

**INSTITUTO NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA
CENTRO DE CAPACITAÇÃO EDUCACIONAL
PÓS-GRADUAÇÃO EM CITOLOGIA CLÍNICA**

CRISTIANE GOMES LIMA

PATOLOGIA CERVICAL NA ADOLESCENTE GRÁVIDA

RECIFE – 2015

CRISTIANE GOMES LIMA

PATOLOGIA CERVICAL NA ADOLESCENTE GRÁVIDA

Monografia apresentada ao Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa – INESP e ao Centro de Capacitação Educacional – CCE cursos, como exigência do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Citologia Clínica.

Orientador: MSc. Bruno de Almeida Andrade

RECIFE- 2015

L732p

LIMA, Cristiane Gomes

Patologia cervical na adolescente grávida / Cristiane Gomes Lima.
– Recife, 2015.

37f.

Monografia (*Latu-Sensu*) – Instituto Nacional de Ensino e
Pesquisa – INESP e ao Centro de Capacitação Educacional – CCE cursos,
Recife, 2015.

Orientação: MSc. Bruno de Almeida Andrade

1. HPV 2 Citologia. 3. Lesão Cervical. 4. Gravidez – Adolescência.

I. Título

CDU – 616.97

CRISTIANE GOMES LIMA

PATOLOGIA CERVICAL NA ADOLESCENTE GRÁVIDA

Monografia apresentada ao Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa – INESP e ao Centro de Capacitação Educacional – CCE cursos, como exigência do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Citologia Clínica.

Recife, ___ de _____ de 2015.

EXAMINADOR

Nome: _____

Titulação: _____

PARECER FINAL:

Dedico este trabalho a Deus, pela fidelidade e justiça que nunca nos falha, à minha filha Ana Beatriz pelo amor dedicado a mim, ao meu Pai Afonso (*in memoriam*) e a minha mãe Maria por me amar e orar por mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida e pela proteção durante a condução de todo período do curso.

Ao meu orientador Bruno de Almeida Andrade, pela oportunidade de aprendizado, pela orientação para que este trabalho fosse realizado.

A todos os meus colegas de turma pelo companheirismo no decorrer desse curso, em especial Catharine Crisóstomo, Dyoggo Abelenda e Patrícia Paulino.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Citologia Clínica pelos ensinamentos.

À minha família que me incentivou em todos os momentos, em especial à minha irmã Lúcia.

Ao meu esposo, pela compreensão e companheirismo.

Aos amigos que estiveram durante esse período torcendo por mim.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Anatomia do colo uterino	18
FIGURA 2. Características microscópicas do colo uterino: região externa e interna.	19
FIGURA 3. Alterações macroscópicas do colo uterino	20
FIGURA 4. Coleta de material para realização do exame de Papanicolau	22
FIGURA 5. Exame de Papanicolau	22

RESUMO

Papilomavírus Humano (HPV) é o vírus de maior prevalência no aparelho genital, acarretando desde infecção inaparente até lesões grosseiras benignas e malignas. Os tipos virais oncogênicos mais comuns são HPV 16 e 18, responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero, enquanto os HPV 6 e 11 estão associados a até 90% das verrugas anogenitais. Os fatores de risco primários para a aquisição do HPV são geralmente associados à atividade sexual. Quase todas as adolescentes sexualmente ativas e grávidas possuem alto risco de adquirir HPV. A maioria das infecções é assintomática e eficientemente debelada pelo sistema imunológico. Do mesmo modo, tanto as lesões de baixo quanto as de alto grau causadas por HPV podem regredir nas adolescentes, gestantes adolescentes e adultas jovens. Porém, uma pequena porcentagem de gestantes adolescentes desenvolverá lesões intraepiteliais que podem progredir para câncer invasivo. Neste contexto, o objetivo desse trabalho foi observar as alterações citopatológicas ocasionadas pelo Papilomavírus Humano (HPV) em adolescentes grávidas, bem como a conduta de diagnóstico e tratamento dessas lesões. Trata-se de um estudo descritivo realizado a partir da consulta e seleção de artigos científicos no período de 2014 a 2015. As palavras-chave utilizadas na busca foram: Lesão cervical, HPV, citologia em adolescentes grávidas. Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram os estudos nos idiomas inglês e português encontrados nos bancos de dados Scielo, Bireme, Medline, Lilacs e Science direct que versassem sobre lesões cervicais em gestantes adolescentes, bem como prevenção, diagnóstico e tratamento. Os achados permitiram concluir que a intensificação das lesões provocadas pelo HPV pode trazer algumas complicações para a gestante tais como: desconforto local, a dificuldade de urinar e de evacuação são algumas. O aparecimento dos condilomas é mais intenso e rápido, devido provavelmente ao aumento da vascularização, alterações hormonais e diminuição da imunidade. Por essas razões, há uma preocupação maior, visto que a infecção pode provocar alterações no desenvolvimento normal da gestação. No caso de condilomas grandes, pode ocorrer obstrução do canal de parto e hemorragia durante um parto vaginal. Os métodos diagnósticos das lesões induzidas por HPV são morfológicos e incluem o exame clínico, a colposcopia, a citologia oncológica e a histologia. As manifestações clínicas da infecção pelo HPV devem ser pesquisadas durante a avaliação pré-natal rotineira, sobretudo através de exame ginecológico e perianal cuidadosa, seguido de coleta para a colpocitologia oncológica. O tratamento visa principalmente à prevenção de possíveis complicações obstétricas. Consiste basicamente no uso do ácido tricloroacético, que pode ser usado com segurança nessas pacientes. Deve ser aplicado cautelosamente, sob visão colposcópica e em casos selecionados, com aplicadores de tamanho proporcional ao tamanho das lesões, evitando atingir as áreas sadias. A única indicação para conização durante a gestação é a suspeita diagnóstica de micro invasão. A conduta final é determinada com citologia e colposcopia quatro a seis meses após o parto. O levantamento realizado demonstrou condutas importantes para prevenção, diagnóstico e tratamento das lesões cervicais detectadas em gestantes adolescentes.

Palavras-chave: Lesão cervical, HPV, Citologia em adolescentes grávidas.

ABSTRACT

Human Papillomavirus (HPV) is the most prevalent virus in the genital tract, resulting in a range of effects, from inapparent infection to frank benign and malignant lesions. The most common oncogenic HPV types are HPV 16 and 18, responsible for nearly 70% of cases of cervical cancer, while the HPV 6 and HPV-11 are associated with up to 90% of anogenital warts. The primary risk factors for the acquisition of HPV are usually associated with sexual activity. Almost all sexually active and pregnant teens are at high risk of acquiring HPV. Most infections are asymptomatic and efficiently handled by the immune system. Similarly, both low lesions as the high degree caused by HPV can regress in teenagers, pregnant teenagers and young adults. However, a small percentage of pregnant adolescents develop intraepithelial lesions that can progress to invasive cancer. In this context, the aim of this study was to observe the cytological changes caused by HPV in pregnant teenagers, as well as the management of diagnosis and treatment of these lesions. This is a descriptive study performed by reviewing scientific articles in the period of 2014 to July 2015. The keywords used in the research were: cervical lesion, HPV, cytology in pregnant adolescents. Inclusion criteria for selecting articles were studies in English and Portuguese found in databases Scielo, Bireme, Medline, Lilacs and ScienceDirect that addressed cervical lesions in pregnant adolescents, as well as prevention, diagnosis and treatment. The findings suggest that the intensification of injuries caused by HPV can bring some complications for pregnant women such as local discomfort, difficulty in urinating and evacuating. The appearance of condylomas is more intense and fast, probably due to increased vascularization, hormonal changes and decreased immunity. For these reasons, there is a major concern since the infection can cause changes in the normal development of pregnancy. For large condylomas, may occur birth canal obstruction and bleeding during a vaginal birth. The diagnostic methods of the lesions induced by the HPV are morphological and include clinical examination, colposcopy, the oncological cytology and histology. The clinical manifestations of HPV infection should be investigated during a routine prenatal screening, especially through gynecological and careful perianal examination, followed by collection for the oncologic colpocytology. The treatment aims primarily at preventing possible obstetric complications. It basically consists in the use of trichloroacetic acid that can be used safely in these patients. It must be applied cautiously, under colposcopic vision and in selected cases, with applicators of size proportional to the size of the lesions, avoiding achieve the healthy areas. The only indication for conization during pregnancy is the diagnostic suspicion of microinvasion. The final management is determined by cytology and colposcopy four to six months after delivery. The survey showed important managements for prevention, diagnosis and treatment of cervical lesions detected among pregnant teenagers.

Keywords: Cervical Lesions, HPV, Cytology in pregnant teenagers.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivos Específicos	13
3 METODOLOGIA	15
3.1 Tipo de Estudo e Coleta de Dados	15
4 REFERENCIAL TEÓRICO	17
4.1 Breves Considerações Sobre o Colo do Útero	17
4.1.1 Alterações morfológicas no útero	19
4.2 Papilomavírus Humano	20
4.2.1 Formas clínicas de HPV	20
4.3 Exames Citopatológicos do Colo Uterino	21
4.4 Infecção pelo HPV em Adolescentes	23
4.5 Neoplasia Intraepitelial Cervical em Adolescentes	24
4.6 Lesões Cervicais na Gestante Jovem	26
4.6.1 Complicação na gravidez	26
4.7 Diagnóstico das Lesões Intraepiteliais na Gestante Adolescente	27
4.8 Tratamento na Gestante Jovem	28
4.9 Vacinação contra HPV na Adolescência	31
5 CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS	
ANEXO	

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Na adolescência, as necessidades de exploração e de experiência tornam o adolescente mais vulnerável a comportamentos que envolvam riscos pessoais. As questões ligadas à sexualidade, reprodução, anticoncepção e doenças sexualmente transmissíveis são caracterizados como pontos de grande relevância na promoção à saúde da adolescente (PINTO et al., 2012).

O Papilomavírus Humano (HPV) pode ser sexualmente transmitido e compreende um amplo grupo de vírus responsáveis pelo desenvolvimento de lesões cervicais. Este tipo de microrganismo está diretamente ligado a uma variedade de manifestações clínicas de lesões verrucosas em várias áreas e estruturas anatômicas do corpo incluindo, genitais, ânus, lábios, língua e dedos. Os vírus que infectam a região genital são classificados em tipos de baixo risco e alto risco oncogênico. Entre estes agentes, tanto em homens quanto em mulheres, já foram identificados mais de 45 genótipos que infectam região anogenital (PINTO et al., 2012).

As Doenças Sexualmente Transmissíveis, na faixa etária adolescente, tem importância pelo aumento da precocidade nas relações sexuais, o aumento no número de parceiros e a falta do uso constante do preservativo, o que resulta conseqüentemente no possível aumento dos casos de infecções pelo HPV (MAHONY et al., 1997; CHAMBÔ FILHO et al, 2003; WHO, 2006). Essa exposição ao sexo desprotegido, além de possível infecção pelo Papilomavírus Humano, resulta em possibilidade de gravidez não planejada e suas complicações, uma vez que esse tipo de infecção poderá desencadear afecções cervicais (PANISSET; FONSECA, 2009).

Durante o período gestacional, a mulher se torna mais predisposta às infecções que agridem a área genital. De acordo com experiência clínica, os obstetras orientam sobre uma ampliação na prevalência da infecção pelo HPV nesse período da vida, pois a gestação reduziria a imunidade da mulher relacionado às mudanças hormonais, como os elevados níveis de progesterona que teria atividade imunossupressora (SILVEIRA et al., 2008).

O diagnóstico do HPV em adolescentes grávidas representa um momento para estudo de sua prevalência nessa condição específica, proporcionando atuação direcionada a identificação e tratamento das morbidades relacionadas à infecção. O emprego de métodos para avaliação dessa infecção parece oportuno, comparando-se os resultados obtidos pela

citologia oncótica convencional (CCO-C) e a colposcopia, diante de outros exames não rotineiros incluindo a citologia em base líquida (CC-BL) e a captura híbrida II, analisando-se a importância desses exames em relação a evolução das lesões cervicais, provocadas pelo Papilomavírus Humano (SANTOS; REZENDE, 2006).

Neste âmbito, o objetivo desse trabalho foi observar as alterações citopatológicas ocasionadas pelo Papilomavírus Humano (HPV) em adolescentes grávidas, bem como a conduta de diagnóstico e tratamento dessas lesões.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Observar as alterações citopatológicas provocadas pelo Papilomavírus Humano (HPV) em gestantes adolescentes, bem como a conduta de diagnóstico e tratamento dessas lesões.

2.2 Objetivos Específicos

- Relatar sobre Neoplasia Intraepitelial Cervical em adolescentes;
- Descrever sobre Lesões Cervicais na gestante jovem;
- Retratar quanto o diagnóstico das Lesões Intraepiteliais na gestante adolescente;
- Elucidar no que diz respeito ao tratamento na jovem grávida;
- Explanar quanto à vacinação contra HPV na adolescência;

3. METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

Descreve sobre a abordagem realizada para desenvolvimento do trabalho baseado na literatura científica disponível em banco de dados.

3.1 Tipo de Estudo e Coleta de Dados

O estudo consistiu em uma revisão da literatura especializada com abordagem descritiva, realizada a partir da consulta e seleção de artigos científicos no período de 2014 a julho 2015. As palavras-chave utilizadas na busca foram: Lesão cervical, HPV, citologia em adolescentes grávidas.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram os estudos nos idiomas inglês e português encontrados no banco de dados do Scielo, Bireme, Medline, Lilacs e Science direct que versassem sobre lesões cervicais em gestantes adolescentes, bem como prevenção, diagnóstico e tratamento.

Os artigos selecionados foram alvo de leitura analítica com posterior organização e apresentação por temas. Foram excluídos os artigos que não possuíssem informação relevante para atingir o objetivo deste trabalho.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico visa fornecer uma revisão da literatura sobre conhecimentos relacionados ao título do trabalho baseado em teoria científica relevante.

4.1 Breves Considerações Sobre o Colo do Útero

O colo uterino encontra-se situado no fundo vaginal, sendo a porção mais extrema do útero. Possui um canal que comunica a cavidade uterina com a vagina e termina no orifício externo. É separado do corpo uterino na porção ístmica, onde se encontra o orifício interno. O canal endocervical é recoberto por um epitélio colunar simples, com uma única camada de células ciliares responsáveis pela produção de muco (Figura 1). Superficialmente, o colo é envolvido por um epitélio escamoso, estratificado, não queratinizado constituído de células basais, parabasais, intermediárias e superficiais (PANISSET; FONSECA, 2009).

A região externa do colo que se inicia no orifício externo compreende a ectocérvice, que vai até os fundos de sacos vaginais. Do orifício externo até o orifício interno do colo, estende-se a endocérvice. A JEC (Junção Escamo Colunar) é a linha situada entre os dois epitélios que recobrem o colo, sendo eles escamoso e colunar (Figura 2). Ela pode estar situada tanto na ecto quanto na endocérvice, dependendo da condição hormonal em que a mulher se encontra. Durante a infância e no período após a menopausa, frequentemente a JEC está situada dentro do canal cervical. Geralmente a JEC se encontra ao nível do orifício externo ou fora dele, durante o período da menacma, que é quando ocorre produção estrogênica (PANISSET; FONSECA, 2009).

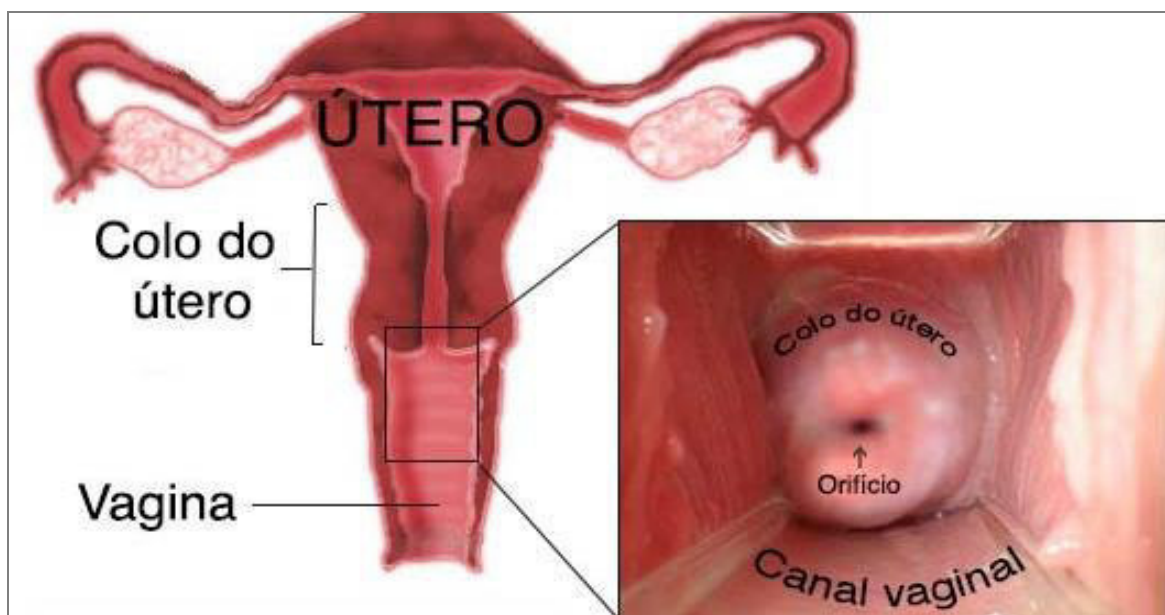
O colo normal, na maioria das vezes, apresenta uma ectopia com zona de transformação imatura na fase da adolescência. Na menacma, cerca de 20% das mulheres apresentarão epitélio escamoso original e colunar, com a JEC no orifício externo, o que denominamos de colo padrão. Especialmente nas usuárias de contraceptivos a base de hormônios, é normal a presença de ectopia com zona de transformação madura ou imatura (PANISSET; FONSECA, 2009).

O epitélio cervical sofre grandes modificações oriundas das alterações hormonais e metabólicas durante a gravidez. Comumente, as células da camada intermediária se proliferam

intensamente, resultando em aumento do volume celular, com citoplasma rico em glicogênio, que se apresentam coradas vigorosamente pelo iodo. Há maior necessidade de aporte sanguíneo, conferindo uma vascularização superficial mais marcante, em decorrência dessa proliferação (MORTOZA JR, 2006).

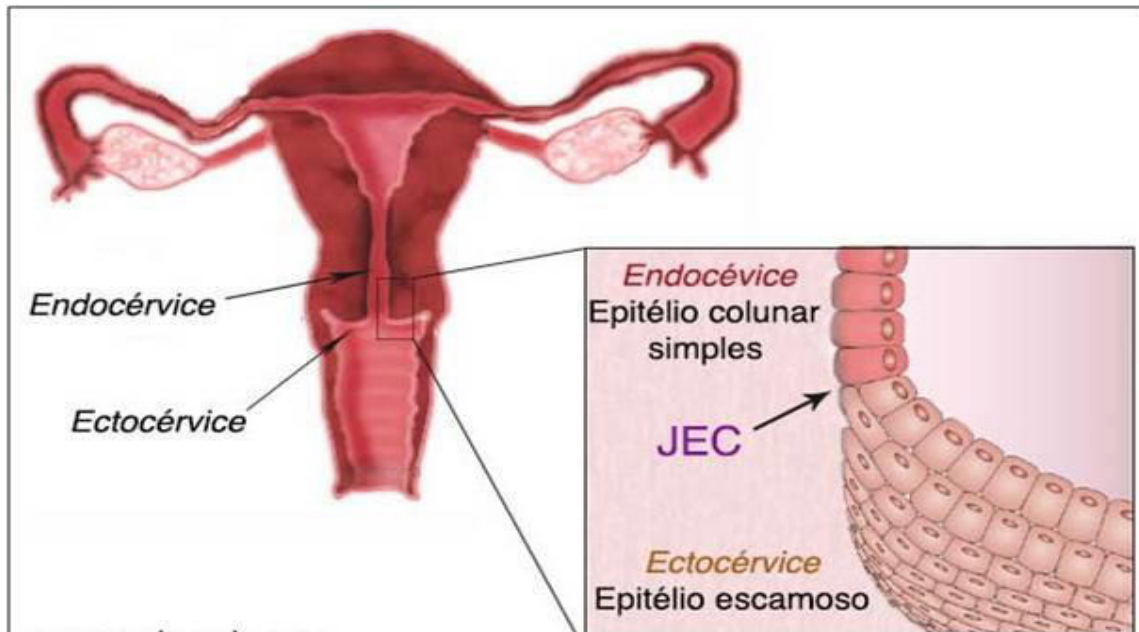
Para Mortoza Jr. (2006), o epitélio colunar também revela hipertrofia com metaplasia e hiperplasia. A presença de ectopia com congestão e sangramento fácil pode ser comum. Há ocorrência de hipervascularização, edema e reação decidual no estroma. Essas ocorrências promovem hipertrofia global do colo uterino com cianose ou congestão. A zona de transformação aumenta em extensão, a vascularização superficial se torna mais evidente, os vasos se dilatam, as ramificações são regulares, normalmente com trajeto paralelo a superfície com orifícios glandulares.

Figura 1. Anatomia do colo uterino



Fonte: PINHEIRO, 2014.

Figura 2. Características microscópicas do colo uterino: região externa e interna.

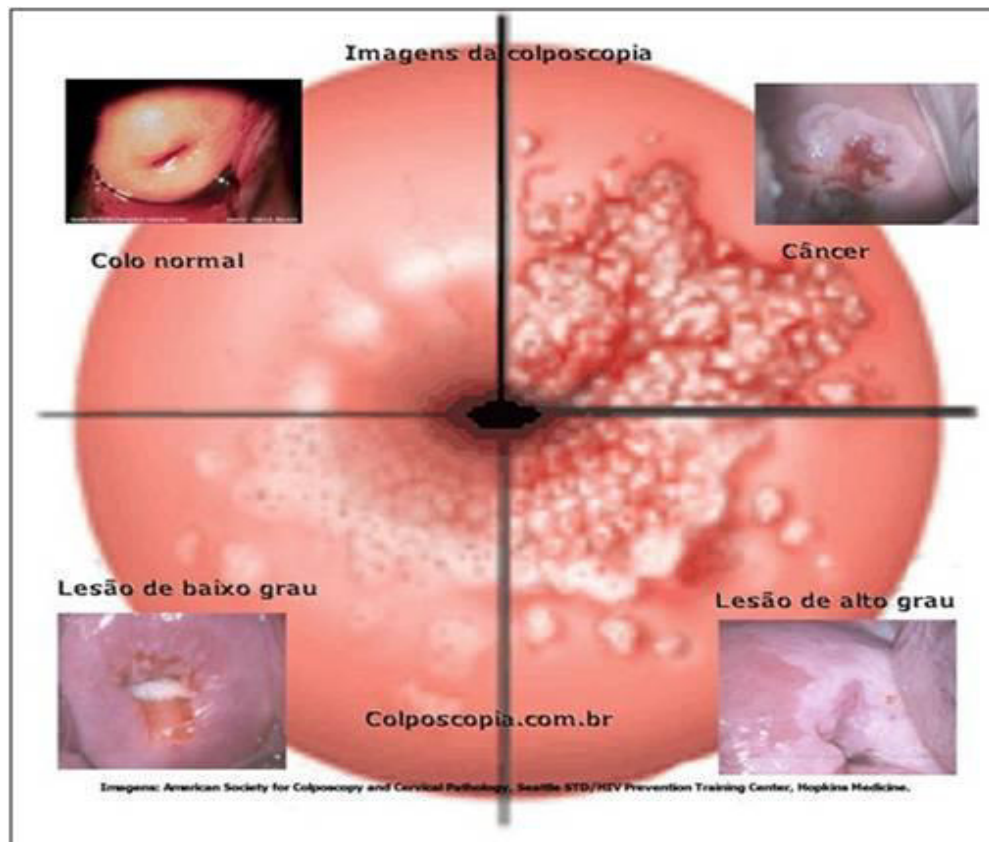


Fonte: PINHEIRO, 2014.

4.1.1 Alterações morfocitológicas no útero

As lesões intraepiteliais originadas da infecção pelo HPV promovem, comumente, alterações na morfologia bem características, onde as células superficiais, intermediárias e endocervicais expressam alterações na forma e tamanho do núcleo, hiperchromatismo, cromatina granulosa e grosseira, que são detectadas em citologia de raspados cervicovaginais e biopsia. Em decorrência disso, são de fundamental importância os exames de rotina para detecção precoce de câncer através de esfregaços corados pelo Papanicolaou, sendo dessa maneira também muito relevante no diagnóstico de alterações citomorfológicas associadas ao HPV (SILVEIRA et al., 2008).

Figura 3. Alterações macroscópicas do colo uterino



Fonte: HPV ONLINE, 2015.

4.2 Papilomavírus Humano

O HPV é o vírus de maior prevalência no aparelho genital, provocando desde infecção discreta até lesões grosseiras benignas e malignas. A presença deste microrganismo é o principal fator de risco para o desenvolvimento de atipias na zona de transformação, responsável por 99% dos casos de câncer de colo. Consiste em um parasita intracelular capaz de aumentar a velocidade das divisões celulares, o que favorece o desenvolvimento de alterações (PANISSET; FONSECA, 2009).

4.2.1 Formas clínicas de HPV

Há mais de 100 subtipos de HPV, sendo os subtipos 6 e 11 os mais associados com os condilomas vulvares e os subtipos 16 e 18, responsáveis por cerca de 70% de todos os carcinomas cervicais, por terem grande poder mitogênico. O tipo 16 é o mais predominante e o mais comum entre os carcinomas de células escamosas. Já o tipo 18 responde por cerca de 20% dos tumores cervicais, sendo o mais frequente entre os adenocarcinomas. Os demais subtipos estão relacionados a infecções passageiras, que geralmente entre dois a cinco anos se resolvem (PANISSET & FONSECA, 2009).

Segundo a IARC (*Internacional Agency for Research on Cancer*), o subtipo de HPV 16, de alto risco oncológico, é considerado como definitivamente carcinogênico para a raça humana (RAMA et al., 2006).

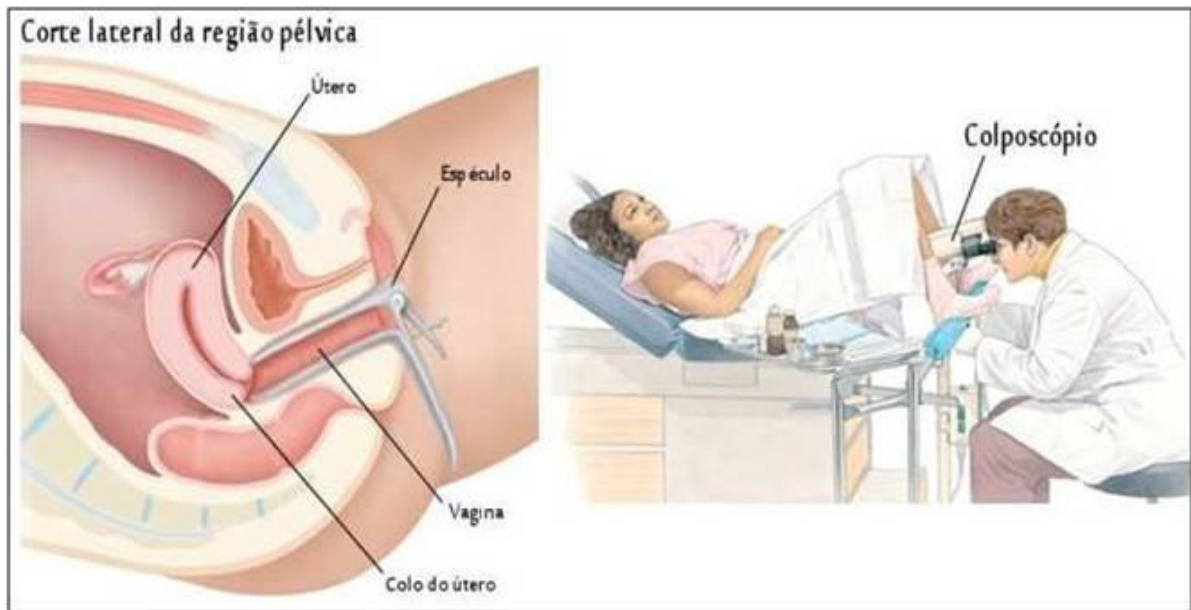
4.3 Exames Citopatológicos do Colo Uterino

Diversos países utilizam o exame de Papanicolau com finalidade de rastreamento e detecção precoce do câncer de colo uterino. É possível, com este exame, o diagnóstico na fase intraepitelial (não-invasiva) em mulheres que não apresentam sintomas. O tratamento é de baixo custo e tem elevado percentual de cura, dada a lenta evolução deste câncer. As neoplasias, no Brasil, são o terceiro grupo de doenças mais predominantes (11,9%), perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório (27,5%) e causas externas (12,6%) (LEAL et al., 2003).

Embora as lesões exofíticas hiperplásicas sejam consideradas de fácil identificação à inspeção, é recomendável que se faça a confirmação histológica. Geralmente as alterações do epitélio escamoso da ectocérvice são menos evidentes e, em geral, surpreendidas em colpocitologia rotineira. Na dependência do tipo de lesão, uma vez identificada, estão indicados acompanhamento citológico ou realização de colposcopia com biopsia da área alterada. Por mais típica que possa parecer a lesão, no caso de condiloma acuminado do colo uterino, a confirmação histopatológica é sugerida. É possível a realização de testes para identificação do subtipo viral a partir do seu DNA, na tentativa de estabelecer um

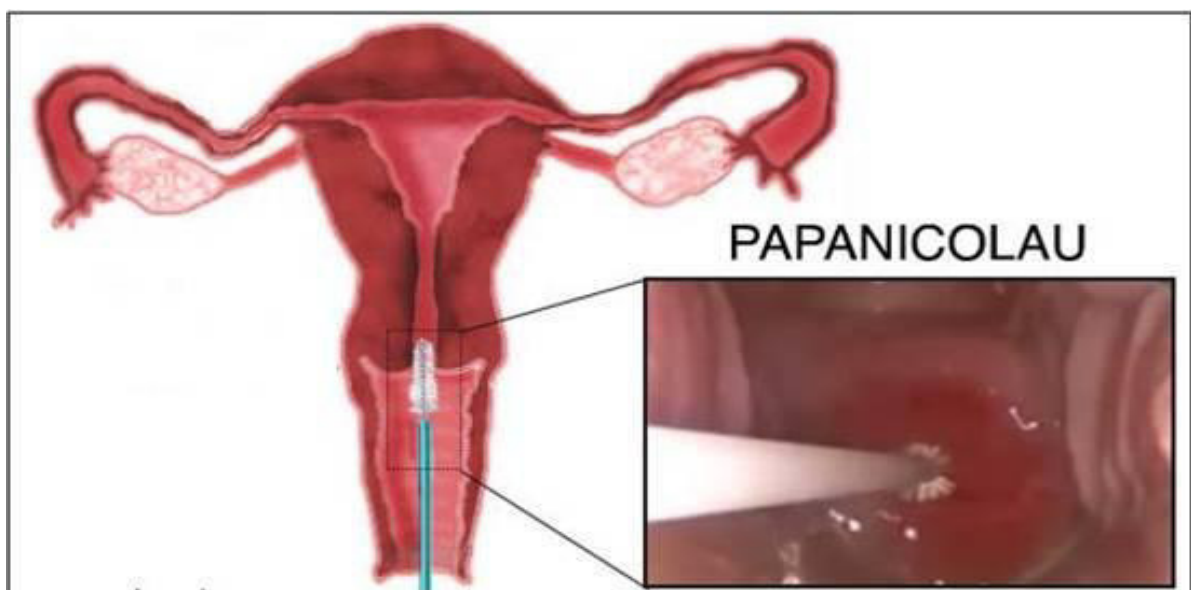
prognóstico, além dos exames colposcópico e histológico já existentes (PANISSET; FONSECA, 2009).

Figura 4. Coleta de material para realização do exame de Papanicolau



Fonte: HPV ONLINE, 2015.

Figura 5. Exame de Papanicolau.



Fonte: PINHEIRO, 2014.

4.4 Infecção pelo HPV em Adolescentes

A infecção pelo Papilomavírus Humano compreende uma doença sexualmente transmissível comum que atinge cerca de 30% da população ativa sexualmente. A transmissão desse tipo de vírus ocorre no início da vida sexual de jovens e adultos por volta dos 20 anos, sendo mais comumente diagnosticado entre os 25-29 anos de idade (PINTO et al., 2012).

No aparelho genital, a infecção pelo HPV pode se expressar em três formas incluindo, clínica, subclínica ou latente, sendo essas duas últimas, as formas mais predominantes. A forma clínica tem como principal característica a presença de condilomas e é facilmente detectada. Não existe lesão visível macroscopicamente na forma subclínica, podendo esta ser identificada por métodos de diagnósticos complementares, incluindo a colposcopia, citologia e biópsia. Já na forma latente, o HPV apenas pode ser diagnosticado por técnicas de biologia molecular (PINTO et al., 2012).

A infecção genital tem início com o vírus penetrando na área externa do colo uterino através de lesões na zona de transformação do epitélio escamoso, favorecendo uma resposta celular tanto local quanto sistêmica. A resposta celular *in situ* vai expressar a capacidade de produção de anticorpos através das células de Langerhans, como primeira linha de defesa. Por outro lado, a resposta sorológica pode significar somente a presença do vírus como infecção passageira ou adquirida recentemente (RAMA et al., 2006).

Na população geral, com prevalência de 15% a 40 %, a infecção cervical por HPV, demonstra a doença sexualmente transmissível (DST) isolada mais comum no mundo. Embora tenha alta prevalência, muitas infecções serão passageiras (60%), o que é bastante comum em adolescentes apresentando uma duração média entre 8 e 10 meses (RAMA et al., 2006).

Os fatores virais, os fatores do hospedeiro e os fatores externos estão entre os vários fatores que podem contribuir para a infecção pelo HPV. O vírus não é causa suficiente, embora seja necessário para o desenvolvimento das lesões pré-malignas e câncer invasivo (PRIMO, et al., 2007). Muitas infecções cérvico vaginais transmitidas sexualmente estão associadas com o desenvolvimento deste tipo de lesão, bem como promiscuidade, início precoce da atividade sexual, fumo e más condições de vida, (PAULA, 2006).

A atividade biológica cervical está em nível culminante na adolescência. A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é favorecida nesta fase pela replicação celular e substâncias presentes no meio cervical (DERCHAIN et al., 1991). A regularidade da infecção pelo HPV nas mulheres regride com a idade logo após a adolescência (MORRISON et al., 1991).

Fatores associados à maior assiduidade de infecção pelo HPV, incluindo gravidez, tabagismo, contraceptivo oral e infecções genitais, têm sido estudados independentemente da faixa etária. Maior incidência de infecção por HPV em gestantes, sugerindo ser a gestação um fator de risco independente para infecção por HPV foi revelado por alguns autores. No entanto, a incidência igual ou menor em mulheres gestantes em relação às não gestantes foi descrita por outros autores (MURTA, et al. 2001).

Índices mais altos de infecções e lesões cervicais não invasivas nos exames de Papanicolaou de jovens em comparação com mulheres adultas foram evidenciados em estudos (MURTA et al., 2001). Infecções detectadas em mulheres mais velhas, infecções persistentes é um maior risco de lesão intraepitelial cervical avançado que pode levar a câncer cervical invasivo. Já as infecções pelo HPV detectadas em jovens geralmente refletem doença benigna (PINTO et al., 2012).

Em gestantes, a prevalência de infecção pelo HPV é importante, mas apresenta semelhança àquela encontrada em mulheres não grávidas. Embora as manifestações clínicas e subclínicas sejam mais marcantes na gestação, uma grande parte delas regride após o parto. Alguns estudos tem demonstrado haver infecção por papilomavírus humano em gestantes em relação a não gestantes com maior frequência, induzindo que a gestação é fator de risco para infecção pelo Papilomavírus Humano. A diminuição da imunidade celular junto com as modificação dos hormônios esteroides podem ser responsáveis, em parte, pela alta prevalência da infecção por HPV e o aumento do percentual de replicação durante o período gestacional (SILVEIRA et al., 2008).

4.5 Neoplasia Intraepitelial Cervical em Adolescentes

Lesão intraepitelial cervical compreende uma neoplasia pré-maligna do epitélio do colo uterino que pode progredir para o câncer cervical, caso não seja tratada em tempo oportuno. Tabagismo, idade precoce da primeira relação sexual, grande número de parceiros

sexuais e suscetibilidade do colo do útero adolescente para a aquisição do vírus HPV são os fatores de risco para neoplasia cervical que já foram identificados. O Papilomavírus humano (HPV) corresponde ao maior fator de risco para a neoplasia cervical e constitui a doença transmitida sexualmente mais comum nos Estados Unidos (CAMPBELL; LARA-TORRE, 2009).

O câncer de colo uterino é um processo lento e progressivo das lesões intraepiteliais. É caracterizado pela alteração maligna no epitélio de revestimento que extravasa a camada basal e segue em direção ao estroma. Papilomavírus Humano, tabagismo, múltiplos parceiros sexuais, início da atividade sexual precocemente, DST pré-existente, imunodeficiência, entre outros, constitui os fatores de risco para o câncer de colo uterino invasivo, ou seja, são os mesmo fatores que estão relacionados com aqueles que aumentam a incidência das lesões (PANISSET; FONSECA, 2009).

Diagnosticar essas lesões na maioria das vezes se torna difícil em decorrência de possíveis sangramentos que acometem a gestante nesse período. Devido à possibilidade de sangramento exacerbado, o parto por via vaginal é totalmente banido na doença invasiva. Idade gestacional, extensão da doença e desejo materno devem ser avaliados (PANISSET; FONSECA, 2009).

Os estágios a seguir demonstram a conduta terapêutica do câncer de colo uterino diagnosticado na gravidez:

- IA 1: aguarda o parto ou a vitabilidade fetal com rigorosa monitorização. Posteriormente ao parto, abordagem terapêutica definitiva está indicada;
- IA 2 e II A: o diagnóstico antecedendo a maturidade do feto impõe a realização de histerectomia tipo III mais linfadenectomia com útero cheio. Caso o feto esteja viável, é realizada cesariana corporal, precedida de cirurgia de Wertheim-Meigs;
- II B a IV: a radioterapia é indicada antes da vitabilidade do feto. Pode-se realizar esvaziamento uterino ou aguardar o abortamento espontâneo com a complementação do tratamento posterior. A cesariana corporal é imposta em caso de vitabilidade fetal, com radioterapia após quatro semanas. Para prevenir a progressão da doença e até mesmo a vitabilidade fetal pode ser utilizada quimioterapia neoadjuvante (PANISSET; FONSECA, 2009).

4.6 Lesões Cervicais na Gestante Jovem

4.6.1 Complicação na gravidez

Desconforto local, dificuldade de urinar e de evacuação na gestante, compreende algumas complicações que são oriundas da intensificação das lesões causadas pelo HPV. Pode ocorrer obstrução do canal de parto e hemorragia durante um parto vaginal se a gestante for acometida por condilomas grandes (MALUF; PERIN, 2010).

O surgimento dos condilomas é mais marcante e rápido, caso haja infecção pelo HPV durante a gestação, em decorrência possivelmente do aumento da vascularização, diminuição da imunidade e ainda alterações hormonais. Dessa forma, há uma atenção maior, uma vez que o desenvolvimento normal da gestação pode ser comprometido devido ao fato de que a infecção pode provocar alterações (MALUF; PERIN, 2010).

Durante avaliação pré-natal de rotina devem ser pesquisadas as manifestações clínicas da infecção pelo HPV, através de exame ginecológico e perianal, seguido de coleta para realização colpocitologia oncótica. Essa coleta deve ser realizada na ectocérvice com espátula de Ayre, devendo a coleta de amostra endocervical ser executada com escova apropriada para o pós-parto (SILVEIRA et al., 2008).

A gravidez já é considerada por si só um fator predisponente a infecção por HPV, em decorrência da modificação dos hormônios esteroides e, sobretudo, pela diminuição da imunidade celular, fato este corroborado na clínica pela alta taxa de regressão das lesões no puerpério (SILVEIRA et al., 2008).

Na gestante, há ocorrência da redução natural da imunocompetência e maior síntese de hormônios esteroidais. Isso resulta na proliferação celular intensa, geralmente nas camadas superficiais e intermediárias do epitélio escamoso, que favorece um ambiente muito propício à replicação viral. É normal o desenvolvimento de grandes condilomas ou a rápida evolução para neoplasias de grau mais marcante. Após o parto ocorre o inverso, ha uma involução espontânea em grande parte das lesões verrucosas. É recomendável uma vigilância maior em pacientes com associação HPV-HIV, visto que ocorre frequentemente e a reincidência das lesões e quase uma constante (MORTOZA JR., 2006).

4.7 Diagnóstico das Lesões Intraepiteliais na Gestante Adolescente

O exame clínico, a colposcopia, a citologia oncótica e a histologia são os métodos diagnósticos morfológicos das lesões induzidas por HPV. Já os métodos biológicos, como as hibridizações moleculares de ácidos nucleicos, tipo Southern Blot, captura de híbridos, hibridização *in situ* e reação em cadeia de polimerase (PCR) correspondem as técnicas utilizadas para identificação da infecção por HPV propriamente dita. (RAMA, et al., 2006).

Com exceção dos condilomas acuminados, as lesões relacionadas à infecção pelo HPV (neoplasia intraepitelial e carcinoma microinvasivo do colo do útero), no geral, não têm tradução clínica macroscópica. O procedimento inicial para o rastreamento destas lesões implica no estudo citológico. O diagnóstico da infecção pelo HPV pode ser sugerido através no estudo histológico, mas o seu diagnóstico propriamente dito é efetuado por meios moleculares (SPG, 2011).

A colpocitologia é preconizada em mulheres com vida sexual ativa ou ainda com idade igual ou superior a 25 anos. Esse exame deve ser realizado com repetição em um ano, caso o resultado seja normal, e em seguida a cada dois anos. Para ter a ação de prevenção mais abrangente, o exame colpocitológico deve ser realizado, ainda, na presença de fatores de risco incluindo histórico de múltiplos parceiros, e início da atividade sexual precoce. No caso de ausência desses fatores de riscos recomenda-se a realização em período normal que é de dois anos (DERCHAIN et al., 2005; NOVAES, 2006).

O exame colpocitológico proporciona informações acerca do estado patológico do colo uterino (PANISSET; FONSECA, 2009). Em mulheres grávidas, incluindo as jovens adolescentes, é indicada a coleta endocervical. No entanto, deve ser realizada de modo cuidadoso, com explicação da sua importância e do procedimento. Em algumas situações a coleta está contraindicada, como nos casos de ameaça de abortamento e placenta total prévia. É recomendável após o parto, aguardar seis a oito semanas para que o colo uterino volte às suas condições normais (MS, 2006; MS, 2008).

É difícil a gradação dos achados colposcópicos anormais, uma vez que eles podem surgir exageradamente mesmo que a lesão histológica seja de grau menor durante a gestação. O aparecimento de alterações similares àquelas que se observam fisiologicamente em nível de endométrio durante a gravidez, no estroma do colo uterino, constitui o quadro mais comum.

Essa reação surge por volta da 12^a semana da gravidez com tendência ao desaparecimento pós-parto (PANISSET; FONSECA, 2009).

Fenômenos de hipertrofia e congestão tendem a regredir logo após o parto. Porém, existe um estado distrófico difundido similar ao que ocorre após a menopausa que dificulta a avaliação. Dessa forma, o momento mais oportuno para se fazer o rastreamento é quando a mulher volta a apresentar menstruação regular (PANISSET; FONSECA, 2009).

Para Sanfillipo (2009), as orientações quanto à terapia em jovens grávidas engloba a observação de lesões de baixo grau antes de se indicar a colposcopia. Para este autor, ela é formalmente sugerida para as pacientes com lesão intraepitelial de alto grau.

4.8 Tratamento na Gestante Jovem

Segundo Mortoza Jr. (2006) e Reichman (2015), não há necessidade de tratamento pela simples presença do vírus, se este não provocar lesão. Grande parte das lesões, comumente pequenos condilomas e alteração de baixo grau, tendem a regredir espontaneamente. Porém há situações em que se deve pensar na terapia do Papilomavírus humano:

- A erradicação dos condilomas acuminados é relevante por motivos estéticos, para evitar outras infecções secundárias e ainda prevenir uma provável malignidade. Embora os condilomas estejam relacionados, principalmente aos subtipos tipos 6 e 11, que são de baixo risco oncogênico, em pelo menos 5% dos casos podem estar associados também aos de alto risco.

- Os casos de condilomatose no período gestacional aumentam de forma considerável a possibilidade de transmissão durante a passagem do canal de parto, podendo ocasionar a papilomatose juvenil recorrente. Nesse sentido, é importante prevenir a transmissão vertical e redução da possibilidade de formação de condilomas gigantes, que poderiam obstruir o parto vaginal.

- Deve-se prevenir a transmissão horizontal, uma vez que a infecção pelo HPV é considerada uma doença sexualmente transmissível (DST) e a destruição das lesões clínicas e subclínicas reduzem a possibilidade de transmissão a outros contatos.

- Atentar para prevenção da evolução dessas lesões para malignidade;

Nas adolescentes, as lesões de baixo grau são comuns e possui alto potencial de regressão, especialmente nos 2 primeiros anos após o diagnóstico. Essas alterações são também, na maioria das vezes, regressivas, pelo que a atitude expectante deve ser privilegiada. As lesões de alto grau encontradas nesse grupo têm um comportamento biológico semelhantes às lesões encontradas nas mulheres mais maduras. Embora seja raro o desenvolvimento de Carcinoma invasivo nessa faixa etária, merece especial atenção uma vigilância periódica (SPG, 2011).

Nas gestantes, o risco de progressão das lesões de alto grau para câncer é muito baixo, sendo a taxa de regressão é elevada — 36% para as lesões de baixo grau e 48 a 70% para as lesões de alto grau. Está aconselhada a vigilância colposcópica trimestralmente durante a gestação com a repetição do estudo colpocitológico 8 semanas pós-parto, caso a paciente apresente lesão de alto grau (SPG, 2011). No estudo realizado por Yost e colaboradores (1999), onde foram observadas 153 grávidas acometidas de lesão de alto grau, foi verificado que aproximadamente 70% dessa pacientes apresentaram regressão espontânea após o parto, e que nenhuma delas demonstrou progressão para neoplasia mais graves.

Existem três opções de tratamento: químico, cirúrgico e uso de imunomoduladores. A escolha do tipo de tratamento vai depender de vários fatores incluindo, número, gravidade e expansão das lesões, recursos disponíveis, eficácia e efeitos adversos, estado imunológico e aceitação pela paciente (PANISSET; FONSECA, 2009).

No caso da gestação, o tratamento visa principalmente à prevenção de possíveis complicações obstétricas. Para isso, o terceiro trimestre da gravidez compreende a fase mais viável para o início do tratamento, pois a recorrência dos sintomas é menor que nos dois primeiros trimestres (MALUF; PERIN, 2010).

A terapia consiste basicamente na utilização de ácido tricloroacético, substância cáustica que pode ser usada seguramente nessas pacientes. A substância atua no local e ocasiona desnaturação das proteínas, tanto em tecido íntegro quanto nos infectados pelo HPV. Deve-se aplicar com cuidado, sob visão colposcópica e em casos selecionados, com auxílio de aplicadores de tamanho compatível à expansão das lesões, para evitar atingir as áreas íntegras (MORTOZA, 2006; REICHMAN, 2015).

Para Panisset; Fonseca (2009), a realização do rastreamento citológico é recomendado no primeiro trimestre. Em caso de necessidade de avaliação colposcópica, ela também é bem executada nesse período. Já no segundo trimestre, a realização desse tipo de exame torna-se

mais difícil devido às mudanças provocadas pela gravidez incluindo aumento da vascularização, decíduose, congestão e espessamento do muco cervical por ação da progesterona (PANISSET; FONSECA, 2009).

Na gestante, o objetivo primordial no manuseio das neoplasias intraepiteliais é diagnosticar casos raros de invasão ou microinvasão. A conduta tem início com realização da citologia e colposcopia a cada três meses e finalmente realiza citologia e colposcopia quatro a seis meses após o parto. Em decorrência dos índices de complicações como hemorragia, abortamento espontâneo e trabalho de parto prematuro, a conização quando indicada, deve ser executada até a 20ª semana da gravidez. Esta prática somente é indicada se houver suspeita diagnóstica de micro invasão (MORTOZA, 2006; MCGOVERN, 2015).

A ocorrência de lesão intraepitelial de qualquer grau não é indicação para cesariana (PANISSET; FONSECA, 2009). A interrupção da gestação por via alta só esta indicada nos casos de condilomas gigantes, uma vez que estes obstruem o canal de parto, ou ainda por outros problemas obstétricos. O recém-nascido não é protegido da infecção na cesariana, visto que o HPV pode está presente no líquido amniótico, secreção da nasofaringe ou lavado gástrico entre outros (MMWR, 2006).

4.9 Vacinação contra o HPV na Adolescência

A infecção pelo HPV é a principal responsável pelo câncer de colo uterino. No Brasil, a cada ano, surgem 15 mil novos casos e 5 mil mulheres vem a óbito. A vacina corresponde a principal forma de prevenção, por isso é imprescindível que meninas entre 9 e 11 anos recebam as três doses da vacina HPV (MS, 2015).

Em decorrência do progresso substancial no conhecimento da resposta do hospedeiro à infecção pelo HPV, vacinas altamente imunogênicas com baixas doses de antígenos e capazes de induzir anticorpos neutralizados genótipo específicos foram desenvolvidas nos últimos anos (DERCHAIN et al., 2005).

As vacinas contra o HPV foram desenvolvidas como forma de prevenção primária, limitando a infecção pelo vírus e as doenças dele decorrentes, tendo como consequência, a redução do número de câncer de colo. As falhas nos exames de citologia e a falta de acesso de algumas mulheres aos programas de controle de câncer se refletem nos altos índices de

incidência dessa patologia (LINHARES; VILLA, 2006; NADAL; MAZIONE, 2006; BORSATTO; VIDAL; ROCHA, 2011).

No Brasil, a vacinação contra HPV tem a finalidade de prevenir o câncer do colo do útero, bem como colaborar para redução da incidência e da mortalidade por esta enfermidade. O propósito é vacinar 80% da população alvo, o que representa 3,95 milhões de meninas na faixa etária de 9 a 11 a anos de idade em 2015. Neste ano, as mulheres com idades de 9 a 26 anos, 11 meses e 29 dias, portadoras de HIV, também serão vacinadas de forma diferenciada conforme esquema vacinal (MS, 2015).

A população alvo prioritária da vacinação com a vacina HPV no ano de 2015 são as meninas na faixa etária de 9 a 11 anos, 11 meses e 29 dias de idade e de 12 a 14 anos de idade que tenham iniciado o esquema vacinal em 2014 e por algum motivo não receberam a 2ª dose da vacina. Serão também vacinadas de maneira diferenciada as mulheres de 9 a 26 anos, 11 meses e 29 dias de idade vivendo com HIV (MS, 2015).

São aplicadas três doses por via intramuscular com intervalo de 6 meses para a segunda dose e de 60 meses para a terceira contando a partir da primeira dose, ou seja, intervalo de 0, 6 e 60 meses. Quanto às contra indicações da vacina, entram as patologias que apresentam quadros febris e as pacientes com alergia ao levedo (NADAL; NADAL, 2008; INCA, 2010; MS, 2015).

O alvo das vacinas atualmente utilizadas corresponde aos tipos de vírus 16 e 18, responsáveis pelo desenvolvimento da maioria dos carcinomas cervicais, e/ou 6 e 11, que provocam quase todos os condilomas. Até o presente momento, foram desenvolvidas vacinas para dez tipos de HPV (6, 11, 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45 e 58), sugerindo que, no futuro, poderão ser utilizadas em vacinas polivalentes. A vacinação induz títulos de anticorpos neutralizadores cerca de 50-100 vezes mais elevados que uma infecção natural e é bem tolerada (DERCHAIN et al., 2005; MS, 2015).

5. CONCLUSÃO

5. CONCLUSÃO

O estudo permitiu a construção de uma ampla revisão acerca do tema a que se propôs, utilizando a literatura eletrônica disponível sobre o assunto. O levantamento realizado demonstrou condutas importantes para prevenção, diagnóstico e tratamento das lesões cervicais detectadas em gestantes adolescentes. Embora a maioria das infecções seja assintomática e eficientemente debelada pelo sistema imunológico, pois tanto as lesões de baixo quanto as de alto grau causadas por HPV podem regredir nas adolescentes gestantes, uma pequena porcentagem dessas jovens desenvolve lesões intraepiteliais que podem evoluir para malignidade. Nesse sentido, o procedimento correto a ser adotado nesse contexto é de fundamental importância para atenuar impactos negativos que essas lesões podem ocasionar, inclusive evoluir para malignidade.

REFERÊNCIAS

- BORSATTO, A. Z.; VIDAL, M. L. B.; ROCHA, R. C. N. P. Vacina contra o HPV e a Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Subsídios para a Prática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.57, n.1, p. 67-74, 2011.
- CAMPBELL, F. N.; LARA-TORRE, E. Follow-up Compliance of Adolescents with Cervical Dysplasia in an Inner-city Population. **Journal Pediatric Adolescent Gynecology**, v.22, p.151-155, 2009.
- CHAMBÔ FILHO, A.; SCÁRDUA, E. F.; SOARES, E. P.; NEVES, G. P.; GUZZO, T. S. Cervicites Agudas. **Femina**, v. 31, n. 10, 2003.
- DERCHAIN, S. F. M.; LONGATTO FILHO, A.; KARI JUHANI SYRJANEN. Neoplasia intraepitelial cervical: diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n.7, p. 425-433, 2005.
- DERCHAIN, S. F. M.; PINTO NETO, A. M.; OLIVEIRA, R. L. C.; SANTOS, C. C.; PINTO E SILVA, J. L. C. Human papillomavirus infection and cervical intraepithelial neoplasia in teenagers. **Journal Brasil Gynecology**, v.101, n.11/12, p.499-503, 1991.
- HPV ONLINE. HPV e Câncer de Colo de Útero. Disponível em: <http://www.hpvonline.com.br/sobre-hpv/hpv-e-cancer/hpv-e-cancer-do-colo-uterino/>. Acesso em: 02/07/2015.
- INCA - Instituto Nacional do Câncer. 2010. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>. Acesso em: 05/04/2015.
- LEAL, E. A. S.; LEAL JÚNIOR, O. S.; GUIMARÃES, M. H.; VITORIANO, M. N.; NASCIMENTO, T. L.; COSTA, O. L. N. Lesões Precursoras do Câncer de Colo em Mulheres Adolescentes e Adultas Jovens do Município de Rio Branco – Acre. **RBGO**, v. 25, n.2, 2003.
- LINHARES, A. C.; VILLA, L. L. Vacinas contra rotavírus e papilomavírus humano (HPV). **Jornal de Pediatria**, v. 82, n.3, p. S25-S34, 2006.
- MAHONY, J.; JANG, D.; CHONG, S.; LUINSTR, K.; SELLORS, J.; TYNDALL, M.; CHERNESKY, M. Detection of *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea*, *Ureaplasma urealyticum*, and *Mycoplasma genitalium* in first –void urine specimens by Multiplex polymerase chain reaction. **Molecular diagnosis**, Bethesda, v. 2, n. 3, p.161-168, 1997.
- MALUF, M.; PERIN, P. M. HPV e Gestação. 2010. Disponível em: <http://www.hpvinfo.com.br/hpv-15.htm> Acesso em: 14/04/2015.
- MCGOVERN, BH. Human papillomavirus vaccines. Disponível em: <http://www.uptodate.com>. Acesso em: 01/07/2015.
- MINISTERIO DA SAUDE. Doenças infecto parasitárias. Guia de bolso. 7. ed. Secretaria de vigilância em saúde. Brasília, 2008.

MINISTERIO DA SAUDE. Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis: DST. 4. ed. Coordenação Nacional DST/AIDS. Brasília, 2006.

MINISTERIO DA SAUDE. Vacinação contra HPV. Disponível em www.portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/hpv/. Acesso em 02/07/2015.

MMWR. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. Morbidity and Mortality Weekly Report., v.55, n.11, 2006.

MORRISON, E. A.; HO, G. Y.; VERMUND, S. H.; GOLDBERG, G. L.; KADISH, A. S.; KELLEY, K. F.; BURK, R. D. Human papillomavirus infection and other risk factors for cervical neoplasia: a case-control study. **International Journal Cancer**. v.49, n.1, p.6-13, 1991.

MORTOZA JR. G. Patologia cervical. Rio de Janeiro: Med Book, 2006.

MURTA, E. F. C.; SOUZA, M. A. H.; ADAD, S. J.; ARAÚJO JÚNIOR, E. Infecção pelo Papilomavírus Humano em Adolescentes: Relação com o Método Anticoncepcional, Gravidez, Fumo e Achados Citológicos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.23, n.4, p.217-221, 2001.

NADAL, S. R.; MANZIONE, C. R. Vacinas Contra o Papilomavírus Humano. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 26, n.3, p.337-340, 2006.

NADAL, L. R. M.; NADAL, S. R. Indicações da Vacina Contra o Papilomavírus Humano. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 28, n.1, p.124-6, 2008.

NOVAES, J.M.D.C. Importância da Colpocitologia na Adolescência. **Adolescência & Saúde**, v. 3, n.1, p.18-21, 2006.

PANISSET, K. S. P.; FONSECA, V. L. M. Patologia cervical na gestante adolescente. **Adolescência & Saúde**, v. 6, n.4, 2009.

PAULA, A. F. 2006 Câncer cérvico-uterino: ameaça (in) evitável? **Revista de Enfermagem**. UERJ. Rio de Janeiro, v.14, p.123-9, 2006.

PINHEIRO, P. Exame Papanicolaou – ASCUS, LSIL, NIC1, NIC 2 E NIC 3. Disponível em: <http://www.mdsaude.com/2014/09/exame-papanicolau.html>. Acesso em 02/12/2014.

PINTO, V. F. C.; BARBOSA, V. F. C.; PAIVA, S. G. Aspectos epidemiológicos e citológicos de infecções pelo Papilomavírus humano (Hpv) em adolescentes: uma revisão. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.5, n.4, Pub.4, 2012.

PRIMO, F. L.; MACAROFF, P. P.; LACAVA, Z. G.M., AZEVEDO, R. B., MORAIS, P. C.; TEDESCO, A. C. Binding and photophysical studies of biocompatible magnetic fluid in biological medium and development of magnetic nanoemulsion: A new candidate form câncer treatment, **Journal of Magnetism and Magnetic Materials**, v. 310, p. 2838-2840, 2007.

RAMA, C. H.; ROTELI-MARTINS, C. M.; DERCHAIN, S. F. M.; OLIVEIRA, E. Z.;

ALDRIGHI, J. M.; NETO, C. M. Detecção sorológica de anti-HPV 16 e 18 e sua associação com os achados do Papanicolaou em adolescentes e mulheres jovens. **Revista da Associação Médica Brasileira**, vol. 52, n. 1, p. 43-7, 2006.

REICHMAN R. Treatment and prevention of human papillomavirus infections. Disponível em: <<http://www.uptodate.com>>. Acesso em: 04/04/2015.

SANFILLIPO, J. S. S. Adolescent gynecology. **Obstetrics and Gynecology**, v.113, n.4, p.935-47, 2009.

SANTOS, F. E.; REZENDE, W. W. Identificação do papilomavírus humano em gestantes adolescentes por meio da captura híbrida II: correlação com a colpocitologia oncológica convencional, em base líquida e colposcopia. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**. v.28, n.10, 2006.

SILVEIRA, L. M. S.; VERAS, R. C.; CRUZ, A. L. N.; SANTOS, M. F. Gestação e papilomavírus humano: influência da idade materna, período gestacional, número de gestações e achados microbiológicos. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 40, n.1, p.43-47, 2008.

SPG, SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA. Consenso sobre Infecção HPV e lesões intraepiteliais do colo, vagina e vulva, 2011. Disponível em: www.spginecologista.pt/uploads/consenso_definitivo.pdf. Acesso em: 10/06/2015.

WHO, World Health Organization. Health Topics. 2006. Disponível em: www.who.int/topics. Acesso em: 21/06/2015.

YOST, N.P. Postpartum regression rates of antepartum cervical neoplasia II and III lesions. **Obstetric Gynecology**, v.93, p.359-362, 1999.

ANEXO

DECLARAÇÃO

Eu, Cristiane Gomes Lima, portadora do documento de identidade RG nº 5208201 SSP/PE, CPF nº 025.850.694-60, aluna regularmente matriculada no curso de Pós-Graduação em Citologia Clínica, do programa de *Lato Sensu* do INESP- Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa, sob o nº _____, declaro a quem possa interessar e para todos os fins de direito, que:

1. Sou a legítima autora da monografia cujo título é: “Patologia Cervical na Adolescente Grávida”, 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 Recife, 10 de agosto de 2015.

Assinatura da aluna

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