

**FACULDADE BOA VIAGEM
CENTRO DE CONSULTORIA EDUCACIONAL**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM CITOLOGIA CLÍNICA**

MARIA DE LOURDES MONTEIRO RAMOS

**ALTERAÇÕES CITOPATOLÓGICAS OCASIONADAS PELO
PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) EM ADOLESCENTES NO BRASIL**

RECIFE

2013

MARIA DE LOURDES MONTEIRO RAMOS

**ALTERAÇÕES CITOPATOLÓGICAS OCASIONADAS PELO
PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) EM ADOLESCENTES NO BRASIL**

Monografia apresentada à Faculdade Boa Viagem e Centro de Consultoria Educacional, como exigência do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Citologia Clínica.

Orientadora: Prof^a. Msc. Héli da Maranhão

RECIFE

2013

MARIA DE LOURDES MONTEIRO RAMOS

**ALTERAÇÕES CITOPATOLÓGICAS OCASIONADAS PELO
PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) EM ADOLESCENTES NO BRASIL**

Monografia apresentada à Faculdade Boa Viagem, como exigência do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Citologia Clínica.

Recife, __ de __ de 2013.

EXAMINADOR

Nome: _____

Titulação: _____

PARECER FINAL:

AGRADECIMENTOS

A Deus pela fidelidade e justiça que nunca nos falha; aos meus filhos Aroldinho e Janaína, a meu esposo Aroldo, pelo incentivo constante e pela compreensão ilimitada, a quem admiro imensamente e serei eternamente grata.

RESUMO

Boa parte das adolescentes brasileiras não apresenta informação adaptada sobre a precaução deste vírus. A aderência ao Papanicolau ainda se mostra baixa. As estatísticas abonam a admissão da adolescente nos programas de diagnóstico desta DST. É conciso haver imissões na educação sexual nos estabelecimentos de ensino e agregar campanhas de Papanicolau com atividades educacionais, com foco apropriado e linguagem ajustada. Esse trabalho prioriza enfatizar as alterações citopatológicas apresentadas pelo papilomavírus humano (HPV) e verificar sua prevalência nas adolescentes brasileiras. Os tirocínios pré-clínicos e os danos apredecessores passaram a ser diagnosticadas com antecipação, cooperando para o tratamento apropriado da paciente que padece deste mal no Brasil.

Palavras-chave: Papilomavírus humano (HPV); adolescentes, câncer de colo uterino.

ABSTRACT

Most Brazilian teenagers do not present information adapted on the caution of this virus. Adherence to the Pap test still shows low. The statistics favour the admission of the teenager in the diagnosis of STDS. Is there a concise susceptibility in sex education in schools and provide educational activities with Pap smear campaigns, with appropriate focus and language set. This work gives priority to emphasize the changes citopatológicas made by the human papillomavirus (HPV) and check its prevalence in teenagers. The pre-clinical periods and damage predecessors came to be diagnosed with anticipation, cooperating for the proper treatment of the patient who suffers from this evil in Brazil.

Keywords: human papillomavirus (HPV); teenagers, cervical cancer.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Coleta de material para realização do exame de Papanicolau.....16

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Diretrizes e Estratégias Programa Viva Mulher.....	20
--	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	OBJETIVOS.....	10
2.1	Objetivo Geral.....	10
2.2	Objetivos Específicos.....	10
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
3.1	Breves Considerações sobre o Útero.....	11
3.2	Alterações morfo-citológicas no útero e suas nuances.....	11
3.3	Papiloma Vírus Humano.....	12
3.3.1	Classificação do HPV.....	12
3.4	Exames Citopatológicos do Colo Uterino.....	13
3.5	HPV e o Câncer do Colo Uterino.....	14
3.5.1	Exame de Papanicolau.....	16
3.5.2	Fatores que Comprometem o Diagnóstico.....	17
3.5.3	Requisitos para a Escolha do Método Diagnóstico.....	18
3.6	Prevenção e Tratamento.....	19
3.6.1	Programa Viva Mulher.....	20
3.7	Dados Estatísticos sobre a Prevalência do HPV nas Adolescentes Brasileiras.....	21
4	CONCLUSÃO.....	23
	REFERÊNCIAS.....	24
	ANEXOS.....	30

1 Introdução

A infecção do trato genital humano pelo HPV é a enfermidade sexualmente transmissível viral mais comum na população sexualmente ativa. Uma acentuada particularidade do câncer do colo do útero é a sua sólida agregação, em todas as regiões do planeta, com o ignóbil grau sócio-econômico, ou seja, com os grupos mais vulneráveis socialmente (DE PALO, 2009).

A iniciação sexual cada vez mais cedo promove elevada vulnerabilidade da adolescente a dificuldades do domínio sexual e reprodutiva, abarcando o câncer de colo do útero e a contaminação pelo HPV. Boa parte das adolescentes brasileiras não apresentam informação adaptada sobre a precaução desta neoplasia. A aderência ao Papanicolau ainda se mostra baixa (DE PALO, 2009).

As estatísticas abonam a admissão da adolescente nos programas de diagnósticação desta DST. É conciso haver omissões na educação sexual nos estabelecimentos de ensino e agregar campanhas de Papanicolau com atividades educacionais, com foco apropriado e linguagem ajustada (DE PALO, 2009).

Este trabalho justifica-se por promover cogitações e discussões sobre a questão, nos meios de comunicação social, nos pais, nos formadores de opinião e nos docentes (DE PALO, 2009).

E juntamente, prover contribuições para a área de estudos e atos em torno do referencial para bem-estar do adolescente, focalizando os temas da gravidez na adolescência, e DST, a partir da articulação entre as dimensões inter-relacionadas: adolescência, sexualidade e prevenção (DE PALO, 2009).

Antes de tudo, é um convite à elaboração de propostas de intervenção que não tendam a reafirmar as clássicas percepções preconceituosas e atitudes repressivas sobre a questão sexual na adolescência, mas que controvertam a participação dessa população peculiar na área da saúde e analogias de gênero, sexual e reprodução (DE PALO, 2009).

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Avaliar as alterações citopatológicas ocasionadas pelo papilomavírus humano (HPV) e sua prevalência em adolescentes brasileiras.

2.1 Objetivos Específicos

- Determinar a relevância dos tipos mais prevalentes de HPV;
- Explanar as formas de diagnóstico do câncer de colo uterino;
- Abordar as principais formas de transmissão do HPV;
- Enfocar a prevalência do HPV nas adolescentes brasileiras.

3 Fundamentação teórica

3.1 Breves Considerações sobre o Útero

O Útero, segundo Maciocia (1996), é o órgão extraordinário mais importante.

Isto devido ao fato de ele supervisionar a menstruação, a concepção e nutrir o feto durante a gravidez. (MAIKE, 1995).

O útero é um órgão do sistema reprodutivo feminino que abriga o embrião e no qual este permanece e se desenvolve até o nascimento. Tem em geral a forma de uma pêra invertida e fica envolvido pelo ligamento lardo (DÂNGELO e FATTINI, 2003).

3.2 Alterações morfo-citológicas no útero e suas nuances

Desde 1942, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) como sendo o principal fator de risco para esta neoplasia, além das frequentes injúrias recebidas pela cérvix uterina. (COX et al., 2004; FRANCO et al., 2008)

A variação celular e nuclear também é imprescindível no diagnóstico citológico: células malignas pleomórficas, isoladas ou agrupadas, às vezes queratinizadas ou necróticas, com formas bizarras (setas), núcleos tipicamente ativos ou alongados, fundo inflamatório, hemorrágico e necrótico são as principais características de um carcinoma de colo de útero invadindo tecidos adjacentes, tanto em células glandulares quanto escamosas (DE PALO, 2009).

A infecção genital pelos subtipos não genitais do HPV é extremamente rara e ocorre principalmente em crianças. Essa é, portanto, um modo não-sexual de transmissão (BIBBO; WILBUR, 2008).

Os principais tipos são o 16 e 18, mais propensos ao surgimento do câncer cervical (KAST, 2009) e a via sexual continua sendo a principal porta de entrada. Estima-se que cerca de 75% da população sexualmente ativa entre em contato com um ou mais tipos de 14 HPV durante sua vida, com prevalência mais elevada entre mulheres jovens.

Calcula-se que 35% das mulheres brasileiras sejam portadoras deste vírus, embora apenas uma pequena fração delas, menor que 5%, desenvolverá o câncer (INCA 2010).

Se aceita hoje em dia que a coloitose representa forma de expressão completa do HPV, sendo em geral vista nos casos de lesões de baixo grau. Realmente, nas lesões de alto grau se torna bem menos freqüente o achado desta alteração (ARAÚJO, 2009).

Em todos estes esquemas a premissa é de que se o processo leva muitos anos para evoluir, a repetição periódica do teste de Papanicolaou, cuja sensibilidade gira em torno de 80- 90% protege a mulher em praticamente 100% no decurso do programa (ARAÚJO, 2009).

3.3 Papilomavírus Humano (HPV)

O HPV é um DNA-vírus que atinge grande parte da população sexualmente ativa. Dependendo de sua linhagem poderá além de causar lesões condilomatosas, desenvolver neoplasias intra-intraepiteliais com a maior possibilidade de desenvolvimento de câncer de colo uterino, da vulva, da vagina ou da região anal, que são potencializados quando associados a fatores de risco (BRASIL, 2006).

O papilomavírus humano (HPV) é um agente infeccioso que se manifesta através de lesões conhecidas como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo. É um vírus de transmissão frequentemente sexual, embora outras formas de transmissão tenham sido identificadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

É um organismo exclusivamente intracelular que se estabelece nas células epiteliais. O vírus penetra nas células basais epiteliais no novo hospedeiro através de microtraumatismos. Quando infecta uma célula, o vírus pode permanecer em estado latente por muitos anos, bem como, apresentar manifestações clínicas ou subclínicas (CARVALHO, 2000).

3.3.1 Classificação do HPV

Os HPVs são classificados em tipos com base na sequência de DNA. Os HPV tipo 1 e 4 foram os primeiros a serem descobertos por que são encontrados na maioria das verrugas cutâneas. Os HPV das verrugas genitais são normalmente do

tipo 6, 11, 16, 18, 31, 33 e 35. Esses tipos de HPV causam verruga no pênis, na vulva e nos ânus, e são capazes de infectar o epitélio mucoso da vagina, da cérvix e da orofaringe. Os tipos de HPV associado à região genital foram identificados posteriormente, pois a quantidade de DNA, presentes nas lesões genitais é muito pequena, desse modo sua identificação teve que esperar pelo advento da tecnologia do DNA recombinante (DE PALO, 2009).

O baixo conteúdo de DNA e de partículas virais em verrugas genitais é suficiente para propagar a infecção, pois a transmissão do vírus durante o contato sexual ocorre com muita eficácia. Em geral, cada tipo de HPV está normalmente associado à infecção de uma região anatômica específica ou de um epitélio. Por exemplo, o HPV-1 é encontrado com mais frequência nas verrugas plantares. O HPV- 2 causam verrugas cutâneas comuns, mais foram encontrados em verrugas genitais. O HPV- 6 e o HPV- 16, que causam tipicamente lesões genitais, também têm sido isolados frequentemente em verrugas cutâneas (MOSELIO, 2002).

Os tipos oncogênicos prevalentes mundialmente são: 16, 18, 45, 31, 33, 58, 52 e 35 (JACOBS et al., 1997, 2000; VAN DEN BRULE et al., 2002). Segundo esses mesmos autores, os tipos genitais de HPV podem ser classificados segundo o risco que conferem ao desenvolvimento de lesões neoplásicas do colo uterino em:

Tipos de baixo risco: HPV's 6, 11, 40, 42, 43 e 44), causadores de verrugas genitais externas (condiloma acuminado) e lesões benignas do colo uterino.

Tipos de alto risco: HPV's tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, e 68 encontrados em lesões de alto grau e carcinoma invasor.

Tipos de risco intermediário: 26, 34, 53, 54, 55, 61, 62, 66, 73, 82, 83 entre outros. Os HPV de alto risco são detectados em 50-80% das lesões de alto grau (NIC-II e NIC-III) e em 99,7% dos casos de câncer invasor do colo uterino.

3.4 Exames Citopatológicos do Colo Uterino

As lesões intra-epiteliais escamosas do colo do útero são comprovadamente precursoras do câncer cervical. Vários exames são utilizados na avaliação destas lesões. Dentre eles, destacam-se a citologia e a colposcopia (SARIAN, 2010).

As estatísticas mundiais demonstram que aproximadamente 10% das pacientes com alterações citológicas indeterminadas irão desenvolver lesões intra-

epiteliais de alto grau, sendo necessário, portanto, o uso da colposcopia e de outro procedimento invasivo, no caso, o exame histopatológico (KOSS, 2006).

De acordo com Pinelli (2002) o controle do câncer de colo uterino deve envolver conjuntos de ações educativas com a finalidade de atingir grande parte das mulheres de risco, além da realização do Papanicolaou periodicamente.

A colposcopia só é realizada quando alguma alteração citológica for detectada, o que pode deixar lesões em estágios iniciais fora do possível diagnóstico (SARIAN, 2010).

A colposcopia também se popularizou há mais de quatro décadas em todo o mundo. É um exame direto, realizado por profissional médico, com a ajuda de um aparelho, com luz e lentes, chamado colposcópio que consegue aumentar de 10 a 40 vezes o tamanho normal do colo do útero. Por ser realizado apenas por profissional médico, não está acessível à boa parte da população mais carente do país e por se tratar de um método visual, não há como diagnosticar com exatidão as possíveis lesões encontradas. Após observar essas lesões, o profissional pode retirar fragmentos da mesma para posterior estudo histopatológico, este sim, método diagnóstico definitivo (DE PALO, 2009).

O exame histopatológico (biópsia) é obrigatório em casos de lesões suspeitas. A colposcopia pode revelar o local para biópsia em 85% dos casos. A biópsia em “punch” e a curetagem endocervical (lesões altas no canal endocervical), realizadas em ambulatório, são capazes de diagnosticar a invasão do câncer do colo do útero em tecidos adjacentes, em 90% dos casos, mesmo com o exame citológico tido como normal. A conização cirúrgica e o bisturi a frio, em alça ou por laser, com curetagem fracionada, é utilizada para diagnóstico, quando a biópsia simples falha em estabelecer a presença da invasão ou quando a colposcopia é inconclusiva ou insatisfatória. A classificação do câncer e seu diagnóstico final só pode ser dado pelo exame histopatológico (BIBBO; WILBUR, 2008).

3.5 HPV e o Câncer do Colo Uterino

De acordo com Rosenblatt e colaboradores (2005), cerca de 50% de toda a população mundial sexualmente ativa, em algum momento de sua vida, entrou ou entrará em contato com HPV. O mesmo autor estima que 30 milhões de pessoas, em todo o mundo, apresentem lesões do tipo verruga genital (condiloma

acuminado), 10 milhões de pessoas apresentem lesões intra-epiteliais de alto grau em colo uterino e que 500 mil novos casos de câncer de colo uterino surjam anualmente.

No Brasil, segundo informações do Instituto Nacional do Câncer (INCA), são identificados anualmente cerca de 18.000 novos casos de câncer de colo uterino em decorrência da contaminação pelo HPV, dos quais 4.000 casos são fatais. (INCA, 2009).

De acordo com Rosenblantt e colaboradores (2005) e Nadal e Manzione (2006), estudos que avaliaram cerca de 1.000 mulheres com carcinoma, 99,7% dos casos apresentam contaminação pelo HPV. Para Rosenblantt (2005) e Nadal e Manzione (2006) uma das possíveis explicações para a disseminação do HPV e a sua alta relação com o desenvolvimento do câncer de colo de útero são os fatores de risco, como por exemplo, multiplicidade de parceiros e início precoce da atividade sexual junto com a falta de orientação à população.

Na maior parte das vezes a infecção pelo HPV não apresenta qualquer sintomatologia. Em seus estágios iniciais, podem ser tratadas com sucesso, porém, quando não tratadas precocemente podem progredir para o câncer cervical. Geralmente, esta infecção não resulta em câncer, mas é comprovado que 99% das mulheres que têm câncer do colo uterino foram antes infectadas por este vírus (RAMA, 2006).

Segundo o INCA (2008), existem vários fatores de risco que estão correlacionados para o desenvolvimento do câncer de colo uterino sendo diretamente associados à baixa condições sócio-econômicas, a grandes variações de parceiros sexuais, à quantidade de cigarros fumados, ao uso contínuo e prolongado de contraceptivos orais e a falta de higiene íntima. Estudos mostram recentemente que mais de 90% dos casos de câncer de colo de útero os clientes eram portadores do vírus HPV, e que o vírus do HPV tem um papel muito importante na neoplasia das células cervicais e na sua modificação em células cancerosas.

Os fatores de risco aumentam as possibilidades do aparecimento do câncer do colo de útero, estes estão relacionados ao modo de vida de cada indivíduo e o fator de risco mais importante e a infecção pelo o vírus HPV, o papilomavírus humano que é transmitido através da relação sexual de uma pessoa a outra. Esse risco aumenta quando, a mulher se relaciona com homens que teve muitas parceiras ou ela tem muitos parceiros, inicia a atividade sexual muito cedo, a mulher que tem

relações com homem que apresente verrugas no pênis ou outras doenças sexualmente transmissíveis, o que aumentam a possibilidade da mulher ser acometida de um câncer de colo uterino (E-CÂNCER, 2008).

3.5.1 Exame de Papanicolau

É o exame que previne o câncer de colo uterino deve ser realizado em todas as mulheres com vida sexualmente ativa, pelo menos uma vez ao ano. Consiste na coleta de material do colo uterino para exame em laboratório. É um exame simples e barato, porém algumas mulheres ainda resistem em realizá-lo por medo ou vergonha (DANGELO; FATTIMI, 2003).

O exame Papanicolau consiste na coleta de material citológico do colo do útero, sendo coletada uma amostra da parte externa (ectocérvice) e outra da parte interna (endocérvice) (INCA 2005).

De acordo com Robert (2006), no Brasil, o Ministério da Saúde aconselha que o exame Papanicolau (citologia oncológica) em mulheres de 25 a 60 anos ou nas sexualmente ativas seja realizado a cada três anos, após a obtenção de dois exames com resultados negativos com um intervalo de um ano entre eles.

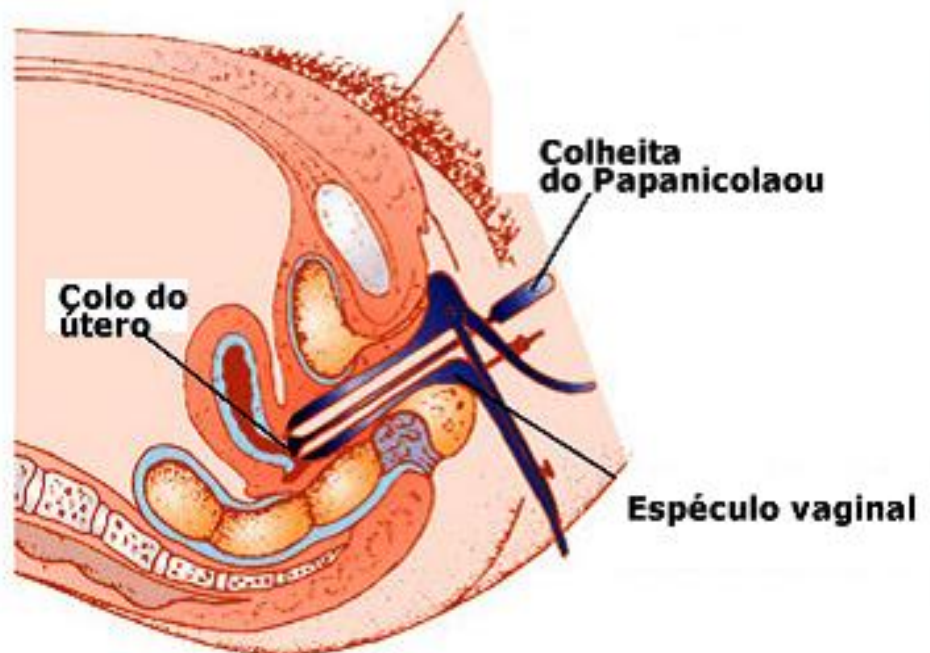


FIGURA 1: Coleta de material para realização do exame de Papanicolau. Fonte: OTTO (2002).

De acordo com Pinelli (2002), a prevenção do câncer de colo uterino deve envolver um conjunto de ações educativas com a finalidade de atingir grande parte das mulheres de risco, além da realização do Papanicolau. Através de programas de prevenção clínica e educativa há esclarecimentos sobre como prevenir a doença, sobre as vantagens do diagnóstico precoce, as possibilidades de cura, sobre o prognóstico e a qualidade de vida não só para esse tipo de câncer, como para os demais.

Segundo Barbeiro et al. (2009), para reduzir a descontinuidade ou a falta de adesão ao exame, seria conveniente que ocorresse uma pré-consulta com um profissional de enfermagem, a fim de esclarecer dúvidas e reduzir o nível de ansiedade da mulher, para que no momento do exame ela já se encontre mais confortável e se sinta menos invadida para a ocorrência do procedimento.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), a periodicidade do exame preventivo deve ser de 6 em 6 meses. O profissional deve oferecer acolhimento adequado às mulheres para que se sintam respeitadas e confiantes, incentivando a mulher a ter uma atitude favorável em relação ao exame, possibilitando assim a multiplicação da ação para a comunidade.

3.5.2 Fatores que Comprometem o Diagnóstico

Quando se cogita em colheita ou amostragem para fins de esfregaço citológico, cabe uma particular preocupação, já que ela consiste na maior causa de resultados falso-negativos que nada mais é do que uma declaração incorreta da ausência da doença, acarretando na falta ou retardo do tratamento das pacientes (LONGATTO et al., 2005).

Vale ressaltar que a coleta correta da Zona de Transição (ZT) tem sido exaustivamente apontada na literatura, pois o número de anormalidades epiteliais é significativamente maior em esfregaços contendo células endocervicais do que em esfregaços contendo apenas células escamosas e metaplásicas (GAY et al., 2005).

Uma prática que deve ser deixada de lado é o uso da presença de muco endocervical como indicador de amostra adequada, isso cada vez mais está deixando de ser aceito, embora alguns profissionais ainda considerem esse fato (KIVLAHAN et al., 2005).

Lesões pequenas ou inacessíveis podem ser perdidas na coleta, fator que influencia de forma significativa a taxa de falso-negativos (MAEDA et al., 2006).

3.5.3 Requisitos para a Escolha do Método Diagnóstico

A escolha do método deve levar em conta a localização, a extensão e gravidade da lesão, o estado imunológico do paciente, bem como custo, eficácia e efeitos colaterais da terapêutica a ser instituída (GONTIJO, 2002).

Dentre os fatores que poderiam influenciar na correta avaliação colposcópica, citam-se ainda: a inexperiência do examinador, excessiva rapidez no exame, presença e sobreposição de alterações virais (HPV) ou de outra natureza, como as induzidas pela gestação, infecções bacterianas, prolapso genital e após tratamento radioterápico (CARTIER, 2008).

Para qualquer lesão encontrada, seja ela a mais simples, deve-se repetir o exame para controle a cada ano (ARAÚJO, 2009). Nas lesões endofíticas realiza-se biópsia de canal cervical com cureta. Após esses procedimentos, devem ser incluídos em blocos de parafina, cortados com auxílio de micrótomo e submetidos à coloração específica (INCA 2009).

Feito por profissionais médicos, seu principal entrave está na dificuldade de sua realização em locais distantes dos centros urbanos e seu custo, inacessível para boa parte da população pobre do país. Métodos como a citologia em base líquida e a leitura computadorizada do esfregaço citológico são exemplos de novas tecnologias que vem sendo empregadas, em especial nos países desenvolvidos (SARIAN, 2010).

Pesquisadores em todo mundo têm dado especial atenção ao desenvolvimento de métodos alternativos para o rastreio das mulheres de alto-risco e detecção das LIEC (CRONJÉ et al., 2005; CULLINS et al., 2008).

Vários testes têm sido realizados ao redor do mundo, com resultados animadores, porém ainda não se pode afirmar, com certeza, de que se trata de um teste com maior especificidade e sensibilidade do que a citologia e colposcopia (CULLINS et al., 2008).

O exame citológico ou teste de Papanicolaou, dentre os métodos de detecção, é considerado o mais efetivo e eficiente a ser aplicado coletivamente em programas de rastreamento do câncer cérvico-uterino (BAGARELLI; OLIANI, 2004).

Com a introdução do diagnóstico citológico das lesões pré-malignas cervicais, as alterações podem ser identificadas em esfregaços, permitindo selecionar mulheres que possam ser tratadas em uma fase inicial, antes que sinais ou sintomas possam vir a ocorrer (KOSS, 2006).

A vacina anti-HPV foi criada com o objetivo de prevenir a infecção pelo HPV e, dessa forma, reduzir incidência dos casos de câncer de colo de útero (LINHARES; VILLA, 2006).

3.6 Prevenção e Tratamento

O exame citológico ou teste de Papanicolaou, dentre os métodos de detecção, é considerado o mais efetivo e eficiente a ser aplicado coletivamente em programas de rastreamento do câncer cérvico-uterino (BAGARELLI; OLIANI, 2004).

Com a introdução do diagnóstico citológico das lesões pré-malignas cervicais, as alterações podem ser identificadas em esfregaços, permitindo selecionar mulheres que possam ser tratadas em uma fase inicial, antes que sinais ou sintomas possam vir a ocorrer (KOSS, 2006).

A vacina anti-HPV foi criada com o objetivo de prevenir a infecção pelo HPV e, dessa forma, reduzir incidência dos casos de câncer de colo de útero (LINHARES; VILLA, 2006).

Existe um consenso geral que a melhor forma de tratamento é a prevenção e a educação em saúde, ou seja, o uso de preservativos e a realização periódica de exames (OLIVEIRA, 2000). 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 (FOCCHI, 2006).

O balanço entre risco e benefício do tratamento deverá ser analisado no decorrer do processo para evitar tratamento excessivo (FOCCHI, 2006). A erradicação das lesões pode ser feita por diversos métodos, não sendo, no entanto, nenhum deles considerado infalível, seja na erradicação da doença, seja na prevenção de recidivas. A escolha do método deve levar em conta a localização, a

extensão e gravidade da lesão, o estado imunológico do paciente, bem como custo, eficácia e efeitos colaterais da terapêutica a ser instituída (GONTIJO, 2002).

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 (FOCCHI, 2006).

3.6.1 Programa Viva Mulher

Visando aumentar a cobertura da população alvo do país (faixa etária de maior risco para a doença compreendida entre 35 e 49 anos), o Ministério da Saúde lançou em 1996, por intermédio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), um programa nacional de prevenção do câncer do colo uterino e de mama - Viva Mulher- com o qual esperava atingir mais de dois milhões e meio de mulheres que nunca fizeram o exame ou o realizaram há mais de três anos. Com a publicação das Portarias GM/MS nº 2.439/2005 e GM 399/06 que instituíram, respectivamente, a Política Nacional de Atenção Oncológica e o Pacto pela Saúde, o controle do câncer do colo do útero passa a compor os planos de saúde estadual e municipal, como uma das metas prioritárias inseridas no termo de compromisso de gestão, envolvendo as diferentes esferas na responsabilização do controle deste câncer (INCA, 2010).

No que diz respeito ao câncer do colo uterino, as ações envolvem detecção precoce da doença por meio de coleta de exame citopatológico, garantia de tratamento adequado da doença e suas lesões precursoras (BRASIL, 2001).

Tabela 1: Diretrizes e estratégias de Prevenção do HPV. Fonte: (BRASIL, 2001).

Diretrizes	Estratégias
Articular e integrar a rede nacional.	Consolidar uma base geopolítica gerencial do Programa.
Motivar a mulher a cuidar da sua saúde.	Redimensionar a oferta real de tecnologia para o diagnóstico e tratamento.
Reduzir a desigualdade de acesso da mulher à rede de saúde.	Redimensionar a oferta real de tecnologia para diagnóstico e tratamento.
Melhorar a qualidade do atendimento	Informar, capacitar e atualizar os

à mulher.	recursos humanos e disponibilizar recursos materiais.
Aumentar a eficiência da rede de controle do câncer.	Criar um plano de vigilância e avaliação.

As Secretarias de Saúde dos Estados e municípios trabalham em conjunto com ao Ministério da Saúde para a descentralização do Viva Mulher (BRASIL, 2001).

3.7 Dados Estatísticos sobre a Prevalência do HPV nas Adolescentes Brasileiras

O Brasil é um dos líderes mundiais em incidência de HPV. O vírus acomete sobretudo mulheres entre 15 e 25 anos, embora a doença também esteja presente entre os homens. Segundo dados do Ministério da Saúde, são registrados cerca de 137 mil novos casos anualmente. O vírus está associado a 90% dos casos de câncer de colo de útero no Brasil, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2012).

Segundo dados da Fundação Oswaldo Cruz (2012), uma em cada quatro adolescentes sexualmente ativas está contaminada pelo HPV, decorrência de sexo sem proteção e com um número grande parceiros. Como a doença demora a se manifestar, a pessoa contaminada continua tendo uma vida sexual normal e acaba multiplicando os casos.

O HPV é a infecção mais importante no sentido da incidência de câncer no país e ressaltou que o Brasil já faz 12 milhões de exames Papanicolau por ano, o que corresponde a uma abrangência de quase 80% da população. No entanto, existe muita discrepância entre as regiões do país. A incidência e a mortalidade relacionadas à doença na região Norte é quase o dobro do Sudeste (IOC, 2012).

A atuação do Ministério da Saúde, que investiu R\$ 14,5 milhões no último ano em pesquisa e desenvolvimento em HPV e promoveu 14 capacitações nacionais, em várias áreas do conhecimento, em especial relacionados a aspectos de diagnóstico, prognóstico e coinfeção HIV-HPV. Existe uma necessidade de

identificar as reais necessidades de produção de conhecimento científico e informação no tema e um desafio de transformar as pesquisas sobre a doença em políticas públicas (IOC, 2012).

O início cada vez mais precoce da vida sexual dos jovens torna a questão ainda mais urgente. Hoje há uma feminização da epidemia de HIV, em especial entre os adolescentes. Dados recentes mostram que, entre 14 e 19 anos, para cada 14 meninos infectados com o vírus há 20 meninas. Isso revela uma vulnerabilidade muito grande não só ao HIV, mas também ao HPV, e a importância de estudarmos as coinfeções entre as duas doenças. Os esforços pela prevenção da doença devem passar, portanto, pelo fortalecimento das ações nas escolas no sentido de garantir seus direitos sexuais e reprodutivos, orientando, esclarecendo e garantindo o acesso desses jovens aos meios de proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis (IOC, 2012).

4. Conclusão

A contaminação pelo HPV é considerado um grave problema de saúde pública, constituindo a DST mais corriqueira na atualidade e a que confere relação direta com o incremento do câncer de colo de útero, que por sua vez é uma das fundamentais apreensões pautadas à saúde da mulher.

Como a apresentação de contaminações por HPV está, prudentemente, agregada ao incremento do câncer cervical, está acontecendo um progressivo acréscimo do interesse dos profissionais de saúde e do ambiente científico em aprimorar as práticas de tratamento.

As dificuldades clínicas, a constância da enfermidade, as reincidentes constantes, e de terapia imunológica característica que opere contra os danos já abrigados, induz-se a refletir em que atitudes adotarem para evitar a transmitância e o avanço da incidência deste vírus.

Compreende-se que há muito a ser feito, com díspares tarefas para a ativação de atuações de ascensão á saúde da mulher, com apoio para a efetivação de análises preventivas, mas as melhorias para a divulgação da saúde da mulher são notórias porque nos últimos anos aconteceu uma proeminente decadência na percentagem de mortalidade por câncer do colo do útero, devido ao aparecimento da citologia ginecológica.

Os tirocínios pré-clínicos e os danos predecessores passaram a ser diagnosticadas com antecipação, cooperando para o tratamento apropriado das pacientes adolescentes que padecem deste mal no Brasil.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Samuel Régis. **Citologia e Histopatologia Básicas do Colo Uterino para Ginecologistas**. 3ª ed. Curitiba, VP Editora, 2009.

BAGARELLI, L.B.; OLÍANI, A.H. **Tipagem e estado físico de papilomavírus humano por hibridização *in situ* em lesões intraepiteliais do colo uterino**. Rev. Bras. Ginecol. Obst., v. 26, n. 1, 2004.

BARBEIRO FMS *et al.*, **Conhecimentos e práticas e prevenção do câncer cérvico-uterino**. Rev. Fonte de pesquisa, cuidado e fundamento online. 7est, dez1(2), 214,2009.

BIBBO, Marluce; WILBUR, David. **Comprehensive Cytophatology**. Saunders Elsevier, 2008.

BIBBO, Marluce; WILBUR, David. **Comprehensive Cytophatology**. Saunders Elsevier, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST): manual de bolso**. Brasília; 2000.

_____. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis DST**. 4ª ed. Brasília. 2006, p. 11, 12, 86-89(a).

_____. **Instituto Nacional de Câncer - INCA. Conhecendo o Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama**. Rio de Janeiro/RJ: INCA, 2001.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Periodicidade da realização do exame preventivo do colo do útero**. Rev Bras. Cancerol, v. 48, n. 1, p.13-5, 2002.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Programa nacional de controle do câncer do colo uterino**. Disponível em: http://www.inca.gov.br/prevenção/programas/viva_mulher/manual. Acesso em 18 mai. 2012.

_____. **Secretaria de Assistência à saúde.** Instituto Nacional do Câncer. Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais e Condutas Clínicas Preconizadas. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

Carvalho JJJ, Oyakawa N. **I Consenso Brasileiro de HPV.** 1ª ed. São Paulo: BG Cultural; 2000.

CARTIER, René. **Colposcopia prática.** 5ª ed., São Paulo, Editora ROCA LTDA, 2008. 354p.

COX, Raymond L. **Global health disparities:** crisis in the Diaspora. J. Natl Med. Assoc; v.96, p.546-9, 2004.

CRONJÉ, Hendrik S. *et al.* **A comparison of four screening methods for cervical neoplasia. In:** a developing country. Am. J. Obstet Gynecol, v. 188, p.395-400, 2005.

CULLINS, Vanessa E. *et al.* Cervical cancer prevention using visual screening methods. **J. Natl Cancer Inst. Monogr.** v. 31, p. 66-71, 2008.

DANGELO, J. G.; FATTIMI, C. A. **A anatomia humana sistêmica e segmentar.** 2. Ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

DE PALO, Giuseppe ;VECCHIONE, Aldo. **Neoplasia intra-epitelial do colo uterino.** In: _____ Colposcopia e Patologia do trato genital inferior. Rio de Janeiro. 3ª ed. Editora MEDSI, 2009. p 223-39.

E-CÂNCER. **Câncer de colo do útero.** Disponível em: <http://andre.sasse.com/colo.htm>. Acesso em: 20-04-08.

FRANCO, Eduardo; DUARTE- FRANCO, Eliane; FERENCZY, Alex. **Cervical cancer: epidemiology, prevention and role of human papillomavirus infection.** Can Med Assoc J. v. 164, n. 7, p.1017-25, 2008.

FOCCHI, José; BOVO, Adriane Cristina; DALE, Ismael. **Papilomavírus Humano.** Disponível em: <http://www.cellab.com.br/Hpv.html>. Acesso em 22 de jul de 2012.

GAY, J.D., DONALDSON, L.D., GOELLNER, JR. **False-negative results in cervical cytology studies.** Acta Cytol, 2005; 29: 1043-1046.

GONTIJO, R.C. et al. Fatores associados às alterações da colpocitologia à inspeção visual com ácido acético e à detecção de DNA-HPV de alto risco oncológico em mulheres de uma unidade básica de saúde em Campinas. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis.** Niterói [s.n.], vol. 14, nº4, 2002.

INCA . **Prevenção do câncer de colo de útero.** Manual de técnicas médicas. Brasília, 2005.

_____. **Câncer de colo do útero.** Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em 09-04-08.

_____. **Instituto Nacional do Câncer.** Câncer do Colo do Útero. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>. Acesso em: 09 de julho de 2012.

IOC. Instituto Oswaldo Cruz. **Simpósio Internacional sobre HPV.** Disponível em <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>. Acesso em 02 de agosto de 2012.

JACOBS, M.V.; VAN DEN BRULE, A. J.: A general primer GP5+/6+ - mediated PCR enzyme immunoassay method for rapid detection of 14 high-risk and 6 low-risk human papillomavirus genotypes in cervical scrapings. **J Clin Microbiol,**

Washington, v. 35(3), p. 791-5, 1997; 2000;2 002. Disponível em: <http://dSPACE.c3sl.ufpr.br>. Acesso em: 24 de jun de 2012.

KAST, Martin et al. **Cellular immunity against human papillomavirus associated cervical cancer**. Seminars in VIROLOGY , v. 7, p.117 - 23, 2009.

KIVLAHAN C., INGRAM, E. **Papanicolaou smears without endocervical cells. Are they adequate?** Acta Cytol 2005; 30:258 – 60.

KOSS, Leopold G.; Gompel, Claude. **Introdução à citopatologia ginecológica com correlações histológicas e clínicas**. ROCA v. 261, n. 5, p.137-43, 2006.

LINHARES, Alexandre C.; VILLA, Luisa L. **Vacinas contra rotavírus e papilomavírus humano (HPV)**. J. Pediatr., v. 82, n. 3, p. 25-34, jul. 2006.

LONGATTO, FILHO A., MAEDA M.Y.S., SANTOS D.R. **Comparação dos métodos de cytobrush e espátula de Ayre na concentração de células endocervicais**. Rev Paul Med 2005; 109 (3): 93-6.

MACIOCIA, Giovanni. **A Prática da Medicina Chinesa: Tratamento de Doenças com Acupuntura e Ervas Chinesas**. São Paulo: Roca Ltda, 1996a, 932 p.

MAEDA, M.Y.S, SHIRATA, N.K., LONGATTO, FILHO A., CAVALIÉRE, M.J. **Influência da introdução da escova cervical para colheita de material cervicovaginal no programa de rastreamento de câncer ginecológico**. RBM – Gin e Obstet, 2006; 4, 2.

MAIKE, Sônia Regina Lima (trad.). **Fundamentos essenciais da acupuntura chinesa**. São Paulo: Ícone, 1995, 425 p.

MURRAY, P. R. **Microbiologia médica**. 3ª. ed. Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan, 1990.

NADAL, Sidney R.; MANZIONE, Carmen R. **Vacinas contra o Papilomavirus humano**. Rev bras. colo-proctol., v. 26, n. 3, p. 337-340, jan./mar. 2006.

OLIVEIRA, Maria Beatriz. **A erupção silenciosa**. Saúde da mulher. 2000. Disponível em: www.saudenainternet.com.br/saudedamulher. Acesso em 18 de jun de 2012.

OTTO, SE. **Oncologia**. 6ª ed. Rio de Janeiro; Reichman e Affonso; 2002.

PINELLI, F. das G. S. **Promovendo a saúde**. In: BARROS, S. M. O.. MARIN, ABRÃO, A. C. F. V. *Enfermagem obstétrica e ginecológica*, São Paulo: Roca, 2002.

RAMA, Cristina Helena et al. **Detecção sorológica de anti-HPV 16 e 18 e sua associação com os achados do papanicolaou em adolescentes e mulheres jovens**. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2006, vol.52, n.1, pp. 43-47. ISSN 0104-4230.

ROBERTO NETO, A et al.. **Avaliação dos métodos empregados no programa nacional de combate ao câncer do colo uterino do ministério da saúde**. Rev.Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, Mai 2006.

ROSENBLATT, C. et al. **HPV na prática clínica**. São Paulo, SP: Atheneu, 2005.

SARIAN, Luis Otávio; DERCHAIN, Sophie François Mauricette; BASTOS, Joana Froes Bragança. **Métodos Diagnósticos para o Rastreamento do Câncer do Colo.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Brasil, n.8, v.32, p.363-414, ago.2010.

SARIAN, Luis Otávio; DERCHAIN, Sophie François Mauricette; BASTOS, Joana Froes Bragança. Métodos Diagnósticos para o Rastreamento do Câncer do Colo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** Brasil, n.8, v.32, p.363-414, abr.2012.

TEORIAS BASICAS DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA. Adaptação do CIEPH. **Florianópolis:** Centro Integrado de Estudos e Pesquisas do homem. 2005,111 p.

ANEXOS DECLARAÇÃO

Eu, Maria de Lourdes Monteiro Ramos, portadora do documento de identidade RG 2.020.214 SSP/PE, CPFnº 394.011.204-63, aluna regularmente matriculada no curso de Pós- Graduação Citologia Clínica, do programa de *Lato Sensu* da Faculdade Boa Viagem, sob o nº CC112418 declaro a quem possa interessar e para todos os fins de direito, que:

1. Sou a legítima autora da monografia cujo título é: “ALTERAÇÕES CITOPATOLÓGICAS OCASIONADAS PELO VÍRUS HPV EM ADOLESCENTES NO BRASIL”, da qual esta declaração faz parte, em seus ANEXOS;
2. Respeitei a legislação vigente sobre direitos autorais, em especial, citado sempre as fontes as quais recorri para transcrever ou adaptar textos produzidos por terceiros, conforme as normas técnicas em vigor.

Declaro-me, ainda, ciente de que se for apurado a qualquer tempo qualquer falsidade quanto às declarações 1 e 2, acima, este meu trabalho monográfico poderá ser considerado NULO e, conseqüentemente, o certificado de conclusão de curso/diploma correspondente ao curso para o qual entreguei esta monografia será cancelado, podendo toda e qualquer informação a respeito desse fato vir a tornar-se de conhecimento público.

Por ser expressão da verdade, dato e assino a presente DECLARAÇÃO,

Em São Paulo, _____/_____ de 2013.

Assinatura do (a) aluno (a)

Autenticação dessa assinatura, pelo funcionário da Secretaria da Pós- Graduação <i>Lato Sensu</i>
