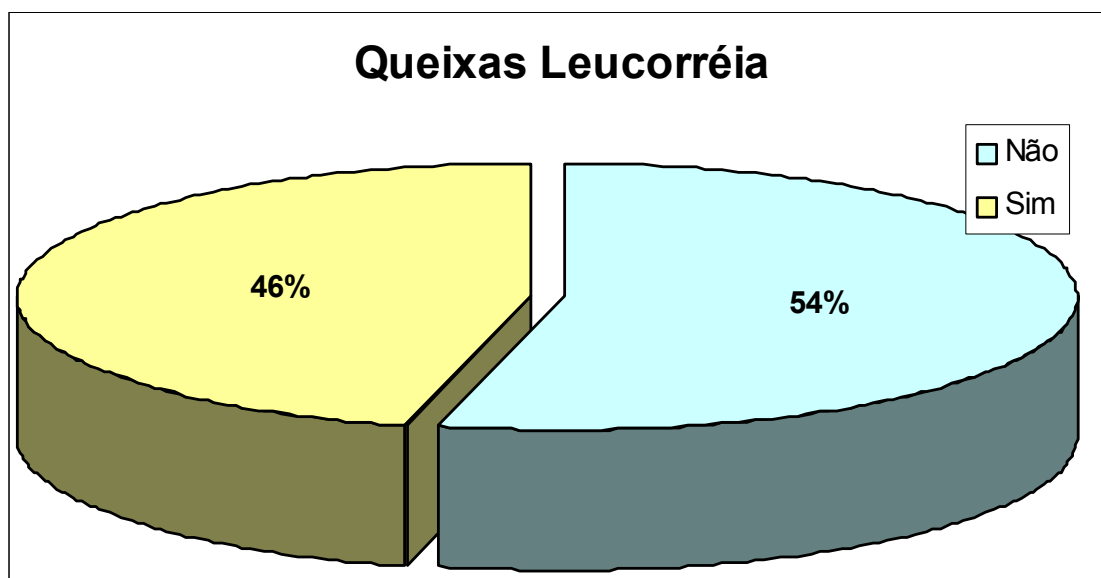


Figura 11.1 – Relação entre queixa leucorréia (sim/não) com Doença Sexualmente Transmissível

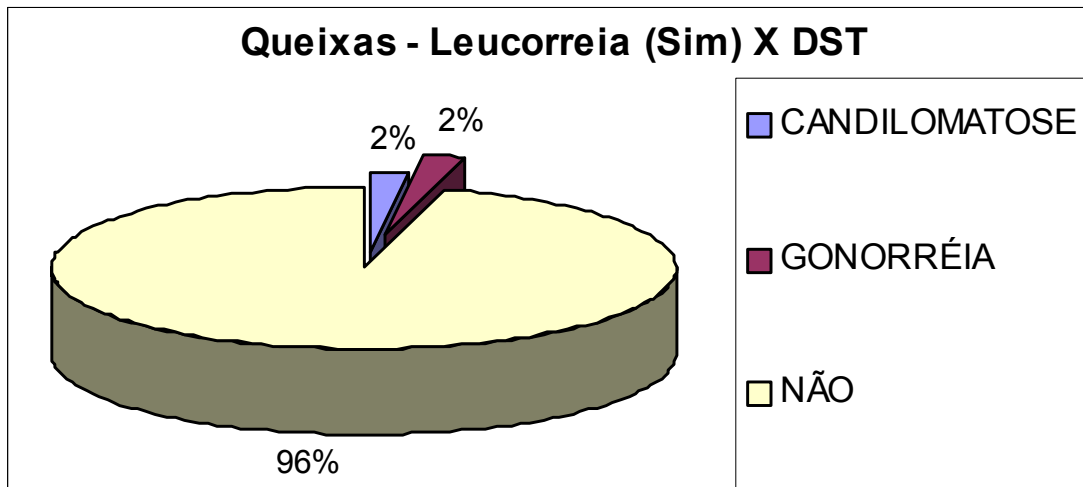


Figura 11.2 – Relação entre queixa de leucorréia (sim/não) com doença Sexualmente Transmissível

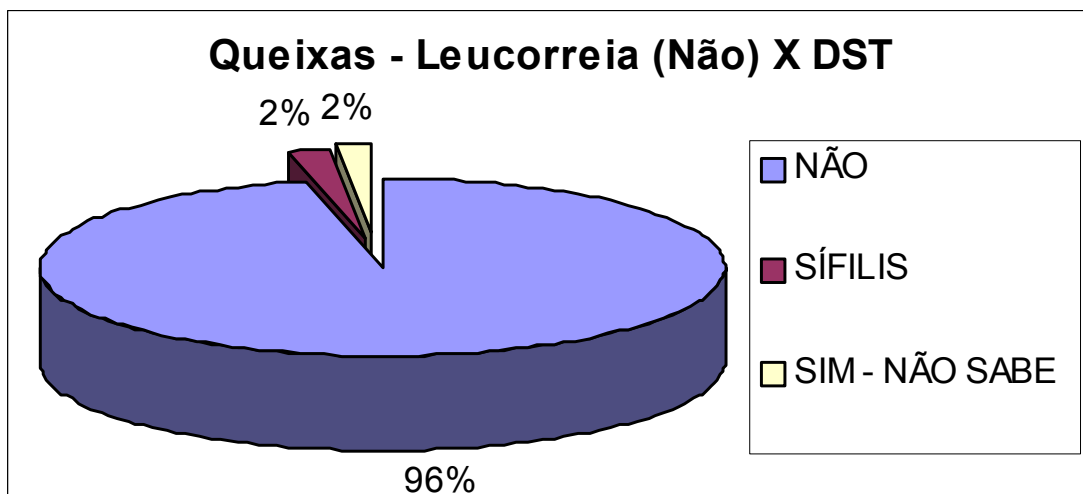


Figura 11.3 – Flora bacteriana Tabela 11.4 – Flora Fúngica

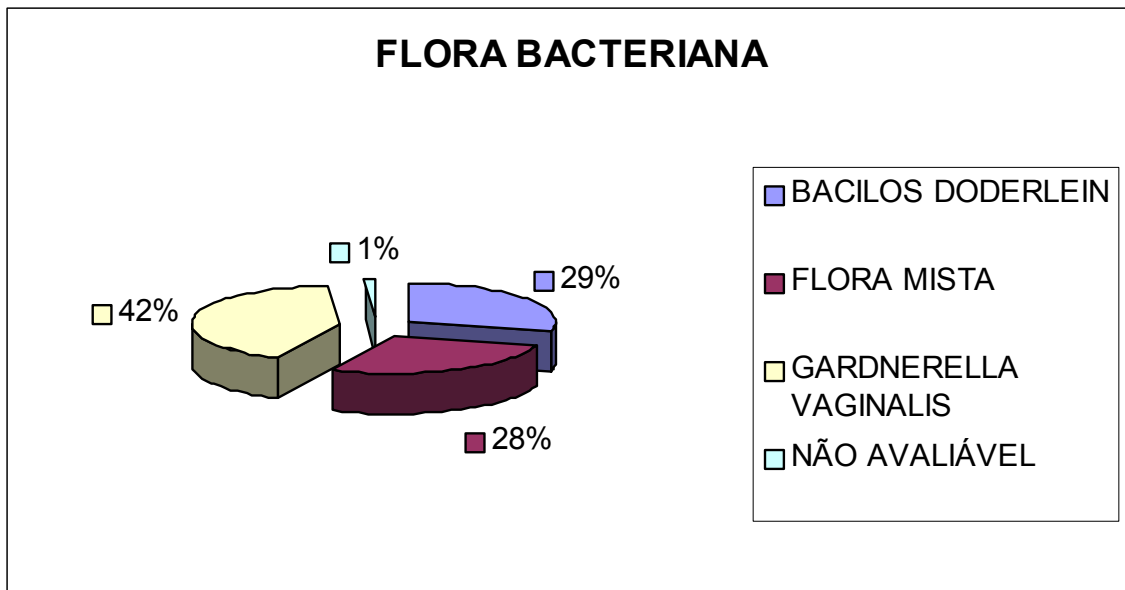
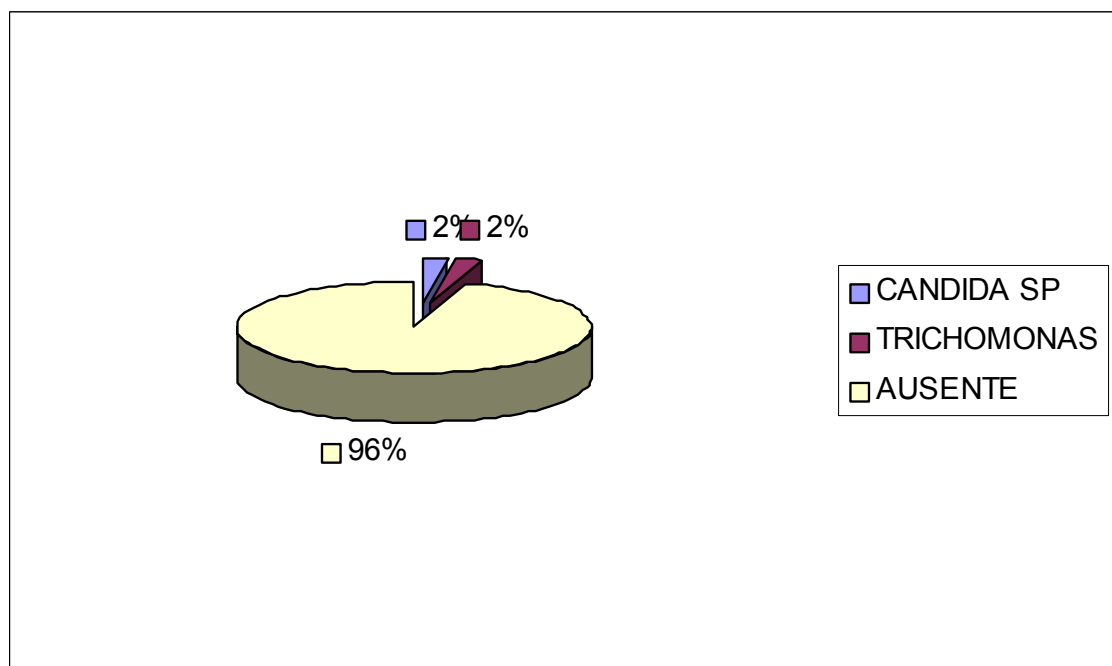


Figura 11.4 – Flora Fúngica



Relacionando os Gráficos 11 e 11.1 e 11.2, segundo queixas de leucorréia, ou seja, corrimento vaginal, 54% responderam que sim e 46% responderam que não. Das



que responderam sim, representados no gráfico 11.1; 2% também já tiveram condilomatose e 2% gonorréia. Das que responderam não, representadas no gráfico 11.2; 2% também já tiveram sífilis e 2% não souberam informar se tiveram alguma DST. Segundo o Ministério da Saúde (1999), todas as vulvovaginites e vaginoses bacterianas manifestadas através de corrimento vaginal, são consideradas atualmente doenças sexualmente transmissíveis.

Segundo a análise citológica relacionada a flora bacteriana no gráfico 11.1, 42% das amostras analisadas revelaram vaginose bacteriana do tipo *Gardenerella Vaginalis*, 29% Bacilos de Doderline, 28% flora mista e 1% não avaliável. Já no gráfico 11.2, referente a flora fúngica e protozoária; 2% representaram *Candida sp* e 2% *Trichomonas*.

Figura 12: Relação entre quantidade, aspecto e odor ds queixas de leucorréia

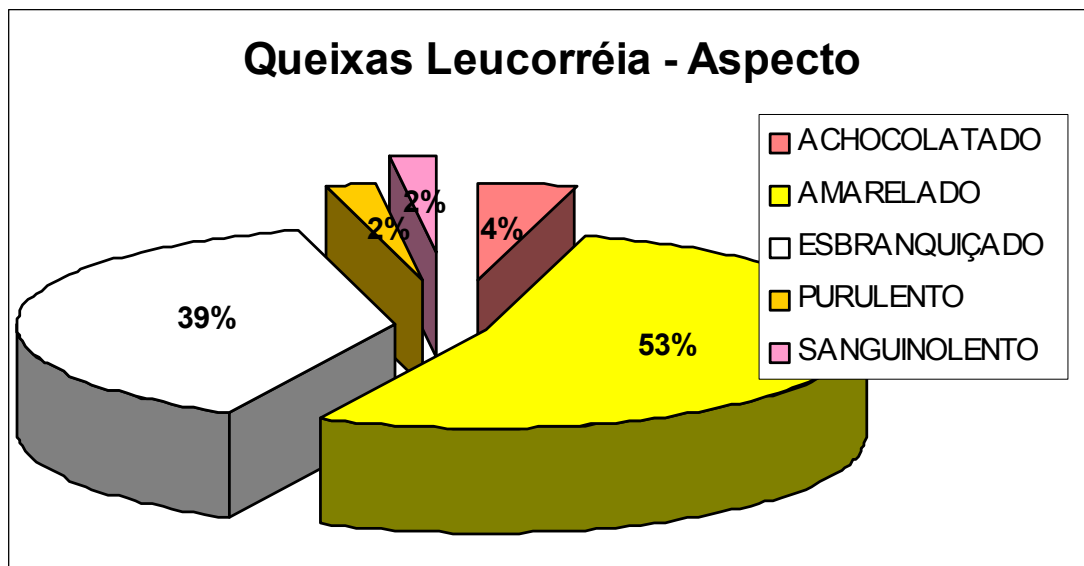


Figura 12.1: Relação entre quantidade, aspecto e odor ds queixas de leucorréia

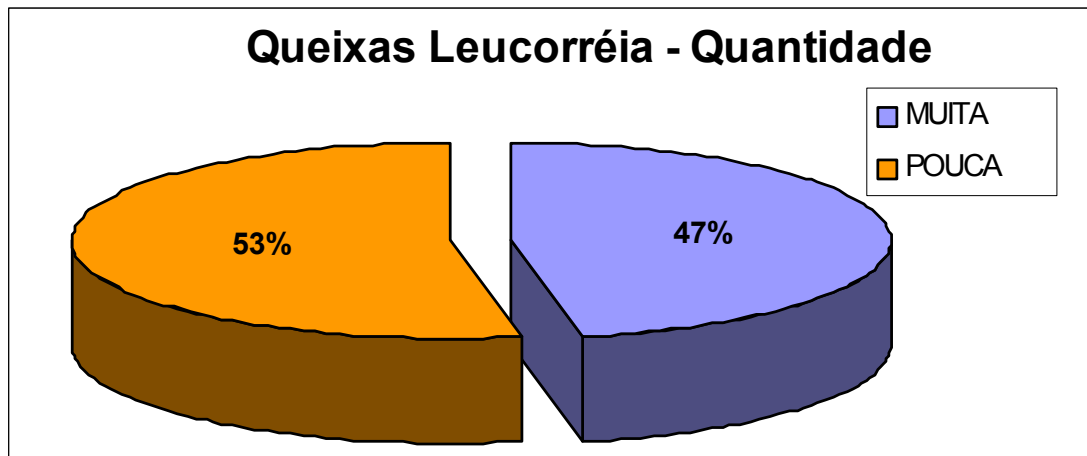
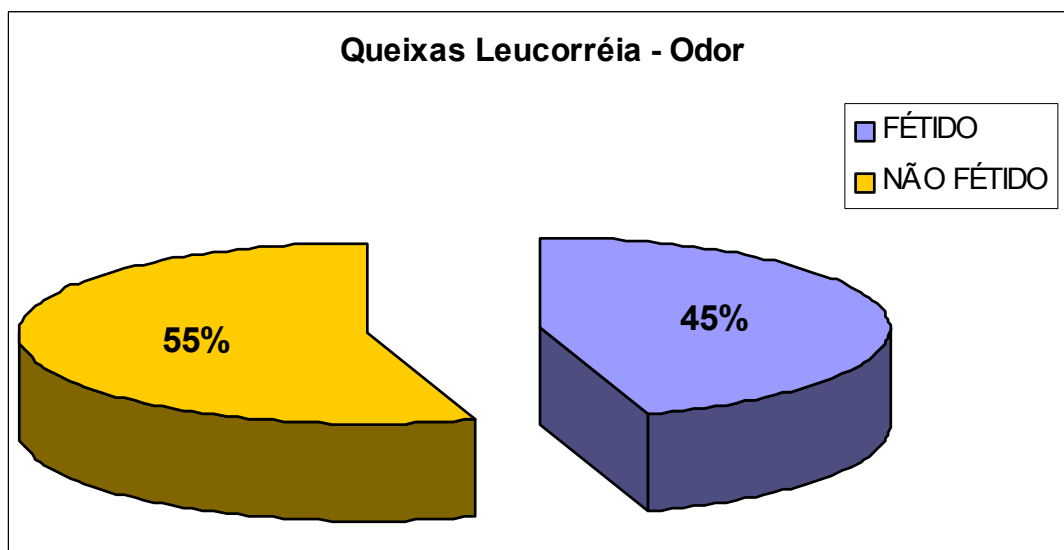


Figura 12.2: Relação entre quantidade, aspecto e odor ds queixas de leucorréia



O diagnóstico diferencial das vulvovaginites se dá também através do **aspecto, quantidade e odor** da secreção. 53% das mulheres trabalhadoras, referiram um corrimento de aspecto amarelado, 39% esbranquiçado, 4 % achocolatado e 2% sanguinolento e purulento. 53% das mulheres referiram pouca quantidade e 47% muita quantidade, 55% identificaram estas secreções como odor fétido e 45% não fétido.

Algumas leucorréias apresentam odor característico, como é o caso da vaginose bacteriana causada pela bactéria *Gardenerella Vaginalis*. 55% das entrevistadas **não** queixaram-se de odor fétido do corrimento apresentado e 45% referiram odor fétido. A vaginose bacteriana pode ser diagnosticada com base nos seguintes achados: odor vaginal de peixe, principalmente após coito e corrimento vaginal; secreção vaginal cinza; pH maior que 4,5; microscopia revelando um aumento de células e leucócitos ausentes. Segundo o Manual de Doenças Sexualmente Transmissível, Ministério da Saúde (Brasil, 1999), existem outros tipo de DST, não abordadas neste contexto.

- ***ANÁLISE CITOPATOLÓGICA***

Para análise citológica do material coletado, utilizou-se o Sistema Bethesda (TBS), sendo este, desenvolvido e patrocinado pelo Instituto Nacional de Câncer que garante uma terminologia uniforme de diagnóstico e facilita a comunicação entre profissionais. Este sistema, segundo Kurman & Solomon (1997), foi designado para ser flexível de forma a desenvolver alterações necessárias no “Screening” do câncer bem como no avanço do campo da patologia cervical. O diagnóstico de acordo com esta classificação é baseado na maioria das células anormais presentes, sem levar em consideração o número das mesmas.

Figura13 – Diagnóstico Principal

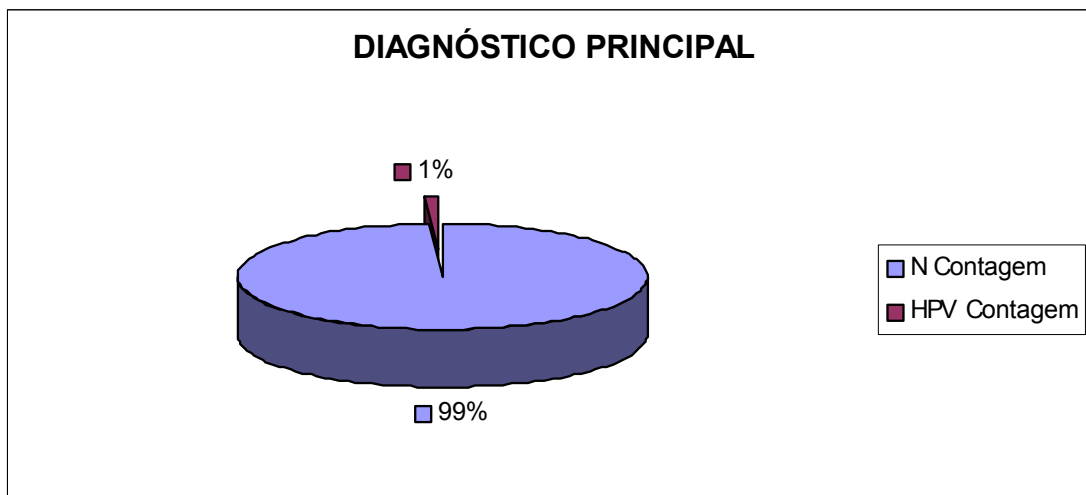
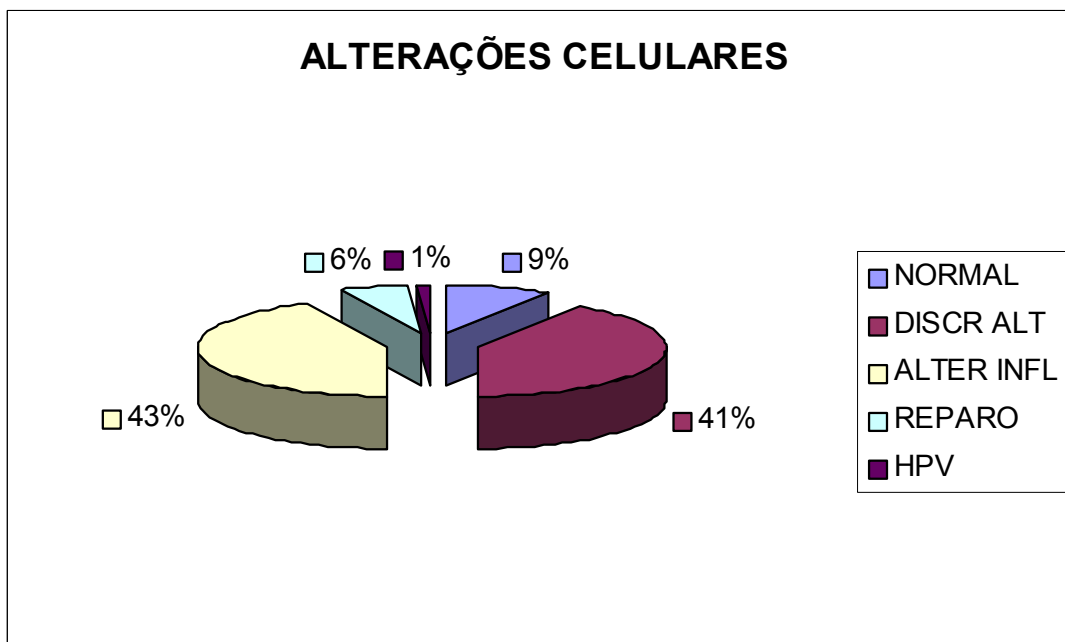


Figura 13.1 – Alterações Celulares



Segundo o diagnóstico principal, 1% revelou HPV e 99% não, como demonstrados no gráfico 13. Das alterações celulares analisadas no gráfico 13.1, 43% apresentaram alterações inflamatórias, 41% apresentaram alterações discretas o que segundo o MS é considerado normal, ou seja, não indicativo de nenhum tratamento

tópico ou sistêmico; 9% das lâminas analisadas apresentaram resultados normais ou seja, sem alterações significativas, 6% das lâminas foram inconclusivas, indicando em muitos casos excessiva quantidade de microorganismos, esfregaço hemorrágico, citólise o que dificultou a leitura; 1% apresentou resultado positivo para HPV.

Figura 14: Representação da Junção escamo colunar (JEC) e os diferentes tipos celulares analisados

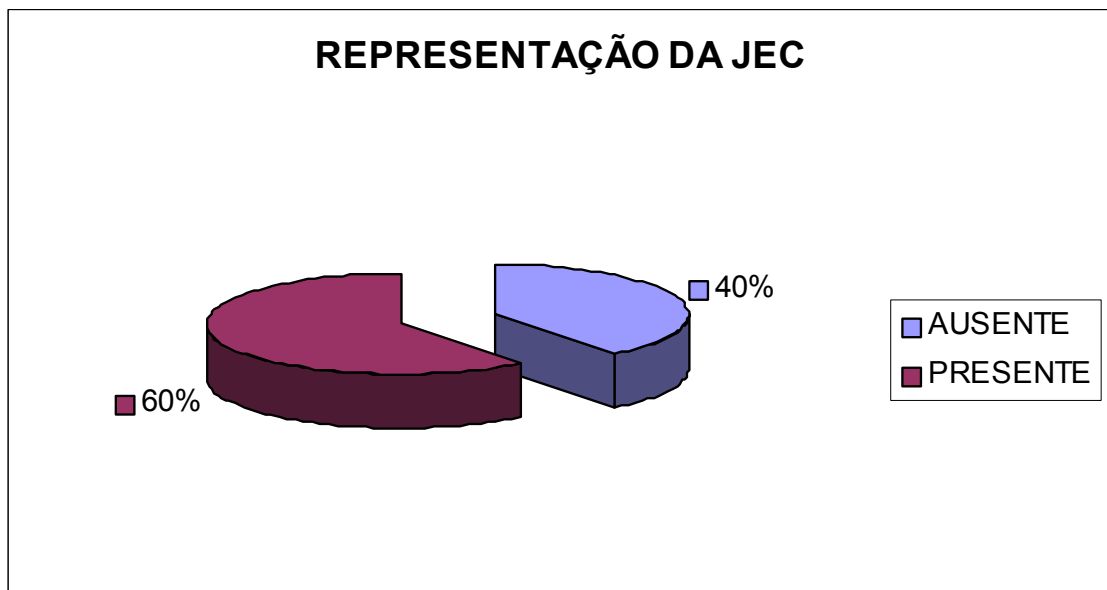
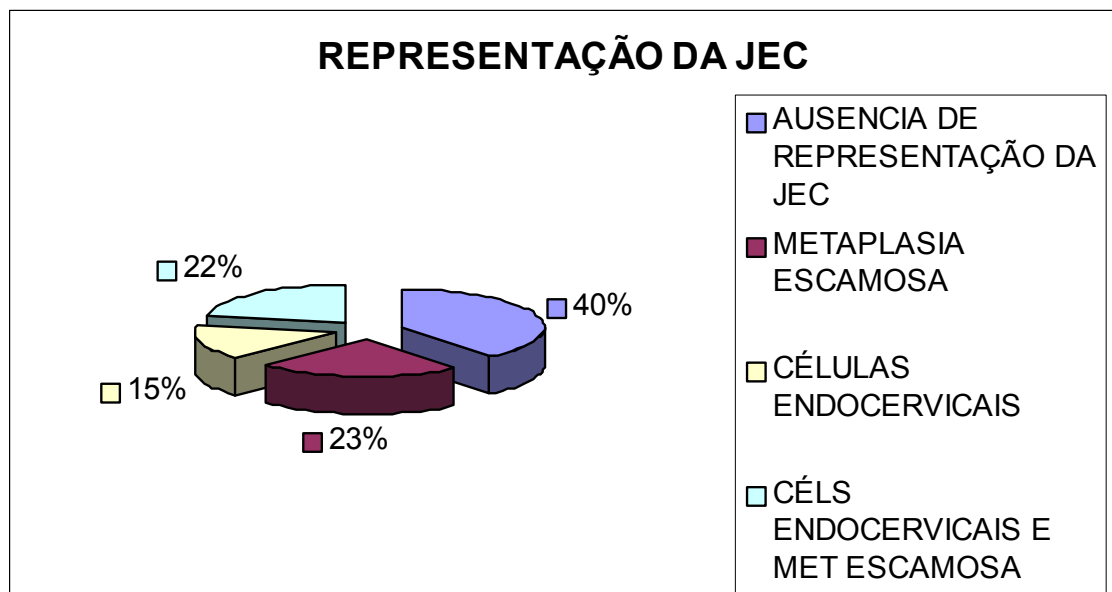


Figura 15: Representação da Junção escamo colunar (JEC) e os diferentes tipos celulares analisados

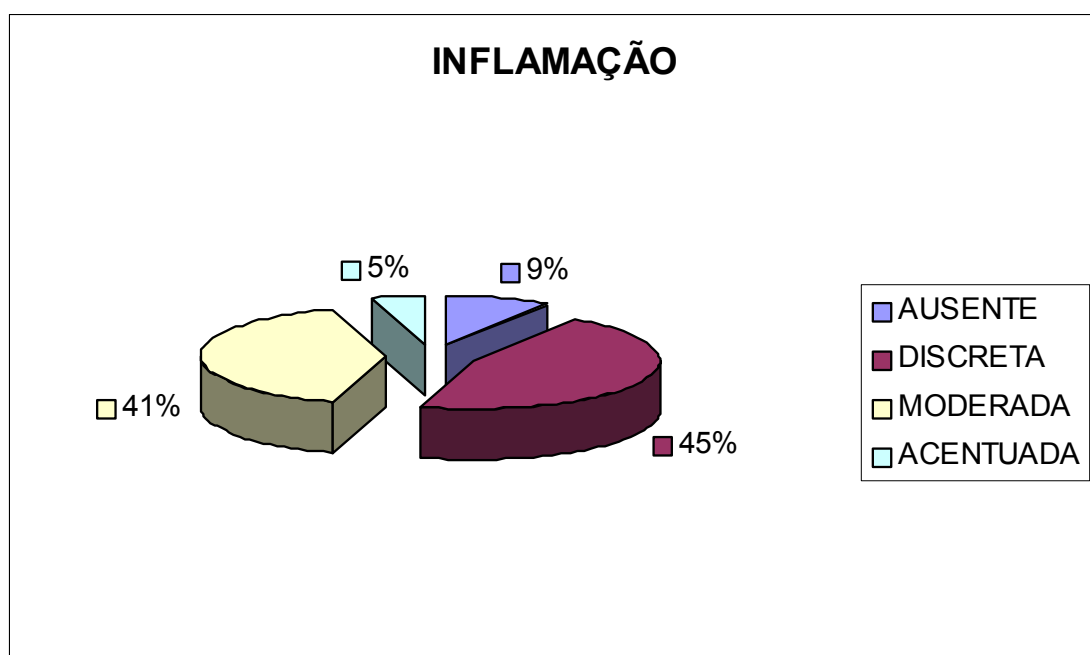


O Sistema Bethesda , segundo Kurman & Solomon (1997), define uma amostra satisfatória quando contém tanto células escamosas e endocervicais ou células escamosas metaplásicas. Estes elementos celulares formam a base microscópica para a hipótese de que a zona de transformação está representada. Dados da literatura são inconclusivos com respeito aos componentes endocervicais como medida de adequação da amostra. Estudos cruzados têm repetitivamente demonstrando que esfregaços com células endocervicais têm uma frequência significativamente mais alta e um alto grau de normalidade escamosas detectadas do que com falta de tais células. Na coleta de material , a presença de células da JEC, esta em alguns casos, relacionada tecnicamente a fatores como: anatomia do colo, retroflexão e anteroflexão, alteradas fisiologicamente por multiparidade entre outros ou por mecanismos cirúrgicos. Em casos de marcantes alterações atróficas, a ausência de componentes endocervicais / JEC identificáveis não afeta a adequação da amostra sendo categorizada como “satisfatória para avaliação”.

Das amostras coletadas, 60% estavam representadas pela Junção Escamo Colunar (JEC), e 40% não presentes, segundo gráfico 16.

Das amostras representadas pela JEC, 23% mostraram células do tipo metaplásica escamosa, 22% células endocervicais e metaplasia escamosa e 15% células endocervicais. 40% de ausência da representação da JEC, segundo gráfico 15.

Figura 16 - Inflamação



A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem 7.498, de 25 de junho de 1986 (Brasil, 1986) em seu artigo 11 diz:

“O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe: **I privativamente:** i) consulta de enfermagem ; j) prescrição da assistência de enfermagem; **II como integrante da equipe de saúde:** c) prescrição de

medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”.

Com base na descrição acima e tendo como referencial o Programa de saúde pública “Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis” do Ministério Da Saúde (1999) e conforme protocolo estabelecido previamente pelo Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho da Instituição, foram tratados 41% das trabalhadoras cujas amostras apresentaram resultados de inflamação moderadas e 5 % com inflamação acentuada. As demais 45% inflamações discretas e 9% das ausentes não receberam tratamento farmacológico.



## V CONCLUSÕES

O trabalho com o grupo de mulheres trabalhadoras trouxe uma vasta experiência do universo ginecológico especificamente na prevenção de câncer de colo uterino. Percebi que para algumas mulheres, a prevenção era importante e para outras, a prevenção pouco importava tendo até hoje, resultados ainda não procurados por elas.

Dificuldades iniciais apresentaram-se, conforme descritos anteriormente, porém nada mais gratificante que identificar precocemente graves alterações deste contexto e proceder de forma a evitar a evolução e a morte. A mortalidade por câncer de colo uterino está representada por valores altamente assustadores. A importância do câncer como uma ameaça à saúde pode ser medida através dos anos potenciais de vida perdida.

No Brasil, para mulher a partir dos 30 anos o câncer representa a segunda causa de morte, somente perdendo para as doenças do aparelho circulatório. Há considerável variação entre os tipos de cânceres de acordo com os diversos países, assim como o câncer de mama apresenta maior incidência nos países desenvolvidos e o de colo uterino é mais presente nos países em desenvolvimento. Pode-se dizer que mais de três quartos de todos os cânceres da cérvix são encontrados em países em desenvolvimento. As tendências mais marcantes e generalizadas da mortalidade por neoplasias em mulheres no conjunto dos países industrializados, nas últimas três décadas, têm sido o decréscimo das taxas por câncer de estômago e colo, fato este atribuído, em parte, à melhoria das condições gerais de vida e à intensificação dos programas de detecção precoce e tratamento.

A Organização Mundial de Saúde atenta para prevenção primária, detecção precoce e terapia curativa e alívio para a dor como as abordagens ou estratégias

disponíveis para o controle da doença. Seu controle depende de vários fatores como conhecimento de risco, do acesso aos serviços de saúde, da existência de atividades específicas, da relação estabelecida entre profissionais e pacientes, mas também da superação de tabus femininos em relação ao próprio corpo, de modo a incorporar práticas periódicas como o auto exame e a citologia vaginal. A prevenção primária é sem dúvida nenhuma o maior potencial para reduzir o número destas mortes. As potencialidades de prevenção do câncer residem, fundamentalmente, na suposição de que a ocorrência da doença está relacionada de modo predominante a fatores ambientais. A impossibilidade hoje, do exercício de prevenção vincula-se em primeiro lugar a fortes determinações de ordem econômica, aliada a variáveis culturais, assim como à própria insuficiência de conhecimento científico e dos serviços de saúde. Outra questão importante de se refletir estão relacionadas a padrões de comportamento sexual e reprodutivo definidos como fatores de risco que realçam estereótipos sexuais como por exemplo para as mulheres é dito que promiscuidade sexual associa-se ao câncer de colo enquanto que para os homens a câncer de próstata é associado à maior energia sexual ou sexualidade pronunciada.

Uma das facilidades percebidas neste trabalho grupal, foi o respeito e a confiança dedicada ao trabalho da enfermeira, o que me possibilitou associar a prática educativa ao contexto social e científico a realidade vivida ao longo deste tempo. As práticas educativas no campo da saúde pública, se destinam a educação para saúde visando promover saúde e prevenir doenças, através de programas educacionais, isto é, populações que buscam constantes comportamentos diferentes frente as dificuldades que se vive dia a dia. A enfermeira e os profissionais da área de saúde que integram uma equipe devem realizar a educação em saúde de forma contínua e permanente, o que

somente será possível quando se vivencia as experiências de ensino – aprendizagem que possibilitará desenvolver uma consciência crítica e capacidade para desempenhar funções educativas. A representação deste fato se confirma a partir dos objetivos propostos terem sido atingidos na sua totalidade. Hoje a Universidade dispõe de um *Programa de Atenção a Mulher Trabalhadora da UTP* que resultou da dedicação incansável deste trabalho.

No grupo de mulheres trabalhadas, não prevaleceu apenas um relacionamento formal de cuidado puramente tecnicista, mas também uma relação de ajuda, de carinho e de dedicação à elas. A cada dia, percebi um novo sorriso ou uma nova lágrima que se expressava sob forma de afinidade e porque acreditavam que ali elas poderiam depositar confiança no trabalho que estava sendo realizado.

O papel da enfermeira junto a um grupo de mulheres trabalhadoras se dá de forma educativa para se resgatar sempre princípios científicos, técnicos e relacionamento humano. Respalhada legalmente ele pode contribuir efetivamente para a redução do número e intensidade dos fatores de risco conhecidos como por exemplo, tratamento de afecções ginecológicas

Se a prática educativa privilegia a construção de conhecimentos, os métodos que forem utilizados devem favorecer a correspondência dos conteúdos com os interesses as mulheres, para que elas identifiquem a importância dos conteúdos sobre prevenção como auxílio à compreensão das condições sociais em que vivem. Eles foram escolhidos em consonância com o conteúdo a ser desenvolvido, com os objetivos a serem alcançados e com a experiência e personalidade da enfermeira enquanto educadora. Estimulou a iniciativa e a participação de outras classes de trabalhadoras como professoras, secretárias, bibliotecárias e outras, servindo hoje de referência para

exame preventivo anual, bem como está substituindo demandas de consultórios particulares, o que me faz crer que a relação de confiança profissional já está estabelecida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALPEROVITCH, Davis, ALPEROVITCH, Suely K. **Diagnóstico e prevenção do câncer na mulher**. 1 ed. ed. São Paulo: Santos, 1992.

BRASIL. **Regulamentação da Lei nº 7.498/86**. Brasília: Presidência da República, 1986.

\_\_\_\_\_. **Código de deontologia de enfermagem. Código de infrações e penalidades**. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, 1975.

\_\_\_\_\_. **Controle do câncer cérvico uterino e de mama. Normas e manuais técnicos**. 2. ed. revisada, 1. reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 2 ed. rev atual. Rio de Janeiro: Pro – Onco, 1993.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de combate ao câncer de colo uterino: a estratégia brasileira**. – Brasília : Ministério da Saúde, 1998.

\_\_\_\_\_. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Ministério da Saúde. Vol. 43, nº 2, Abr/Mai/Jun, 1997.

BRUNER/SUDARTH. **Tratamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro : Guanabara/Koogan, 1994.

DIAS, Nelsina Melo de Oliveira. Mulher, mãe, dona de casa. Agente de saúde da classe trabalhadora. **CCS**. Vol. IX – Nº 2 – Abr/Mai/Jun/1987.

GARICOHEIA, Bernardo. Prevenção – A arma mais poderosa. *Revista Manchete*. Agosto/1998.

GAYTON, Rathur C. & HALL. **Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara/ Koogan., 1998.

GONZALEZ, Helcy. **Enfermagem Oncológica**. São Paulo: Senac, 1994.

HAAS, P. et al. Avaliação do preventivo do câncer de colo de útero em laboratório com atendimento eplo sistema Único de Saúde (SUS) e laboratório com atendimento de convênios, na cidade de Florianópolis. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. Vol. 31, 1999.

HORTA, Wanda. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU. 1970.

JUNQUEIRA, Luis. C. **Biologia Celular e Molecular**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara/ Koogan, 1997.

KITAMURA, Satoshi. **Câncer ocupacioanl: introdução ao tema e proposta para uma política de prevenção e controle**. Fundação Oncocentro de São Paulo, 1991.

KOVOCTOVAS, Andreys. **Dicionário Terapêutico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

KURMAN, Robert J. & SOLOMON, Diane. **O sistema bethesda para relato de diagnóstico citológico cervicovaginal**. Rio de Janeiro : RevinteR, 1997.

LOPES, Emília Rebelo et al. **Comportamento da população brasileira feminina em relação ao câncer cérvico-uterino**. Jornal Brasileiro de Ginecologia. Vol. 105, nº 11/12, nov/dez, 1995. P. 505-14.

MAMEDE, Marli Villela. **Mulher e câncer**. Revista Paulista de Enfermagem. Vol. 12 – Nº 3 – Setembro/novembro, 1993. P. 99-102.

MANSON, Mildred A. **Enfermagem Médico Cirúrgica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1990.

MEREGHI, Miriam Aparecida Barbosa, et al. **Deteção precoce do câncer cérvico-uterino em uma unidade básica de saúde: uma estratégia de ensino**. Revista O Mundo da Saúde. São Paulo, ano 21, v. 21. N. 5, set/out, 1997, p. 300-06.

MURAD, André Márcio et. al. **Oncologia: Bases Clínicas de Tratamento**. Rio de Janeiro : Guanabara/Koogan, 1996.

NOVAK, E. R. et al. **Tratado de Ginecologia**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

PIATO, Sebastião. **Tratado de Giniecologia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Programas Câncer. Estratégias. // [WWW.saúde.gov.br](http://WWW.saúde.gov.br)

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ROBINS, Stanly. **Patologia Estrutural e Funcional**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

SWARTZ, Mark H. **Semiologia: Anamnese e exame físico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.

SOGIPA - Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná. 1. ed. Curitiba: Relisul. 1992.

STEVENS, Alan & LOWE, James. **Patologia**. 1. ed. São Paulo: Manole, 1996.

# **ANEXOS**

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ

**Programa de Assistência Integral a  
Saúde da Mulher Trabalhadora**

Prof. Adriana Cristina Franco

*ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM*

Nome: \_\_\_\_\_

*Data da Consulta :* \_\_\_\_\_

HORÁRIO: \_\_\_\_\_

Local: Laboratório Enfermagem do Campi Champagnat.



**ILMO SR.....**

**PREFEITO E ENCARREGADA DO CAMPI ..... DA UTP**

**PREZADO SENHOR:**

Preocupados com a saúde da trabalhadora desta Universidade, o Departamento de Enfermagem deste Campus, iniciará um Programa de Assistência a Mulher no próximo dia 04 de abril do corrente, sob minha responsabilidade. Hoje, o Câncer de Colo Uterino é a segunda causa de morbi mortalidade em mulheres sexualmente ativa e esta realidade precisa ser revertida.

Este Programa visa entre outras, atender a mulher trabalhadora oferecendo prevenção de Câncer de Colo Uterino através do Exame Preventivo ou Papanicolaou.

Estaremos realizando Consultas de Enfermagem Pré - Agendadas às terças – feira pela manhã e às quintas- feiras pela tarde.

Para que possamos atingir com êxito nossa meta em relação a cobertura do Programa, precisamos de sua colaboração, no sentido de disponibilizar sua funcionária para consulta que lhe será comunicada com antecedência.

Certas de contar com sua conceituada atenção,

Atenciosamente

*Professora Enf. Adriana Cristina Franco*

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER****TRABALHADORA****FICHA DE CONSULTA DE ENFERMAGEM EM GINECOLOGIA****1- IDENTIFICAÇÃO:**

<b>Nome:</b>				<b>Naturalidade:</b>			<b>Idade</b>
<b>Est.Civil</b>	casada	divorciada	amasiada	Viúva	solteira	<b>Procedência:</b>	<b>Cor:</b>
<b>Profissão:</b>				<b>Tempo na empresa:</b>			

**2- ANTECEDENTES FAMILIARES:**

<b>Câncer -</b>	<b>AVC-</b>	<b>TB-</b>
<b>Alcoolismo-</b>	<b>Doenças Mentais-</b>	<b>Hipertensão-</b>
<b>Cardiopatia-</b>	<b>OUTROS:</b>	

**3- ANTECEDENTE PESSOAIS:**

Nascimento: ( ) Parto normal ( ) Parto cesárea ( ) Fórceps

Fez ultimamente algum tratamento: ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_

Toma algum medicamento? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

**4- VÍCIOS:**

<b>FUMO:</b>	<b>QUANTIDADE:</b>	<b>TEMPO:</b>
<b>ALCOOL:</b>	<b>QUANTIDADE:</b>	<b>TEMPO:</b>

## 5- HÁBITOS:

Sono: tempo:	Qualidade:	Intercorrência:
Eliminações: vezes:	Intercorrência:	
Alimentação: vezes:	Qualidade:	

## 6- ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:

Idade menarca: \_\_\_\_\_ Ciclos : Regulares ( ) Irregulares ( )

Fluxo ( ) 1 dia ( ) 3 dias ( ) 5 dias ( ) Outros? ( )

Queixas? ( ) leucorréia ( ) Quantidade ( ) Aspecto ( ) Odor

( ) Dispareunia ( ) Sinusiorragia ( ) Dismenorréia

Atividade Sexual: Queixas: \_\_\_\_\_ Libido positivo ( )

Libido Negativo ( )

DUM: \_\_\_\_\_ Idade do início Atividade Sexual: \_\_\_\_\_

Adquiriu doença DST: ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_

Fez tratamento ( ) sim completo ( ) sim incompleto ( ) não

Ultima citologia oncótica: Ano: \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

## 7- PLANEJAMENTO FAMILIAR:

Utiliza método contraceptivo: ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_

Tempo? \_\_\_\_\_

**8- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:**

Gesta: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_ Aborto: \_\_\_\_\_

Gemelar: \_\_\_\_\_ Natimorto: \_\_\_\_\_ Óbitos: \_\_\_\_\_

Episiotomia: ( ) sim ( ) não

Complicações da gestação atual \_\_\_\_\_

Complicações de gestações anteriores: \_\_\_\_\_

Amamentação: ( ) sim ( ) não Tempo: \_\_\_\_\_

Mastite: ( ) sim ( ) não Outras complicações amamentação: \_\_\_\_\_

**9- GESTAÇÃO ATUAL:**

DUM:	DPP:	IG:
Pré Natal: sim/ não		
Intercorrências ginecológicas:		

**10- SINAIS VITAIS:**

Peso:	PA:
-------	-----

**11- ANÁLISE ERGONOMICA DO TRABALHO:**

**11.1-HISTÓRIA PROFISSIONAL ATUAL:**

Categoria profissional ( ) zeladora ( ) Outras

Qual? \_\_\_\_\_

É o único local de trabalho ( ) sim ( ) não.

Caso não, em que local trabalha? \_\_\_\_\_

Jornada de trabalho: ( ) 12/36 ( ) 8 horas ( ) 6 horas ( ) outros

Qual? \_\_\_\_\_

### **11.2- HISTÓRIA PROFISSIONAL ANTERIOR:**

Teve alguma ocupação antes de trabalhar nesta Instituição? ( ) sim ( ) não

Qual? \_\_\_\_\_

### **11.3 - ANALISE SUSCINTA DA TAREFA:**

Habitualmente realiza limpeza de que setor? \_\_\_\_\_

Quantas vezes ao dia? \_\_\_\_\_

Realizou treinamento teórica e prático sobre ?

( ) sim ( ) não

Tem alguma queixa de dor decorrente do trabalho ?

( ) sim ( ) não

Qual? \_\_\_\_\_

### **12 – EXAME FÍSICO:**

Inspeção estática da mama:

Inspeção dinâmica da mama:

Palpação:

Expressão:

Inspeção estática de genitália externa:

Inspeção dinâmica de genitália externa:

Exame especular:

Diagnóstico:

Prescrição:

Tratamento imediato:

Material citopatológico (RESULTADO):

Encaminhamentos:

---

**COREN E ASSINATURA**

## ANEXO 5

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER  
TRABALHADORA.**

**Protocolo de prescrição e tratamento de patologias a Consulta de Enfermagem  
segundo a Lei 7.498 de 25 de junho de 1986 e segundo Manual de Controle das  
DST s - Ministério da Saúde. 2 edição 1997.**

**“O PROFISSIONAL ENFERMEIRO PODE, DENTRE OUTRAS ATIVIDADES,  
PRESCREVER MEDICAMENTOS ESTABELECIDOS EM PROGRAMAS DE  
SAÚDE PÚBLICA E EM ROTINA APROVADA PELA INSTITUIÇÃO DE  
SAÚDE”.**

**Rotina aprovada pelo Serviço de Higiene e Medicina do Trabalho da UTP.**

**Vaginose Bacteriana ( *Gardenerella vaginalis* )**

Tratamento: TINIDAZOL 2 g., VO, dose única

METRONIDAZOL 2g., ( 8 comp. 250 mg) ou 500 mg, VO de 12/12 hs  
por 7 dias.

METRONIDAZOL creme vaginal, 1 aplicação ao deitar.

**Candidíase Vulvovaginal:**

Tratamento: MICONAZOL, óvulo ou creme, via vaginal, 1 aplicação ao dia, durante 14  
dias.

TIOCONAZOL, creme vaginal a 6,5% ou óvulo de 300 mg, aplicação única ao deitar.

**Tricomoniase Genital:**

Tratamento: TINIDAZOL 2 g, VO, dose única (500 mg ou 1000 mg)

METRONIDAZOL 2 g, VO, dose única (250 mg ou 500 mg)

METRONIDAZOL creme vaginal, 1 aplicação ao deitar.

Tomo ciência das prescrições supra - referidas e avalizo sua utilização pela Professora e Enfermeira Adriana Cristina Franco.

---

**Dr. Brasil Viana Neto**

**Médico Responsável pelo SESMT**

*VIA DO CONSULTÓRIO/ DE ENFERMAGEM*