

# AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES PORTADORAS DE LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM UM AMBULATÓRIO UNIVERSITÁRIO

*Overview of the epidemiological profile of precursor lesions of cervical cancer from the women attended at an university outpatient clinic: a retrospective study*

Bernardo Nogueira Lodi<sup>1</sup>, Gabriel Milagres Neiva<sup>1</sup>, Claudia Teixeira da Costa Lodi<sup>1</sup>

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O câncer do colo do útero é a segunda causa de morte por câncer em mulheres no mundo e no Brasil. Desenvolve-se a partir de lesões precursoras, as neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC), com grande potencial de prevenção e cura quando diagnosticadas em suas fases iniciais. **OBJETIVO:** Analisar o perfil epidemiológico das mulheres portadoras de lesões precursoras, determinar a prevalência das alterações citológicas e correlacionar esses achados com a histopatologia e avaliar os fatores de risco para NIC. **MÉTODO:** Estudo transversal de análise de prontuários médicos de mulheres atendidas em um ambulatório universitário, no período de janeiro de 2018 a janeiro de 2019. **RESULTADOS:** Foram analisados 241 prontuários de mulheres com média de idade de 37,5 anos. Em 232 casos (96%), foi realizado o exame citopatológico sendo que 111 (48%) apresentaram alterações, sendo 45% lesão de alto grau. Duzentas e três (84%) mulheres foram submetidas a colposcopia com 34% dos exames alterados. Oitenta e oito mulheres (36,5%) foram submetidas a biópsia e apenas 3 não apresentaram lesão. **CONCLUSÃO:** A maioria das mulheres eram múltiparas, fumantes e usavam contraceptivos hormonais. Todas eram sexualmente ativas. Encontrou-se forte associação entre os achados citológicos com o resultado da biópsia, aumentando seu grau de confiabilidade. Noventa por cento das mulheres com necessidade de intervenção foram encaminhadas para o tratamento adequado na atenção secundária.

**Palavras-chave:** Neoplasias do Colo do Útero; Neoplasia Intraepitelial Cervical; Lesões Intraepiteliais Escamosas Cervicais; Epidemiologia; Assistência Ambulatorial.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Cervical cancer is the second leading cause of cancer death in women worldwide and in Brazil. Its precursor lesions are called cervical intraepithelial neoplasia (CIN) which has great potential for prevention and cure when diagnosed in their early stages. **OBJECTIVES:** Determinate the prevalence of cytological changes found in the study group and correlate these findings with its histopathology, assess the risk factor for CIN and analyze the epidemiological profile of these women. **METHOD:** Retrospective cross-sectional study of medical records from women attended at an university outpatient clinic, from January 2018 to January 2019. **RESULTS:** 241 medical records were analyzed. The women were on average 37.5 years old. 232 (96%) patients underwent cervical cytology test and 111 (48%) resulted in abnormalities, 45% of which are consistent with higher risk for malignancy. Two hundred and three (84%) women were referred to colposcopy and 34% resulted in some kind of abnormality. Eighty-eight (36,5%) were referred to biopsy and only 3 had a normal outcome. **CONCLUSION:** The majority of women were multiparous, smokers and used hormonal contraceptives. All were sexually active. Strong association between the cytology test and biopsy results were found, increasing the exam's degree of reliability. Ninety percent of the women who needed intervention were referred to the correct treatment in the secondary health care.

**Keywords:** Uterine Cervical Neoplasms; Cervical Intraepithelial Neoplasia; Squamous Intraepithelial Lesions of the Cervix; Epidemiology; Ambulatory Care.

<sup>1</sup>Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte, MG - Brasil

**Autor para correspondência:** Bernardo Nogueira Lodi – Rua: Carolina Figueiredo, Nº 12. Bairro: Serra – CEP: 30220-130 – Belo Horizonte, MG - Brasil. e-mail: bnolodi@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O carcinoma de células escamosas do colo do útero é a segunda causa de morte por câncer em mulheres no mundo e a primeira em alguns países em desenvolvimento <sup>1</sup>. No Brasil, essa doença está em segundo lugar. Apresenta evolução lenta, na maioria dos casos e sua prevenção consiste em identificar, o mais precocemente possível, as lesões precursoras por meio de exames como citologia oncológica, histopatologia e biologia molecular <sup>2</sup>.

Apresenta como fatores de risco a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) oncogênico, hábitos sexuais como início precoce de atividade sexual e multiplicidade de parceiros, maior paridade, idade, tabagismo, imunossupressão e uso de métodos contraceptivos hormonais <sup>3</sup>.

As lesões precursoras de alto grau, conhecidas como neoplasia intraepitelial cervical (NIC) II/III, são assintomáticas, sendo curáveis na maioria dos casos se diagnosticadas precocemente e tratadas de maneira adequada <sup>4</sup>.

As Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero recomendam que este seja feito utilizando o exame citopatológico. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se os resultados de ambos forem negativos, a mulher passa para uma rotina trienal. A coleta deve ser iniciada aos 25 anos de idade, para mulheres que já tiveram atividade sexual e terminar aos 64 anos, naquelas sem história prévia de doença pré-invasiva <sup>5</sup>.

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia usada para rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil <sup>6</sup>. Para obter uma redução significativa da incidência e mortalidade causada por essa doença, uma elevada cobertura da população alvo é fundamental na atenção primária <sup>7</sup>.

Cabe à atenção primária de saúde desenvolver ações para a prevenção do carcinoma invasor de colo uterino por meio de sua detecção precoce através de seu rastreamento. Para que o exame seja adequado, os profissionais de saúde devem conhecer o método, a periodicidade e a população alvo recomendados, a fim de orientar e encaminhar para tratamento as mulheres com NIC e garantir seu seguimento <sup>8</sup>.

Assim, diante da importância do rastreamento efetivo do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras na atenção primária, destacadas na literatura, o objetivo do presente trabalho foi determinar o perfil epidemiológico das mulheres atendidas em um ambulatório universitário, analisando os fatores de risco para as lesões cervicais, a prevalência das alterações citológicas encontradas e seu desfecho.

## MÉTODO

Estudo epidemiológico do tipo transversal, desenvolvido em um ambulatório universitário. O universo de pesquisa foi o grupo de 644 prontuários advindos de mulheres atendidas no setor de Patologia do Colo do Útero, no período de janeiro de 2018 a janeiro de 2019.

### Critérios de inclusão

Para constituir o grupo, foram incluídos todos os prontuários de mulheres atendidas no período pré-estabelecido.

### Critérios de exclusão

Foram excluídos todos os prontuários de mulheres gestantes, hysterectomizadas e com idade inferior a 18 anos.

### Cálculo amostral

Foi realizado o cálculo amostral para avaliar a prevalência das alterações cito-histológicas através da fórmula <sup>8</sup>:

$$n = \frac{N \left( \frac{z_{\alpha}}{2} \right)^2 \hat{p}(1 - \hat{p})}{(N - 1)E^2 + \left( \frac{z_{\alpha}}{2} \right)^2 \hat{p}(1 - \hat{p})}$$

Sendo:

N: total da população

$\alpha$ : nível de significância

$Z_{\alpha/2}$ : quantil da distribuição Normal Padrão referente ao nível de significância (no caso, 1,96)

p: proporção estimada

E: erro máximo permitido

Considerando um total de 644 atendimentos, 5% de significância, 5% de erro e uma abordagem conservadora para (que a considera como 50%), o tamanho amostral é de 241 prontuários, que foram escolhidos através de amostragem aleatória simples.

A coleta de dados foi realizada nos meses de junho a agosto de 2019, a partir da base de dados do ambulatório, onde são registrados os prontuários de todos os atendimentos da instituição, seguindo um formulário desenvolvido pelos autores. Analisou-se os dados sócio demográficos da população, os resultados dos exames complementares realizados e a conduta adotada para cada paciente.

### Análise estatística

Para a análise dos dados, as variáveis numéricas foram apresentadas como média  $\pm$  desvio-padrão e as variáveis categóricas, como frequências absolutas e relativas. Para comparar médias entre dois grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney e para comparar entre três grupos, o teste de Kruskal-Wallis (com comparações múltiplas pelo teste de Nemenyi). As associações foram avaliadas pelos testes Qui-quadrado e Exato de Fisher. As análises foram realizadas no software R versão 3.4.3 e foi considerado nível de significância de 5%. A discussão ocorreu com base no referencial bibliográfico pertinente ao tema.

Embora o ambulatório do estudo receba mulheres provenientes de todo o município, os dados coletados para a pesquisa não se referem a um registro de base populacional, portanto, possuem caráter somente institucional.

### Comitê de ética

Foram contemplados os aspectos ético-legais da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que recomenda o sigilo e a confidencialidade das informações, sendo esta pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa conforme CAAE: 13774619.8.0000.5134.

## RESULTADOS

Com o intuito de descrever o perfil epidemiológico dessas mulheres, foram abordados os dados de identificação presentes nos prontuários que incluíam: idade, paridade, métodos contraceptivos, atividade sexual, tabagismo e etilismo. Ressalta-se que outros fatores de risco, como início precoce das atividades sexuais, multiplicidade de parceiros e imunossupressão não foram avaliados devido à falta de dados em prontuários. Entre as 241 mulheres estudadas, a idade média encontrada foi de 37,5 anos (desvio-padrão de 12,5). Em relação à paridade, a média foi de 1,9 partos. Todas as mulheres incluídas no estudo eram sexualmente ativas, sendo que, 104 (73,8%) utilizavam algum tipo de método contraceptivo. Dessas, 76 (73,1%) eram métodos hormonais e 29 (27,9%) não hormonais, dos quais, em 17 confirmou-se o uso de preservativo. Além disso, 33 mulheres (55%) eram tabagistas e 29 etilistas (63%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Perfil epidemiológico das mulheres atendidas

	n (%)
<b>Idade</b>	37,5 ± 12,5
<b>Paridade</b> (n=213)	1,9 ± 1,7
<b>Tabagismo</b> (n=60)	33 (55,0)
<b>Etilismo</b> (n=46)	29 (63,0)
<b>Métodos Contraceptivos</b> (n=141)	
Nenhum	37 (26,2)
Hormonais	76 (53,9)
Não Hormonais	29 (20,6)

Do total de 241 mulheres estudadas, 232 (96%) realizaram o exame citológico e seus resultados foram classificados de acordo com o Sistema Bethesda, 2001. Destas, 121 mulheres (52%) tiveram o resultado de citologia classificado como normal e 111 mulheres (48%) apresentaram alteração no exame citológico. Dos exames alterados, 61 (55%) foram classificados como lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) ou células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) e 50 mulheres (45%) apresentaram resultados compatíveis com lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), células escamosas atípicas de significado indeterminado não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASCH) ou células glandulares atípicas de significado indeterminado (ACG) (Tabela 2). O resultado das distribuições das variáveis pela citologia pode ser visto na Tabela 3.

Os resultados da colposcopia foram classificados entre normal ou alterado e 203 mulheres (84%) foram submetidas a esse exame complementar, sendo 133 (65,5%) colposcopias com achados normais e 70 (34,5%) com achados anormais (Tabela 2). O resultado das distribuições das variáveis pela colposcopia pode ser visto na Tabela 4.

Os resultados das biópsias foram classificados como normal, NIC I/cervicite e NIC II/III/ carcinoma invasor. Entre as 88 (36,5%) mulheres que realizaram este exame, 3 (3,4%) não apresentaram alterações; em 85 (96,6%) foram identificadas lesões, sendo 51 (60%) classificadas como NIC I/cervicite e 34 (40%), NIC II/III/ carcinoma invasor (Tabela 2). O resultado das distribuições das variáveis pela biópsia pode ser visto na Tabela 5.

**Tabela 2.** Caracterização da amostra quanto aos resultados da citologia oncótica, colposcopia e biópsia.

	n (%)
<b>Citologia</b> (n=232)	
Alterado	111 (47,8)
HSIL, ASCH ou AGC	50 (45,0)
LSIL ou ASCUS	61 (55,0)
<b>Colposcopia</b> (n=203)	
Alterado	70 (34,5)
<b>Biópsia</b> (n=88)	
Alterada	85 (96,6)
NIC II/ III/ carcinoma invasor	34 (40,0)
NIC I/ Cervicite	51 (60,0)

HSIL: lesão intraepitelial escamosa de alto grau; ASCH: lesão intraepitelial de alto grau; AGC: células glandulares atípicas de significado indeterminado; LSIL: lesão intraepitelial escamosa de baixo grau; ASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado; NIC: neoplasia intraepitelial cervical.

Houve diferença significativa entre o número de partos das mulheres com resultados LSIL ou ASCUS e as com resultado HSIL, ASCH ou AGC (Tabela 3).

**Tabela 3.** Distribuição das variáveis segundo o resultado da citologia oncótica

	Citologia			Valor-p
	HSIL, ASCH ou AGC	LSIL ou ASCUS	Normal	
<b>Idade</b>	40,7 ± 12,8	35,4 ± 12,2	37,3 ± 12,4	0,070 <sup>K</sup>
<b>Paridade</b> (n=207)	2,6 ± 2,1	1,5 ± 1,2	1,8 ± 1,5	0,016 <sup>K</sup>
<b>Tabagismo</b> (n=57)	9 (56,2)	8 (61,5)	14 (50,0)	0,776 <sup>Q</sup>
<b>Etilismo</b> (n=43)	8 (66,7)	6 (66,7)	13 (59,1)	0,920 <sup>F</sup>
<b>Métodos contraceptivos</b> (n=136)				
Usa	23 (71,9)	22 (75,9)	55 (73,3)	0,938 <sup>Q</sup>
Não usa	9 (28,1)	7 (24,1)	20 (26,7)	

<sup>K</sup> Teste de Kruskal-Wallis; <sup>Q</sup> Teste Qui-quadrado; <sup>F</sup> Teste Exato de Fisher

**Tabela 4.** Distribuição das variáveis segundo o resultado da colposcopia

	Colposcopia		Valor-p
	Alterada	Normal	
<b>Idade</b>	37,0 ± 12,5	38,0 ± 13,0	0,672 <sup>M</sup>
<b>Paridade</b> (n=181)	2,1 ± 1,9	1,8 ± 1,5	0,675 <sup>M</sup>
<b>Tabagismo</b> (n=50)	15 (71,4)	11 (37,9)	0,040 <sup>Q</sup>
<b>Etilismo</b> (n=38)	9 (81,8)	15 (55,6)	0,160 <sup>F</sup>
<b>Métodos contraceptivos</b> (n=116)			
Usa	33 (76,7)	54 (74,0)	0,912 <sup>Q</sup>
Não usa	10 (23,3)	19 (26,0)	

<sup>M</sup> Teste de Mann-Whitney; <sup>Q</sup> Teste Qui-quadrado; <sup>F</sup> Teste Exato de Fisher

**Tabela 5.** Distribuição das variáveis segundo o resultado da biópsia

	Biópsia			Valor p
	NIC II/ III/ carcinoma invasor	Cervicite / NIC I	Normal	
<b>Idade</b>	39,7 ± 10,8	35,9 ± 10,5	32,7 ± 11,4	0,201 <sup>K</sup>
<b>Paridade (n=175)</b>	2,7 ± 2,4	1,5 ± 1,3	1,5 ± 0,7	0,203 <sup>K</sup>
<b>Tabagismo (n=21)</b>	10 (83,3)	7 (77,8)	-	> 0,999 <sup>F</sup>
<b>Etilismo (n=13)</b>	3 (50,0)	5 (71,4)	-	0,592 <sup>F</sup>
<b>Métodos contraceptivos (n=53)</b>				
Usa	11 (61,1)	28 (80,0)	-	0,191 <sup>F</sup>
Não usa	7 (38,9)	7 (20,0)	-	

<sup>K</sup> Teste de Kruskal-Wallis; <sup>F</sup> Teste Exato de Fisher; NIC: neoplasia intraepitelial cervical.

A comparação entre os resultados da citologia e da biópsia realizada no estudo está demonstrada na Tabela 6. Observa-se que houve associação significativa entre os resultados dos exames ( $p < 0,001$  pelo teste Qui-quadrado). Por apresentarem teste de Schiller alterado no exame clínico, 121 mulheres com citologias normais, foram encaminhadas para consulta ginecológica no ambulatório de patologia cervical. Destas foram encontrados 5 casos de NIC II/III e 29 casos de NIC I.

**Tabela 6.** Comparação dos resultados da citologia e da biópsia

	Citologia	Biópsia		Valor p
		NIC II/ III/ carcinoma invasor	NIC I/ Cervicite	
	HSIL, ASCH ou AGC	20	4	$p < 0,001^Q$
	LSIL ou ASCUS	6	15	

<sup>Q</sup> Teste Qui-quadrado; HSIL: lesão intraepitelial escamosa de alto grau; ASCH: lesão intraepitelial de alto grau; AGC: células glandulares atípicas de significado indeterminado; LSIL: lesão intraepitelial escamosa de baixo grau; ASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado; NIC: neoplasia intraepitelial cervical.

## DISCUSSÃO

Os atendimentos no setor de Patologia do Colo do Útero do ambulatório universitário estudados foram voltados para a realização de citologia oncológica, exame que faz o rastreamento do câncer do colo do útero e suas lesões precursoras.

Segundo as recomendações, tanto da Organização Mundial da Saúde (OMS), quanto do Ministério da Saúde (MS), o exame deve ser realizado anualmente em mulheres a partir de 25 anos, que já tiveram relações sexuais, e serem interrompidos em mulheres de 64 anos. O rastreamento citológico pode ser feito a cada 3 anos, desde que tenha dois exames seguidos negativos. Vale ressaltar que essa prática trienal deve ser recomendada apenas para mulheres que não tenham alterado sua exposição ao risco de contaminação por HPV nesse período, por exemplo, sem mudança de parceiro sexual<sup>9</sup>.

Segundo meta da OMS, 80% da população da faixa etária específica deve realizar o exame preventivo para se atingir uma boa cobertura populacional<sup>10</sup>. Essa meta foi superada pelo ambulatório em estudo

que realizou a citologia oncológica em 96% da população analisada. Entretanto, destaca-se que um número significativo de mulheres foi rastreado fora da faixa etária indicada, acarretando uma sobrecarga da atenção primária e gastos públicos sem benefícios. Aliado à determinação de uma faixa etária específica para realizar a citologia oncológica, é de fundamental importância traçar um perfil das mulheres acometidas pelo câncer do colo para que o acompanhamento de mulheres com determinantes sociais parecidos seja feito com maior atenção, a fim de reduzir desfechos negativos ou onerosos ao sistema de saúde.

Um dos principais fatores de risco descrito pela literatura, para o desenvolvimento do carcinoma invasor, é a idade, sendo que a faixa etária de 40 a 59 anos é a mais acometida por essa patologia<sup>11</sup>. Por isso, uma atenção especial deve ser dedicada a essas mulheres. Neste estudo, em consonância com a literatura sobre o tema, a média de idade das mulheres com neoplasia intraepitelial cervical, determinadas a partir de NIC II, foi maior do que a média de mulheres caracterizadas por NIC I. Esse dado confirma uma característica fundamental sobre a lesão, que é a de uma neoplasia de progressão lenta com uma longa fase pré invasiva, na qual prevalece o diagnóstico das NICs, principalmente em mulheres abaixo dos 40 anos, reforçando, ainda mais, a importância da realização da citologia oncológica como exame preventivo<sup>12</sup>.

Ressalta-se, entretanto, que devido à iniciação cada vez mais antecipada das atividades sexuais associada aos números crescentes de adesão aos contraceptivos orais e outros fatores de risco, como o maior número de parceiros, a tendência é de que as lesões passem a acometer faixas etárias cada vez mais jovens com o decorrer do tempo<sup>12</sup>.

Apesar de não terem sido abordados neste estudo, devido à falta de dados nos prontuários incluídos, destaca-se que o início precoce às atividades sexuais, a multiplicidade de parceiros e aspectos como o baixo nível socioeconômico e imunossupressão são fatores de risco importantes para o desenvolvimento de câncer do colo do útero e devem ser abordados pelos profissionais de saúde a fim de compreender melhor os riscos de cada paciente<sup>13</sup>.

Segundo Ferrera *et al* 2000 e Hildesheim *et al* 2001, a paridade é um fator de risco importante para o câncer do colo do útero, pois, em seus estudos, foram observados que múltiparas tinham maior prevalência de lesão intraepitelial. Corroborando com esses autores, neste estudo, as mulheres que apresentavam NIC II/III ou carcinoma invasor tinham uma média de filhos maior quando comparadas com aquelas com resultados normais ou NIC I<sup>14,15</sup>. As lesões precursoras têm sido associadas ao número de partos em decorrência das alterações imunológicas e hormonais desse período, além do traumatismo cervical no momento do parto, facilitando a infecção pelo HPV e consequente progressão para doença. Além disso, a maior atividade sexual aumenta o risco de infecção pelo HPV<sup>16</sup>.

O tabagismo é considerado um fator de risco independente para o câncer do colo do útero. O tabagismo ativo aumenta aproximadamente em 3,5 a chance de desenvolver este tipo de câncer, e o passivo, em 2,96<sup>12</sup>. O tempo e a carga tabágica influenciam diretamente nesse risco. Concentrações elevadas de nicotina e outros metabólitos do cigarro têm sido encontrados no muco cervical, exercendo efeito carcinogênico direto. Além disso, sabe-se que o fumo tem papel

imunossupressor importante, modificando a defesa imunológica da região por alteração da concentração de linfócitos T CD4 e CD8<sup>17</sup>.

No presente estudo, observou-se que, dos prontuários que possuíam informações sobre hábitos tabágicos, a maioria apresentou alguma alteração na citologia, colposcopia e/ou biópsia. Embora não tenha sido possível avaliar o número de cigarros e o tempo de tabagismo, o que dificulta a análise dos dados.

Pela forte associação com a atividade sexual da paciente, o uso de métodos contraceptivos hormonais ainda é um fator controverso, porém, a longo prazo torna-se um fator de risco importante para a doença. O risco aumenta significativamente com os anos. O uso inferior a cinco anos apresenta *odds ratio* de 0,73, aumentando para 4,03 com uso superior a dez anos<sup>12</sup>. Segundo Moreno *et al* 2002, a ausência de métodos de barreira durante a atividade sexual por essas pacientes aumenta a exposição às doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HPV, o que também explicaria como o seu uso pode ser um fator de risco, já que a maioria das mulheres utiliza apenas um método contraceptivo<sup>18</sup>. O presente estudo confirma esses achados da literatura mostrando que a maioria das mulheres faziam uso de contraceptivos hormonais. Um pequeno número de mulheres fazia uso de preservativos, sendo encontrado um único caso de carcinoma *in situ*, demonstrando a eficácia dos métodos contraceptivos de barreira na proteção contra o câncer de colo do útero.

Segundo Neto *et al* 2018, biópsia do colo do útero colposcopicamente dirigida é considerada padrão ouro para o diagnóstico<sup>19,20</sup>. Neste estudo foi encontrada associação significativa entre o resultado da citologia e biópsia dirigida pela colposcopia confirmando sua importância na acurácia diagnóstica das lesões precursoras e invasivas do colo uterino. Com essas informações, pode-se afirmar que o exame citológico é uma ferramenta simples e com grande acurácia, caracterizando-se como um exame de rastreamento de boa qualidade, que deve ser empregado todas as vezes que as mulheres preencherem os critérios de inclusão.

Os achados do presente estudo preencheram uma lacuna na literatura preexistente para o ambulatório alvo. Previamente, o perfil epidemiológico das mulheres atendidas no setor de Patologia do Colo do Útero do local não estava estabelecido. Os dados encontrados por essa pesquisa determinam este perfil, caracterizam a amostra e distribuem as variáveis de estudo pelos resultados da citologia, colposcopia e biópsia das mulheres, tornando-se uma importante fonte de dados para o ambulatório em questão. Estabelecer o perfil epidemiológico dessas mulheres torna-se relevante, pois a instituição recebe quantidades significativas de mulheres, advindas de todas as regiões do município. O conhecimento deste perfil destaca as demandas e necessidades da população estudada, permitindo que a atenção primária à saúde desenvolva ações específicas para a prevenção do carcinoma invasor nesta região. Devido à dificuldade na obtenção dos dados nos prontuários médicos pesquisados, reforça-se a necessidade de uma anamnese completa com um preenchimento adequado das informações colhidas durante a consulta.

Por se tratar de uma amostra reduzida, restrita à uma região, o estudo não busca determinar o perfil epidemiológico ou caracterizar a amostra de todo o território brasileiro, apesar de confirmar diversos achados preexistentes na literatura.

## CONCLUSÃO

A multiparidade e o tabagismo estiveram relacionados a maior prevalência das neoplasias intraepiteliais cervicais.

Foi encontrada elevada prevalência de alterações citológicas neste grupo de mulheres com forte associação com os achados histopatológicos da biópsia dirigida pela colposcopia.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice – 2nd ed. 2016, 415p.
2. Instituto Nacional De Câncer (Brasil). Estimativa 2020. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2020, 120p.
3. Sousa A, Costa G, Reis J, Goiano P, Calaça M. Caracterização das alterações citopatológicas e fatores de riscos associados ao desenvolvimento do câncer de colo útero. *Revista Uningá Review*. 2018; 30(1):67-71.
4. Doorbar J, Quint W, Banks L, Bravo I, Stoler M, Broker T, *et al*. The biology and life-cycle of human papillomaviruses. *Vaccine*. 2012;30(5):55-70.
5. Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016, 114p.
6. World Health Organization. Screening for cervical cancer. Disponível em: [http://www.who.int/cancer/detection/cervical\\_cancer\\_screening/en/](http://www.who.int/cancer/detection/cervical_cancer_screening/en/). Acesso em: 17 jul. 2014.
7. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, *et al*. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin*. 2012;62:147-172.
8. Lima C, Amaral J, de Oliveira P, Santos W, Rodrigues A, Aguiar M. Cervical cancer: university students knowledge. *Journal of Nursing UFPE on line*. 2016; 0(8): 2993-3003.
9. Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva. Parâmetros Técnicos para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero - Rio de Janeiro: INCA, 2019, 32p.
10. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002, 180p.
11. Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva. Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil. - Brasília: INCA, 2012, 120p.
12. Camargos A, Melo V, Reis F, Murta E, Filho A, *et al*. Ginecologia Ambulatorial Baseada em Evidências Científicas. 3ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2016, 363p.
13. Dugno M, Soldatelli J, Daltoé T, Rosado J, Spada P, Formolo F. Perfil do câncer de mama e relação entre fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil. *Rev. Bras. Oncologia Clínica*. 2014; 10(36): 60-66.
14. Ferrera A, Velema J, Figueroa M, Bulnes R, Toro L, Claros J, *et al*. Co-factors related to the causal relationship between human papillomavirus and invasive cervical cancer in Honduras. *Int J Epidemiol*. 2000;29(5):817-825.
15. Hildesheim A, Herrero R, Castle P, Wacholder S, Bratti M, Sherman M, *et al*. HPV cofactors related to the development of

- cervical cancer: results from a population-based study in Costa Rica. *Br J Cancer*. 2001;84(9):1219-1226.
16. Ferreira, H, Lala, E, Mansour, F. Frequência de Papilomavirus Humano (HPV) em gestantes. *Biológicas & Saúde*, v. 7, n. 25, 2017.
  17. Silva, R, Cruz, T, Conte, D, Scatola F, Godoy, A, Bazzo, K. Contraceptivos orais e hábito tabagista são fatores risco para lesões precursoras do cancer do colo uterino. Congresso de Pesquisa e Extensão da Faculdade da Serra Gaúcha, Caxias do Sul (RS). 2015. p. 1274-1288.
  18. Teles, G, Muniz, M, Ferrari, R. Tabagismo Associado Às Lesões Precursoras Para O Câncer de Colo Uterino. *Revista de Enfermagem UFPE*, v. 7, n. 9, 2013.
  19. Moreno V, Bosh F, Muñoz N, Meijer C, Shah K, Walboomers J, *et al*. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *The Lancet*. 2002;359(9312):1085-1092.
  20. Neto, J. B. L. Colpocitologia Oncótica – Uma Visão Prática do Método. In: SILVA, C. H. M. *et al*. *Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia*. Rio de Janeiro: MedBook, 2018. p. 29-39.