

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**SHEILA CARMINATI DE LIMA**

**PREVALÊNCIA DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO – HPV EM  
MULHERES ATENDIDAS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO  
ESPECIALIZADO, NO MUNICÍPIO DE CACOAL – RO,  
NO PERÍODO DE 2003 A 2005**

**Brasília  
2007**

**SHEILA CARMINATI DE LIMA**

**PREVALÊNCIA DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO – HPV EM  
MULHERES ATENDIDAS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO  
ESPECIALIZADO, NO MUNICÍPIO DE CACOAL – RO,  
NO PERÍODO DE 2003 A 2005**

Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - UnB como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

**Brasília**

**2007**

**SHEILA CARMINATI DE LIMA**

**PREVALÊNCIA DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO – HPV EM MULHERES ATENDIDAS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO, NO MUNICÍPIO DE CACOAL – RO, NO PERÍODO DE 2003 A 2005**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para obtenção do Grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília - UnB, pela Comissão formada pelos professores:

Aprovada em: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

***Professor Doutor PEDRO SADI MONTEIRO***

Universidade de Brasília

Membro Interno Vinculado ao Programa

Presidente

Ass: \_\_\_\_\_

***Professora Doutora CRISTINE ALVES COSTA DE JESUS***

Universidade de Brasília

Membro Interno Vinculado ao Programa

Ass: \_\_\_\_\_

***Professora Doutora MARIA DE FÁTIMA RODRIGUES DA SILVA***

Fundação Universidade de Rio Verde – FESURV

Membro Externo

Ass: \_\_\_\_\_

***Professora Doutora IVONE KAMADA***

Universidade de Brasília

Membro Interno Vinculado ao Programa

Suplente

Ass: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

*Ao **Junior**, esposo e companheiro de todas as horas, pelos momentos de lazer abdicados em função da elaboração deste trabalho, onde por muitas vezes o cansaço e desânimo tentavam prevalecer e com seu carinho, amor e paciência soube transmitir apoio e compreensão.*

*Aos **meus pais e meu irmão** que são a razão do meu viver.*

*Obrigado por vocês existirem em minha vida.!!!*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus** – Senhor onipotente criador de todas as coisas.

À **Universidade de Brasília – UnB** pela oportunidade de ingressar no programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde.

Ao professor **Pedro Sadi** que com sua paciência ímpar e atenção orientou e incentivou o desenvolvimento deste estudo.

Aos **membros da Banca Examinadora** que se dispuseram a contribuir para o aprimoramento deste estudo.

À **FACIMED** pela oportunidade de realizar este sonho.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Cacoal e Enfermeira Janice Santana do Nascimento** (amiga) que abriram as portas do SAE para a realização deste estudo.

A **Maria da Penha Menezes** pela compreensão e apoio profissional nos momentos que do trabalho tive que me ausentar.

Às amigas **Janayna e Taciana**, sempre atenciosas e prestativas como anjos em minha vida.

Aos amigos **Marcélio, Wilson e Lucineth** que contribuíram com palavras, material bibliográfico, incentivo, dicas e opiniões.

Às **mulheres** entrevistadas pela colaboração e atenção com que me receberam.

À minha **mãe** pelo auxílio na correção do trabalho.

Aos **colegas de mestrado**, companheiros que compreendem bem as pedras no caminho, os buracos na estrada até Porto Velho e o valor de uma vitória.

Enfim, a **todos** que mesmo de forma singela contribuíram e fizeram parte dessa história, meu muito obrigado.

*“Sonhos vem  
Sonhos vão  
E o resto é imperfeito  
Disseste que se tua voz  
Tivesse força igual  
A imensa dor que sente  
Teu grito acordaria  
Não só a tua casa  
Mas a vizinhança inteira  
E há tempos nem os santos  
Tem ao certo a medida da maldade  
E há tempos são os jovens que adoecem  
E há tempos o encanto está ausente  
E a ferrugem nos sorrisos  
E só o acaso estende os braços  
A quem procura abrigo  
Proteção  
Meu amor  
Disciplina é liberdade  
Compaixão é fortaleza  
Ter bondade é ter coragem...”*

*(Legião Urbana)*

## RESUMO

LIMA, S. C. de. **Prevalência do Papilomavírus Humano – HPV em mulheres atendidas no Serviço de Atendimento Especializado, no município de Cacoal – RO, no período de 2003 a 2005**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília – UnB, Brasília, 2007.

Populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis, pois as desigualdades sociais, culturais e econômicas influenciam diretamente no processo de adoecer e morrer da população, sendo assim, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) encontram-se entre as causas mais comuns de doenças no mundo e trazem conseqüências de natureza sanitária, social e econômica estando entre as cinco principais causas de procura por serviços de saúde. Uma DST que vem sendo disseminada com grande velocidade é a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV). A persistência da infecção pelo Papilomavírus Humano em altas cargas virais, representa o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de colo do útero. Este estudo teve como objetivo conhecer a magnitude da prevalência do Papilomavírus Humano – HPV em mulheres no município de Cacoal – RO. Foi realizado um estudo transversal descritivo onde 31 mulheres portadoras do HPV foram entrevistadas por meio de um questionário com questões abertas e fechadas. Na análise das variáveis utilizou-se o software EPI-Info 6.04. Os sujeitos foram entrevistados em uma única sessão, foram identificados fatores de risco para o HPV e câncer de colo de útero e apresentaram as seguintes características: mulheres com idade média de 28,5 (DP=9,49) anos, 51,5% convivendo com companheiro, com segundo grau como média de escolaridade, predominância de 58,1% da cor branca, condição social predominante da classe C (35,5%), idade média de 17 (DP=2,7) anos na primeira relação sexual, média de 3,6 (DP=2,3) parceiros na história sexual, paridade de 2,2 filhos, alta prevalência de tabagismo 22,6%, uso de anticoncepcional por 54,8% das mulheres e o uso freqüente do preservativo por 29,0% das mulheres. Realização anual de exame preventivo do câncer cérvico-uterino de 58,1% e 74,2% das mulheres descobriram que eram portadoras do HPV através do aparecimento de verrugas na genitália. A análise das falas revelou um conhecimento razoável sobre a doença e sua principal forma de transmissão, porém existe a necessidade de maiores esclarecimentos sobre a prevenção, riscos para a saúde e tratamento. Concluiu-se que os fatores de risco identificados devem direcionar ações voltadas à prevenção das DST e estimular mudanças de comportamento sexual nas mulheres do município de Cacoal.

**Palavras chave:** papilomavírus humano, câncer de colo uterino, saúde da mulher.

## ABSTRACT

LIMA, S. C. de. **Prevalence of Human Papillomaviruses - HPV in women wich were atended in SAE in Cacoal City, between 2003 and 2005.** Dissertation (Master Course on Health Science) – University of Brasília – UnB, Brasília, 2007.

Population subjected to poor life conditions are more vulnerable, because the social, cultural and economical inequality influence directly on the population process of becoming sick and dying, as, the Sexually Transmitted Diseases (STDs) are among the more common disease causes in the world and bring sanitary, social and economical nature consequence being among the five most principal causes of looking for health services. A STD which is being spread very rapidly is the infection by the Human Papillomaviruses (HPV). The persistence of the infection by Human Papillomaviruses in high viral charge represents the main risk factor to develop the endometrial cancer. This study had as an objective to know the bulk Human Papillomaviruses prevalence – HPV in women in Cacoal City – RO. It was realized a descriptive side study where 31 women, HPV carriers were interviewed by questionnaire with open and close questions. In the variable analysis was used the EPI-Info 6.04 software. The subjects were interviewed in the one section, were identified risk factors of HPV and endometrial cancer and they showed the following characteristics: women at average age of 28,5 (DP= 9,49) years old, 51,5% living with a partner, with high school as Education level, predominance of 58,1 of white skin, predominant social class C (35,5%), age average at 17 (DP= 2,7) years old in the first intercourse, on average of 3,6 (DP= 2,3) partners in the sexual history, parity of 2,2 children, high prevalence of tobacco smoking 22,6%, the use of the birth pills by 54,8% of the women and the frequent use of condom by 29,0 of the women. The annual realization of the preventive exam of the endometrial cancer of the 58,1 women and 74,2 of the women discovered that they were carriers of HPV through appearing of the warts on the genitals. The speech analyses revealed a reasonable knowledge about the disease and its principal way to transmit, so, there is a need of more information about the prevention, health risk and treatment. It is concluded that the identified risk factors must direct actions towards STD prevention and stimulate sexual behavior changes in women of Cacoal City.

**Key words:** human papillomaviruses, endometrial cancer, woman health.



**LISTA DE QUADROS E FIGURAS**

<b>Quadro 1</b> - Tipos de HPV, tropismo e doenças associadas.	19
<b>Quadro 2</b> - Estimativa para o ano 2006 das taxas brutas de incidência por 100.000 e por número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária na Região Norte.	22
<b>Quadro 3</b> - Estimativa para o ano 2006 das taxas brutas de incidência por 100.000 e por número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária em Rondônia.	22
<b>Quadro 4</b> - Evolução das Neoplasias Intra-epiteliais cervicais.	23
	26
<b>Figura 1</b> - Papilomavírus humano.	19
<b>Figura 2</b> - Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100.000 mulheres, estimadas para o ano 2006, segundo a Unidade da Federação (neoplasia maligna do colo do útero e útero, porção não especificada).	21
<b>Figura 3</b> - Distribuição mundial dos tipos de HPV oncogênicos.	26
<b>Figura 4</b> - Casos positivos de HPV notificados em Cacoal nos últimos anos.	26
<b>Figura 5</b> - Mapa do Estado de Rondônia.	41

**LISTA DE TABELAS**

<b>TABELA 1</b> –	Distribuição das variáveis sócio-demográficas das mulheres infectadas pelo papiloma vírus humano (HPV), no município de Cacoal – RO, no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005.	43
<b>TABELA 2</b> –	Distribuição dos fatores de risco encontrados durante entrevista com as mulheres infectadas pelo papilomavírus humano (HPV), no município de Cacoal - RO, no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005.	45
<b>TABELA 3</b> –	Distribuição da frequência de ocupação das mulheres infectadas pelo papilomavírus humano (HPV) no município de Cacoal – RO, no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005.	49
<b>TABELA 4</b> –	Distribuição do uso de preservativos de acordo com a condição social das mulheres infectadas pelo papilomavírus humano (HPV), no município de Cacoal – RO, no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005.	50
<b>TABELA 5</b> –	Distribuição do uso de preservativos de acordo com a presença de DST anteriores nas mulheres infectadas pelo papilomavírus humano (HPV), no município de Cacoal – RO, no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005.	50
<b>TABELA 6</b> –	Distribuição das DST apresentadas anteriormente ou associadas ao HPV em mulheres infectadas pelo papilomavírus humano (HPV), no município de Cacoal – RO, no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005.	51
<b>TABELA 7</b> –	Distribuição da frequência da realização dos exames de preventivo do câncer de colo uterino de acordo com o estado civil das mulheres infectadas pelo papilomavírus humano (HPV), no município de Cacoal – RO, no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005.	52
<b>TABELA 8</b> –	Distribuição do grau de escolaridade de acordo com a frequência da realização dos exames de preventivo do câncer de colo uterino em mulheres infectadas pelo papilomavírus humano (HPV), no município de Cacoal – RO, no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005.	52
<b>TABELA 9</b> –	Distribuição de como as mulheres descobriram que eram portadoras do HPV no município de Cacoal – RO, no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005.	53

**TABELA 10** – Distribuição do grau de conhecimento sobre HPV das mulheres infectadas, no município de Cacoal – RO, no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005.

11

53

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>ABNT</b>	Associação Brasileira de Normas Técnicas
<b>AIDS</b>	Acquired Immune Deficiency Syndrome
<b>ANVISA</b>	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
<b>CA</b>	Câncer
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>DIP</b>	Doença Inflamatória Pélvica
<b>DNA</b>	Deoxyribonucleic acid (Ácido Desoxirribonucleico)
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>FDA</b>	Food and Drug Administration
<b>FACIMED</b>	Faculdade de Ciências Médicas de Cacoal
<b>FEBRASGO</b>	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
<b>HPV</b>	Human Papillomaviruses (Papilomavírus Humano)
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NIC</b>	Neoplasia Intra-epitelial Cervical
<b>NOAS</b>	Norma Operacional de Assistência à Saúde
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PAISM</b>	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
<b>PCR</b>	Polymerase Chain Reaction (Reação em cadeia)
<b>PDR</b>	Plano de Regionalização
<b>PN – DST/AIDS</b>	Programa Nacional DST/AIDS
<b>POA</b>	Plano Operati Anual
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>RO</b>	Rondônia
<b>SAE</b>	Serviço de Atendimento Especializado
<b>SEMUSA</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO - HPV .....	17
2.2 PAPILOMAVÍRUS HUMANO – HPV E SUA RELAÇÃO COM O CÂNCER DE COLO UTERINO .....	18
2.2.1 Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM .....	24
2.3 EPIDEMIOLOGIA .....	24
2.4 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO HPV .....	27
2.4.1 Peniscopia.....	30
2.4.2 Tratamento do HPV na gestação .....	31
2.5 VACINA CONTRA O HPV .....	31
3 OBJETIVOS.....	33
3.1 GERAL .....	33
3.1.1 Específicos .....	33
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	34
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	34
4.2 AMOSTRA.....	34
4.3 COLETA DE DADOS.....	35
4.4 VARIÁVEIS ANALISADAS .....	36
4.4.1 Definição de caso de HPV .....	36
4.4.2 Idade em anos.....	36
4.4.3 Estado conjugal.....	37
4.4.4 Nível sócio-econômico.....	37
4.4.5 Raça ou cor.....	37
4.4.6 Escolaridade .....	38
4.4.7 Ocupação .....	38
4.4.8 Tabagismo e contraceptivo oral .....	38
4.4.9 Número de parceiros sexuais e idade do início da atividade sexual.....	38
4.4.10 Presença de DSTs anteriores.....	38
4.4.11 Número de filhos .....	39
4.4.12 Uso de preservativo nas relações sexuais.....	39
4.4.13 Frequência da realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino.....	39
4.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	39
4.6 QUESTÕES ÉTICAS .....	39
4.7 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO.....	40
4.8 CARACTERIZAÇÃO DO SAE – SERVIÇO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO .....	42
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	43
5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA.....	43
5.2 ANÁLISE QUALITATIVA.....	54
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	58
7 SUGESTÕES.....	60
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
ANEXO I - AUTORIZAÇÃO PARA MANUSEIO DE PRONTUÁRIOS.....	67
ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	68
ANEXO III - FORMULÁRIO DE LEVANTAMENTO DE DADOS DAS MULHERES PORTADORAS DO HPV TRATADAS NO SAE DE CACOAL .....	69
ANEXO IV - PARECER DO CEP .....	72

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a saúde da mulher tem sido alvo de políticas nacionais e internacionais chamando atenção aos direitos humanos principalmente em relação à sua saúde sexual e reprodutiva e ao governo para que possa garantir o cumprimento de seus direitos. Atendendo às reivindicações dos movimentos de mulheres, em 1984 o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços num período que se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Estavam incluídas ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis e câncer de colo de útero e mama (BRASIL, 1984).

Em maio de 2004 o Ministério da Saúde depois de uma avaliação dos avanços e retrocessos da gestão anterior, elaborou em parceria com diversos setores da sociedade o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, que incorpora a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, além da prevenção e tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (BRASIL, 2004).

As mulheres são a maioria da população brasileira (51,2%), constituem 42,7% da População Economicamente Ativa – PEA e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (IBGE, 2004). Frequentam o serviço de saúde para seu atendimento, mas também acompanham crianças, idosos, familiares e são cuidadoras não só das crianças como de outros membros da família. O Relatório sobre a Situação da População Mundial (2002) demonstra que:

“[...] o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, as mulheres trabalham durante mais horas e pelo menos, metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde”.

Populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis, pois as desigualdades sociais, culturais e econômicas influenciam diretamente no processo de adoecer e morrer da população, sendo assim, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) encontram-se entre as causas mais comuns de doenças no mundo e trazem conseqüências de natureza

sanitária, social e econômica estando entre as cinco principais causas de procura por serviços de saúde. Podem provocar complicações como infertilidade, abortamento espontâneo, malformações congênitas e até a morte (OMS, 2001).

O surgimento e a difusão da infecção pelo HIV (Human Immunodeficiency Virus), tiveram um grande impacto no tratamento e controle das DSTs, pois aumentou a resistência de microrganismos sexualmente transmissíveis em pessoas imunodeprimidas aos agentes antimicrobianos agravando os problemas terapêuticos, além da grande quantidade de indivíduos que se automedica com tratamentos inadequados podendo levar a quadros subclínicos que os mantêm transmissores. Descobriu-se que existe uma forte correlação entre a difusão das DSTs convencionais e a transmissão do HIV, pois as DSTs aumentam o risco da transmissão do HIV por via sexual em pelo menos dez vezes (BRASIL, 1999; OMS, 2001).

Após o início da epidemia de AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) e a infecção pelo HIV, a atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis começou a ser considerado prioritária, pois foi visto que o controle e a prevenção dessas infecções representam oportunidades únicas de melhorar a saúde reprodutiva da mulher (MIRANDA, 2003).

Segundo Brasil (1999), com o surgimento da AIDS, as DSTs readquiriram importância como problemas de saúde pública e alguns fatos negativos têm sido percebidos:

- a) escassez de dados epidemiológicos relativos as DSTs;
- b) discriminação dos portadores de DSTs em vários níveis do sistema de saúde com atendimento às vezes inadequado devido funcionários despreparados que demonstram seus próprios preconceitos;
- c) irregularidade na disponibilização de medicamentos específicos por provisão insuficiente ou pelo uso em outras enfermidades;
- d) técnicas laboratoriais com sensibilidade e/ou especificidade insatisfatórias e poucas unidades capazes de oferecer resultados de testes conclusivos no momento da consulta.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstram que “o grande percentual de jovens, o rápido aumento da urbanização e o baixo status da mulher são alguns dos fatores contribuintes para o crescimento das DSTs” (CARRET et al, 2004). Vários autores associam ainda a iniciação sexual precoce, baixa escolaridade e baixa renda a maior risco para DSTs e

AIDS sendo a faixa etária dos 15 aos 24 anos aquela com as mais altas taxas de infecção na maioria dos países (BRASIL, 1999; BACHMANN et al, 2000; NONNENMACHER et al, 2002).

Uma importante estratégia é a abordagem sindrômica das DSTs (baseada na identificação de um grupo de sinais e sintomas comuns a determinadas doenças), estabelecida para o manejo e controle de casos de DSTs, em locais nos quais o diagnóstico tradicional seja difícil ou demorado. Isto garante que os portadores de DSTs recebam diagnóstico e tratamento imediato com aconselhamento, ao mesmo tempo em que se disponibilizam preservativos. Esta abordagem vem sendo incorporada pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS) desde 1993. Seus objetivos são: interromper a transmissão das DSTs, evitar o desenvolvimento da doença, prevenir complicações e seqüelas e reduzir o risco de infecção pelo HIV. (BRASIL,1999a)

Uma DST que vem sendo disseminada com grande velocidade é a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV). Esta infecção apresenta-se sob forma de verrugas indolores que não resultam em complicações graves, exceto quando causam obstrução do colo ou canal vaginal, em especial em mulheres grávidas. A remoção da lesão não significa que a infecção fique curada. Os parceiros devem ser examinados para detecção de verrugas já que são transmitidas por via sexual. (OMS, 2001, BRASIL, 2006).

Os maiores danos à saúde causados pelas DSTs atingem mulheres e recém-nascidos, as complicações nas mulheres incluem a doença inflamatória pélvica (DIP) levando à infertilidade, dor crônica, gravidez ectópica, podendo causar mortalidade materna associada ao câncer de colo uterino devido sua correlação com o HPV. As complicações em recém-nascidos incluem a sífilis congênita, infecção por gonococo, pela clamídia, pelo HPV, pela hepatite B e pelo HIV. O tratamento das DSTs de uma forma geral deve ser abrangente, incluindo a identificação da doença, o tratamento com antimicrobianos, educação em saúde, distribuição de preservativo, aconselhamento, notificação e tratamento dos parceiros sexuais (BRASIL, 2004).



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO - HPV

Há séculos, a única manifestação reconhecível do Papilomavírus Humano (HPV) era a verruga genital ou condiloma acuminado, sem grande importância epidemiológica, estas lesões eram também conhecidas desde a Grécia Antiga sendo comum em indivíduos que apresentavam comportamentos homossexuais, incestuosos ou promíscuos. Por muitos anos as infecções causadas pelo HPV foram consideradas como parte de manifestação clínica da sífilis, sendo abandonada tal crença no final do século XVIII para relacioná-la à gonorréia. Somente após o isolamento do gonococo por Neisser em 1879 que se evidenciou que mais da metade dos pacientes com verrugas genitais não apresentavam sinais clínicos de gonorréia (ORIEL, 1994).

As verrugas anais e genitais são conhecidas desde a antiguidade, sendo já relatadas como indicativas da prática de sodomia em poemas satíricos dos séculos I e II. O termo “condiloma acuminado” (do grego Kondylos-côndilo, saliência) foi introduzido no fim do século XIX. Durante muitos séculos, foram pouco relatadas na literatura médica, devido talvez à importância que adquiriu a pandemia da sífilis. A partir do século XVIII, passam a ser consideradas à parte, sendo sua origem creditada a irritações locais. Os papilomavírus foram visualizados pela primeira vez por microscopia eletrônica em 1949, porém, somente em 1968, em lesões genitais [...] a transmissão sexual das verrugas genitais sempre foi muito discutida nos séculos passados, com muitos argumentos favoráveis e contrários, o que é compreensível atualmente, pelo longo período de incubação, pela variação das suscetibilidades individuais e pela ocorrência de infecções subclínicas. As lesões anais foram relacionadas à prática de sexo anal apenas a partir de estudos epidemiológicos realizados nos anos 60. (ORIEL, 1994)

O HPV foi o primeiro vírus tumorigênico a ser transmitido experimentalmente de um hospedeiro a outro, em 1894 quando Licht se inoculou com material da verruga de seu próprio irmão, verificando o aparecimento de uma verruga no local da inoculação. Somente em 1907 foi demonstrada a etiologia da infecção pelo HPV por Ciuffo inoculando em sua própria mão extrato filtrado de verrugas. Em 1954, a infecção pelo HPV foi relatada como sendo apenas sexualmente transmitida, baseando-se na evidência de que mulheres desenvolveram as verrugas genitais de quatro a seis semanas após o retorno dos soldados americanos da guerra onde mantiveram relações sexuais com parceiras diferentes (BELDA JUNIOR, 2000)

Belda Junior (2000, p.123) relata ainda que:

[...] as modalidades terapêuticas variaram pouco no decorrer da história, como, remoções com faca, tesoura, ligadura ou metais aquecidos. Os cáusticos começaram a ser utilizados no século XIX, e a podofilina, introduzida por Kaplan em 1942 e mantém-se até hoje como medicação eficaz, tendo pouco evoluído a terapia a partir daí.

As alterações celulares desenvolvidas por este vírus foram estudadas inicialmente em 1956 pelos citologistas Koss e Meisels, que as denominaram de displasias leves, moderadas ou acentuadas, atualmente denominadas NIC I, NIC II e NIC III (JACYNTHO, apud QUEIROZ et al, 2005, p.191). Os papilomas passaram a ser relacionados também a neoplasias epiteliais malignas a partir de observações feitas nas duas últimas décadas, o que fez aumentar em muito as pesquisas e os trabalhos publicados sobre os papilomavírus e as doenças a eles relacionados. (BELDA JUNIOR, 2000)

## **2.2 PAPILOMAVÍRUS HUMANO – HPV E SUA RELAÇÃO COM O CÂNCER DE COLO UTERINO**

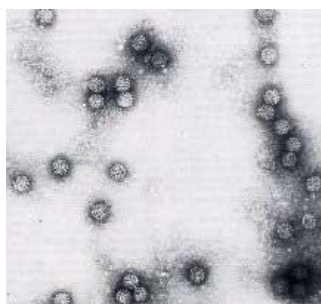
O HPV é um DNA - vírus não cultivável do grupo papovavírus (Figura 1). Entre os papovavírus, os papilomas são os mais intimamente associados com lesões malignas encontradas na área genital-anal e cavidade oral de humanos, pois mais de 90% dos tecidos de câncer anal-genital contém DNA de HPV 16 e 18 (NISENGARD & NEWMAN, 1997).

Atualmente são conhecidos mais de 100 tipos, e estão divididos em 2 grupos de acordo com seu potencial de oncogenicidade, alto e baixo risco. Os tipos de alto risco oncogênico, quando associados a outros co-fatores, tem relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais e do câncer invasor do colo uterino. Aproximadamente quinze tipos de HPV são classificados como de alto risco para o câncer cervical (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 46,51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82), os tipos considerados de baixo risco são mais encontrados em tumores benignos (6, 11, 42, 43 e 44) (CENTURIONI et al, 2005; MOSCICKI, 2005; PINTO et al, 2005; BALAKRISHNAN et al, 2006; BRASIL, 2006)

De acordo com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - Febrasgo (2004) e Borges (2004), a infecção pelo papilomavírus humano é definida como uma doença infecciosa de transmissão freqüentemente sexual que acomete preferencialmente o trato genital inferior e região perineal, pode ser transmitida a partir do momento que a pessoa se infecta ou mesmo depois que nenhum sinal ou sintoma possa ser percebido e pode apresentar-se sob três formas:

- a) Clínica: geralmente representada pelos condilomas acuminados podendo ser diagnosticada com visão desarmada;
- b) Subclínica: diagnosticada utilizando a citologia cérvico-vaginal, colposcopia/genitoscopia e anátomo patologia;

c) Latente: só pode ser diagnosticada por meio dos testes para detecção do DNA-HPV.



**Figura 1** - Papilomavírus Humano

Popularmente conhecida como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo, transmitida comumente por via sexual, mas pode ser adquirida por auto-inoculação de verrugas comuns da pele, durante o parto (no contato do recém nascido com o trato genital da mãe infectada), através de roupas íntimas ou pontas de cautério. Os HPV infectam o epitélio escamoso queratinizado (pele) e não queratinizado (mucosas), penetra na pele através de abrasões, infectando as células basais (QUADRO 1) (RIVERA et al, 2002; BALAKRISHNAN et al, 2006; BRASIL, 2006).

**Quadro 1** – Tipos de HPV, Tropismo e Doenças Associadas.

Tropismo	Tipos	Doenças
<b>Pele</b>	1, 2, 3, 4, 6, 60	Verruga plantar
	1,2,4,26,27,29,41,57,65,77	Verruga comum
	3,10,28	Verruga plana
	5,8,9,12,14,15,17,19,20,21,22,23,24,25, 36,46,47	Epidermodisplasia verruciforme
	7	Verruga do açougueiro
<b>Mucosa</b>	26,27	Verruga comum (pacientes imunossuprimidos)
	41	Carcinoma de célula escamosa cutânea
	6,11	Condiloma acuminado
<b>Mucosa</b>	6,11	Papiloma conjuntival
	6,11	Papilomatose respiratória recorrente
	6,11	Neoplasia intra-epitelial inespecífica
	16,18,31,33,35,39,45,51,52	Carcinoma cervical
	13,32	Hiperplasia intra-epitelial focal
	16,18,30,31,33,34,35,39,40,42,43,44,51	Neoplasia intra-epitelial cervical
	,52,56,57,58,61,62	

Fonte: Rivera et al, 2002.

Na maioria das vezes a infecção é subclínica, mas, nos casos em que ocorrem manifestações clínicas, estas podem ser divididas entre as manifestações causadas pelos vírus que infectam a pele e pelos vírus que infectam as mucosas (papilomatose respiratória, papiloma oral, papiloma conjuntival e verrugas anogenitais ou condiloma acuminado) (BRASIL, 1999)

O tempo médio de aparecimento de verrugas varia entre dois a oito meses, entretanto podem permanecer anos como lesões subclínicas [...], a maioria dos indivíduos expostos irá permanecer com uma infecção latente a longo prazo. Em indivíduos suscetíveis, a colonização viral é seguida pela expressão viral ativa, em locais onde existe proliferação vascular intensa, estas projeções estromais poderão ser vistas a olho nu, assumindo a forma de condilomas exofíticos. Por outro lado, caso o crescimento vascular seja insuficiente para produzir verrugas, as lesões permanecerão subclínicas, mas ao exame colposcópico serão reconhecidas como alterações acetobranças ou padrões vasculares anômalos. (BELDA JUNIOR, 2000, p.146)

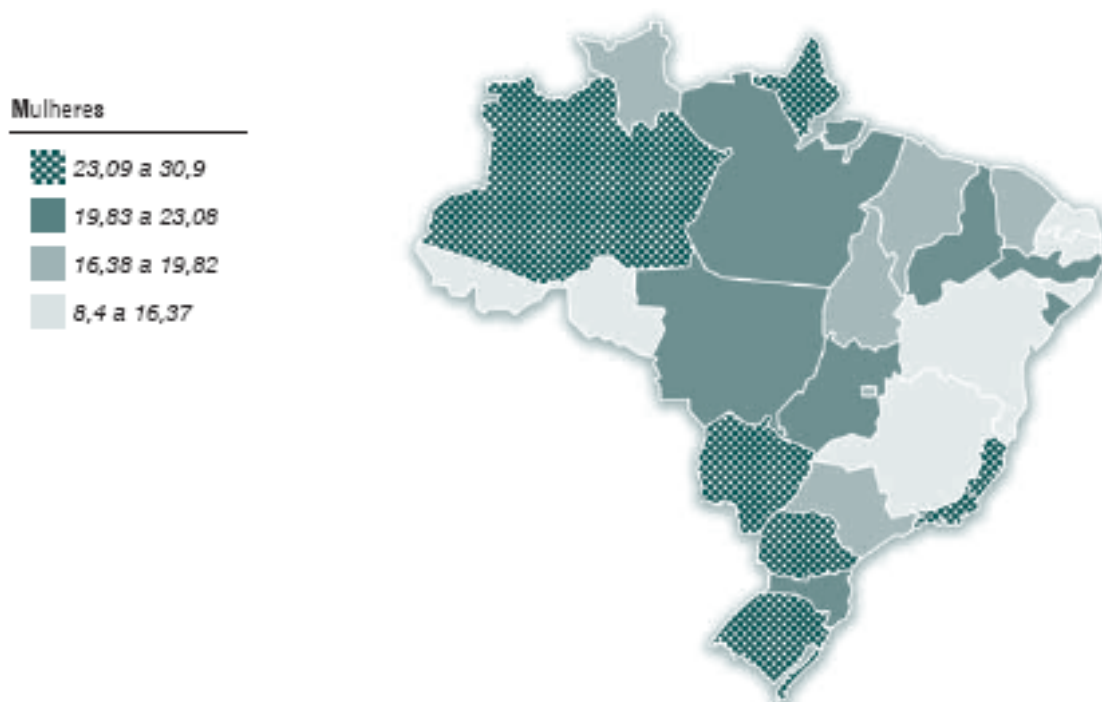
Na forma clínica condilomatosa, as lesões podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas e de tamanho variável, localizando-se mais freqüentemente, no homem, na glande, sulco bálano-prepucial e região perianal, e na mulher na vulva, períneo, região perianal, vagina e colo. Dependendo do tamanho e localização, a lesão pode ser dolorosa, friável ou pruriginosa (BRASIL, 2006).

Desde 1992, a Organização Mundial da Saúde, considera que a persistência da infecção pelo Papilomavírus Humano em altas cargas virais, representa o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de colo do útero. (BRASIL, 2000; BALAKRISHNAN et al, 2006). Nos últimos anos tem-se constatado uma impressionante evolução quanto à relação de câncer de colo de útero e HPV. Em mais de 90% de todos os cânceres de cérvix foram encontrados o DNA do HPV dos tipos 16 e 18 com maior freqüência (NORONHA et al, 1999; SOWJANYA et al, 2005; RUGHOPUTH et al, 2006; SRIAMPORN et al, 2006).

A infecção pelo HPV é essencial, mas não o suficiente para a evolução da doença e que além da tipagem e da carga viral do HPV, a associação com outros fatores de risco deve ser levada em consideração. São considerados fatores de risco de câncer de colo de útero mais comuns a multiplicidade de parceiros, a história prévia de infecções sexualmente transmitidas, a idade precoce na primeira relação sexual e a multiparidade. Outros fatores são o tabagismo, o uso de anticoncepcionais orais e dieta pobre em micronutrientes. É estimado que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por este câncer pode ser alcançada através do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o teste de Papanicolau (BRASIL, 2005; BALAKRISHNAN et al, 2006; LIMA et al, 2006).

O câncer cervical é a segunda causa mais comum de câncer em mulheres no mundo, com mais de 500.000 novos casos diagnosticados a cada ano (MOSCICKI, 2005; PROCA et al, 2006). Estimou-se para o ano de 2000 a ocorrência mundial de aproximadamente 471.000 novos casos de câncer de colo uterino com taxas de incidência e mortalidade de 16,12 e 7,99 por 100.000/mulheres respectivamente com variações entre países em desenvolvimento e países desenvolvidos (PEDROSA, 2003; BRASIL, 2005).

No Brasil o câncer cérvico-uterino e o câncer de mama representam o maior índice de mortalidade entre mulheres com idade superior a 15 anos, com uma média de idade que varia entre 48 a 52 anos, porém, tem-se verificado um aumento significativo entre mulheres com menos de 45 anos (BRASIL, 2000; QUEIROZ et al, 2004; OLIVEIRA et al, 2005). Estimou-se para o ano de 2006 a ocorrência de 19 mil novos casos. O câncer de colo uterino é o terceiro câncer mais comum entre as mulheres, superado pelo câncer de pele e de mama e a terceira causa de morte por câncer em mulheres superado pelo câncer de mama e pulmão. Sua incidência (Figura. 2) torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos (BRASIL, 2005).



Fonte: Brasil, 2005.

**Figura 2** - Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100.000 mulheres, estimadas para o ano 2006, segundo a Unidade da Federação (neoplasia maligna do colo do útero).

Estimou-se para o ano de 2006 o surgimento de 19.260 novos casos de câncer de colo uterino em todo o país com um risco estimado de 20 casos a cada 100.000 mulheres, na região Norte (quadro 2) uma taxa bruta de incidência de 22/100.000 (1.610 novos casos) e no Estado de Rondônia (quadro 3) uma incidência de 13,24/100.000 (110 casos) (BRASIL, 2005).

**Quadro 2** - Estimativa para o ano 2006 das taxas brutas de incidência por 100.000 e por número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária na Região Norte.

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	1.110	15,21	730	31,65
Traquéia, Brônquio e Pulmão	380	4,99	250	10,03
Estômago	460	5,83	290	12,05
Colo do Útero	1.610	21,75	1.010	43,19
Cólon e Reto	280	3,69	210	7,78
Esôfago	70	0,59	50	0,92
Leucemias	220	2,88	150	5,47
Cavidade Oral	140	1,53	100	2,75
Pele Melanoma	60	0,37	40	0,50
Outras Localizações	2.210	29,81	1.100	46,78
<b>Subtotal</b>	<b>6.540</b>	<b>88,21</b>	<b>3.930</b>	<b>167,13</b>
Pele não Melanoma	2.370	32,11	1.410	59,98
<b>Todas as Neoplasias</b>	<b>8.910</b>	<b>120,11</b>	<b>5.340</b>	<b>227,18</b>

FONTE: Brasil, 2005.

**Quadro 3** - Estimativa para o ano 2006 das taxas brutas de incidência por 100.000 e por número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária em Rondônia.

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	130	16,91	60	32,69
Traquéia, Brônquio e Pulmão	50	6,16	30	15,01
Estômago	50	5,96	20	11,17
Colo do Útero	110	13,24	60	28,70
Cólon e Reto	20	2,86	10	5,17
Esôfago	10	0,72	0	0,00
Leucemias	20	3,08	10	6,94
Cavidade Oral	20	2,04	10	2,27
Pele Melanoma	10	0,51	0	0,00
Outras Localizações	270	34,24	220	111,58
<b>Subtotal</b>	<b>690</b>	<b>87,50</b>	<b>420</b>	<b>213,02</b>
Pele não Melanoma	410	52,41	70	35,47
<b>Todas as Neoplasias</b>	<b>1.100</b>	<b>139,31</b>	<b>490</b>	<b>251,30</b>

FONTE: Brasil, 2005.

Os programas de detecção e prevenção do câncer de colo uterino são considerados de baixo custo, tendo em vista que a relação custo-benefício é nitidamente vantajosa já que a doença quando detectada precocemente apresenta um alto índice de cura e o surgimento do carcinoma escamoso segue normalmente um curso lento, cerca de 10 a 12 anos o que possibilitou o desenvolvimento de protocolos de rastreamento baseados na análise de células do colo uterino e da vagina conforme proposto em 1940 por Papanicolau (PEDROSA, 2003; OLIVEIRA et al, 2005). Além disso, existe o bom prognóstico para as mulheres com diagnóstico precoce que necessitam de tratamento e as que apresentam a lesão maligna inicial, podem ser submetidas à cirurgia para remoção completa do tumor (OLIVEIRA et al, 2005).

As lesões pré-neoplásicas do colo uterino consistem em um grupo de alterações com progressão lenta para carcinoma invasor, iniciando em neoplasia intra-epitelial (NIC) grau I, seguindo para grau II e para grau III de acordo com a acentuação da atipia celular e da fração da espessura do epitélio cervical acometida (PINTO, apud PEDROSA, 2003).

Segundo Pedrosa (2003), estudos de seguimento de mulheres portadoras de HPV com citologias iniciais inalteradas têm demonstrado que, em vários casos, a primeira anormalidade citológica apresentada é a lesão intra-epitelial de alto grau, indicando que casos de NIC III não evoluem a partir de NIC I. Apresentou ainda estudos revisados em 1993 por Ostor (quadro 4) que foram publicados de 1950 a 1990 concluindo que a probabilidade de um epitélio atípico evoluir para neoplasia invasora é diretamente proporcional à severidade da atipia, porém pode ocorrer reversão das lesões para estágios anteriores.

#### **Quadro 4 – Evolução das Neoplasias Intra-Epiteliais Cervicais**

<i><b>Grau da NIC</b></i>	<i><b>Regressão</b></i>	<i><b>Persistência</b></i>	<i><b>Progressão para Carcinoma in situ</b></i>	<i><b>Progressão para neoplasia invasora</b></i>
<b>NIC I</b>	57%	32%	11%	1%
<b>NIC II</b>	43%	35%	22%	5%
<b>NIC III</b>	32%	56%	---	12%

FONTE: Ostor, 1993.

NIC – neoplasia intra-epitelial cervical

Independente da idade ou fatores de risco associados, a realização periódica do exame de Papanicolau para diagnóstico precoce da doença é importante e torna-se fundamental na diminuição da morbimortalidade por câncer cervical (BRASIL, 2000).

### **2.2.1 Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM**

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher foi criado em 1984 pelo Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de:

[...] implementar ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.

A implantação e implementação do PAISM apresentaram especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90 sendo influenciado pelo processo de municipalização e reorganização da atenção básica através da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF). Estudos demonstram a existência de dificuldades políticas, técnicas e administrativas na implantação dessas ações municipalizadas. Para enfrentamento de tais problemas o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS) que “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios” (BRASIL, 2004).

Em relação à Saúde da Mulher a NOAS estabelece “que os municípios devem garantir as ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção de CA de colo uterino”. Um balanço das ações realizadas entre 1998 a 2002 indicou que nesse período trabalhou-se priorizando a saúde reprodutiva, em particular ações para redução da mortalidade materna fugindo de outras questões importantes relacionadas à saúde da mulher como: atenção ao climatério e menopausa, queixas ginecológicas, infertilidade, doenças crônico-degenerativas, saúde ocupacional e mental e doenças infecto-contagiosas (BRASIL, 2004).

## **2.3 EPIDEMIOLOGIA**

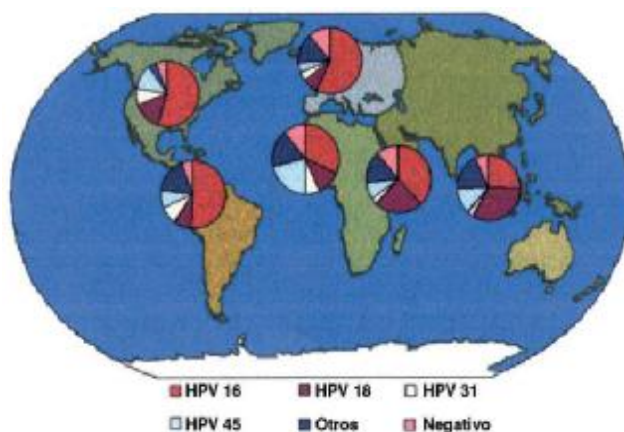
Estudos epidemiológicos fornecem dados da incidência de infecções por HPV, fatores de risco que predispõem as infecções e lesões do pré-câncer genital assim como os determinantes da progressão dessas lesões pré-cancerosas para uma doença invasiva. Outra questão importante é o modo de transmissão do vírus pelo contato sexual conferindo o risco para o desenvolvimento de lesões pré-cancerígenas genital em ambos parceiros sexuais.



De acordo com a Organização Mundial da Saúde a incidência global de DSTs curáveis é de aproximadamente 340 milhões/ano. Dois terços dos casos ocorrem em pessoas com menos de 25 anos de idade e os países em desenvolvimento concentram quase 80% dos casos (BRASIL, 1999; BUCHALLA apud LOPES et al, 2001). Encontram-se entre as cinco principais causas de procura por serviços de saúde além de aumentar a chance em pelo menos dez vezes de contaminação pelo HIV (CARRET et al, 2004).

Dentre estas doenças a infecção pelo Papilomavírus Humano está entre as mais comumente encontradas. Estimativas para o Brasil são de que surjam 12 milhões de novos casos por ano entre homens e mulheres. A contaminação pelo HPV é a DST mais prevalente em todo o mundo com uma prevalência de 26 a 40% (RAMA et al (2006). No Brasil existem de 3 a 6 milhões de pessoas infectadas por este vírus, aproximadamente de 3 a 5% da população sexualmente ativa são portadoras do HPV sendo que na última década sua detecção chegou a 500% devido aos avanços e descobertas dos aspectos citológicos e histológicos (BRASIL, 1999; QUEIROZ et al, 2005; BALAKRISHNAN et al, 2006;). Acredita-se que a grande fonte de contágio seja os indivíduos com infecção subclínica ou latente que não procuram assistência médica fazendo com que a incidência seja elevada a cada ano (BELDA JUNIOR, 2000).

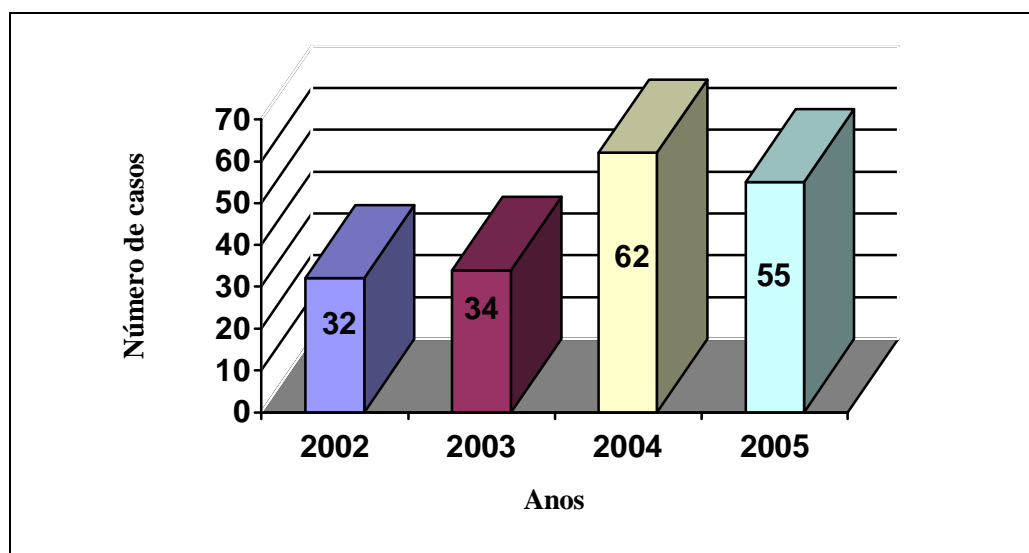
No Brasil os casos de verrugas genitais não são rotineiramente notificados, inúmeros levantamentos sugerem que a prevalência aumentou nos últimos anos. Estudos demonstram que mais de 40% dos adultos sexualmente ativos são infectados por um ou mais tipos de HPV, porém a maioria das infecções é transitória, pois o sistema imune consegue combatê-las. Apesar da infecção pelo HPV ser comum, estima-se que cerca de 25% das mulheres estejam infectadas pelo vírus e somente uma pequena fração dessas mulheres infectadas com um tipo de HPV oncogênico eventualmente desenvolverá câncer de colo de útero estimando-se que esse número seja menor que 3% (BRASIL, 2000). Segundo Rivera et al (2002) e Rughooputh et al, (2006) a maior prevalência de HPV de alto risco oncogênico se encontra na África e na América Latina (Figura 3).



Fonte: Rivera et al, 2002.

**Figura 3** – Distribuição mundial dos tipos de HPV oncogênicos.

Em Cacoal a situação não é diferente, envolve mulheres casadas, solteiras e aquelas que vivem maritalmente. A exposição destas mulheres frente à infecção pelo HPV tem despertado a preocupação por parte das autoridades sanitárias e profissionais de saúde quanto ao emprego de medidas que possam atender às mulheres infectadas. Os dados da vigilância epidemiológica do município de Cacoal demonstram que foram notificados 32 casos de verrugas anogenitais em 2002, 34 casos em 2003, 62 casos em 2004 e 55 casos em 2005 (figura 4). (CACOAL, 2005).



FONTE: CACOAL, 2005.

**Figura 4** - Casos positivos de HPV notificados em Cacoal nos últimos anos.

## 2.4 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO HPV

A contaminação por alguma DST indica um comportamento sexual desprotegido e uma maior propensão de contaminação também pelo HIV. Sendo assim é essencial a identificação das populações de risco para se trabalhar meios efetivos de prevenção primária do câncer cervical e da contaminação pelo HPV, já que não existe ainda tratamento que consiga a eliminação do vírus, apenas tratamentos paliativos que fazem a remoção da lesão em sua forma clínica. O diagnóstico precoce da infecção pelo HPV pode ser realizado por meio de informações através de atividades de educação em saúde e aconselhamento que façam chegar ao conhecimento da população os fatores de risco diretamente associados à contaminação desta e outras DSTs principalmente pelo comportamento sexual de risco. (BRASIL, 2006)

A inoculação do HPV ocorre durante a relação sexual com pessoas infectadas onde o vírus penetra no novo hospedeiro através de microtraumatismos nos locais mais suscetíveis durante a relação sexual. O diagnóstico é basicamente clínico, podendo ser confirmado por biópsia. As lesões cervicais subclínicas são geralmente detectadas por testes inespecíficos (citologia oncológica, colposcopia e biópsia), porém o diagnóstico definitivo é feito pela identificação da presença do DNA viral por meio de testes de hibridização molecular (hibridização in situ, PCR, Captura Híbrida II) (BELDA JUNIOR, 2000; BRASIL, 2006).

De acordo com Belda Junior (2000) e Brasil (2006), testes que não são específicos para o HPV podem revelar a presença de alterações celulares que podem ser indicativas de infecção por este vírus, por outro lado, a infecção pelo HPV pode não apresentar alterações citopatológicas, sendo importante à combinação dos testes específicos e inespecíficos:

- a) **Colposcopia:** empregada na detecção de lesões subclínicas utiliza-se substâncias que tornam estas lesões visíveis como o ácido acético a 5% que é aplicado nas regiões suspeitas levando ao aparecimento de lesões aceto-brancas e uma solução aquosa de azul de toluidina a 1% onde áreas suspeitas de lesão tornam-se coradas em azul.
- b) **Citopatologia:** identifica alterações celulares benignas como as de maior gravidade, no diagnóstico citológico de esfregaço cérvico-vaginal de mulheres infectadas com HPV, são observadas alterações como a presença de coilócitos, disceratose e anomalias nucleares.
- c) **Histopatologia:** permite o diagnóstico da infecção por HPV, mas não identifica o tipo viral envolvido, no caso do condiloma, o exame confirma o diagnóstico, determinando o grau de severidade das lesões. Segundo Brasil (2006) a biópsia é indicada quando existe dúvida diagnóstica ou suspeita de neoplasia, quando as lesões não respondem ao tratamento convencional, aumentam de tamanho durante ou após o tratamento e quando o paciente é imunodeficiente.

- d) **Imunocitoquímica:** baseado na procura de antígenos em esfregaços celulares empregando anticorpos dirigidos para proteínas comuns aos papilomavírus conjugados com peroxidase ou substância fluorescentes. A sensibilidade do teste é limitada, variando de acordo com o tipo de lesão.
- e) **Testes para detecção do Ácido nucléico viral – DNA:** além de detectar a infecção, determina o tipo do HPV envolvido dependendo do método empregado.

Vários autores afirmam que o tratamento tem por objetivo remover as lesões condilomatosas podendo ou não diminuir sua infectividade. É realizado no local podendo ser cáustico, quimioterápico ou por cauterização. Se deixados sem tratamento, os condilomas podem desaparecer, permanecer inalterados, ou aumentar em tamanho ou número (BRASIL, 2006).

Não há disponibilidade de agentes antimicrobianos eficazes e nenhuma evidência indica que o tratamento do condiloma prevenirá o desenvolvimento do câncer cervical. Aguarda-se a disponibilização de vacinas contra o HPV. Outra questão importante é que nenhum dos tratamentos disponíveis é igualmente eficaz para todas as pessoas, pois esta doença adquire características variadas de resistência em cada organismo, devendo cada caso ser avaliado separadamente (OMS, 2001).

Os 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, disponibilidades de recursos, conveniência, efeitos adversos e experiência do profissional de saúde. (OMS, 2001; BRASIL, 2006). Segundo Belda Junior (2000) a abordagem das verrugas anogenitais é complexa e multifacetada, devendo obedecer a alguns princípios gerais:

- o tratamento é difícil e deve ser focado nas particularidades de cada caso;
- nenhuma modalidade terapêutica é eficaz em todos os casos;
- deve-se pesquisar a concomitância com outras DSTs e o estado imunológico do doente;
- deve-se sempre que possível, procurar lesões clínicas e subclínicas nos parceiros sexuais;
- os métodos terapêuticos tratam a consequência da infecção (hiperplasia epitelial) e não a infecção em si, sendo essa limitação responsável pelas recidivas e pela resistência terapêutica de muitos casos;
- o uso de preservativo deve ser encorajado enquanto durar o tratamento.

Os tratamentos disponíveis são:

- a) **podofilotoxina 0,15% creme:** indicada para auto-aplicação, o efeito máximo é alcançado de 3 a 5 dias após a aplicação, é contra-indicado em crianças e mulheres grávidas e irritação no local da aplicação poderá ocorrer, porém são de leve intensidade na maioria dos casos, tendendo a minimizar.
- b) **Imidazolquinolina 5% creme:** medicamento tópico de auto-aplicação que estimula a produção local de interferon e outras **citoquinas**, sendo a principal delas o interferon alfa. Reações inflamatórias após o uso são comuns variando de leves a moderadas, não se recomenda o uso na gravidez. O tratamento é prolongado e de alto custo.
- c) **Interferon:** agem reprimindo a multiplicação virótica, inibindo a multiplicação celular e a proliferação epitelial. É mais indicado como adjuvante em lesões persistentes ou recidivantes, principalmente em imunodeprimidos, pode ser usado por via sistêmica (intramuscular, endovenosa ou subcutânea), intralesional ou tópica. Os efeitos colaterais mais comuns são sintomas gripais (astenia, febre, calafrios, cefaléia, mialgia e artralgia).
- d) **Podofilina 10-25% em solução alcoólica ou em tintura de Benjoim:** de aplicação tópica, contém substâncias com ação antimicótica, além da irritação local, sua absorção em grandes quantidades pode ser tóxica para os rins e sistema nervoso. Contra-indicado durante a gravidez.
- e) **Ácido tricloroacético (ATA) a 80-90% em solução alcoólica:** é um agente cáustico que promove a destruição dos condilomas pela coagulação química do seu conteúdo protéico e deve ser de aplicação tópica sobre as lesões, deixando-as esbranquiçadas. Pode ser usado durante a gestação se a área lesionada não for muito extensa.
- f) **Eletrocauterização ou eletrocoagulação ou eletrofulguração:** utiliza-se um eletrocautério para remoção das lesões isoladas. Exige equipamento específico e anestesia local. Não se aplica em lesões vaginais, cervicais e anais, pois o controle da profundidade do efeito é difícil podendo levar à necrose tecidual.
- g) **Criocauterização ou crioterapia ou criocoagulação:** promove a destruição térmica por dispositivos metálicos resfriados por CO<sub>2</sub>. Elimina as verrugas por induzir citólise térmica. É útil quando há poucas lesões.
- h) **Vaporização a laser:** método empregado com anestesia local em ambulatório apresenta bons resultados em lesões vulvares que muitas vezes não respondem aos agentes químicos, produz escassa perda sanguínea e bons resultados estéticos.
- i) **Exérese cirúrgica:** apropriado para o tratamento de poucas lesões quando deseja-se exame histopatológico. Os condilomas podem ser retirados com auxílio de uma tesoura delicada, bisturi ou cureta. Este método traz benefícios aos pacientes que apresentam grande número de lesões, extensa área acometida ou não respondem a outras formas de tratamento (OMS, 2001; BRASIL, 1999, 2006).

Após o desaparecimento dos condilomas os pacientes devem ser notificados da possibilidade do aparecimento de recidivas que normalmente ocorre nos três primeiros meses e as mulheres devem ser aconselhadas quanto ao rastreio de doenças pré-invasivas do colo uterino. Os parceiros sexuais também devem ser investigados para a identificação de condilomas não suspeitados, outras possíveis DSTs e lesões subclínicas como NIC (BRASIL, 2006). Em estudo realizado por Antunes et al (2004) verificou-se que 51,2% dos parceiros assintomáticos de mulheres contaminadas pelo HPV possuíam lesão sugestiva de infecção genital pelo papilomavírus.

### 2.4.1 Peniscopeia

Somente a avaliação clínica do parceiro não é suficiente, pois não detecta lesões subclínicas que só podem ser observadas com o uso de um instrumento óptico de magnificação. Relata que a primeira referência do uso do colposcópio para avaliação do pênis foi feita por Baggish em 1982 onde detectou verrugas penianas em 82% dos pacientes examinados, e em 1984 Levine et al avaliaram com vista armada (magnificação) o pênis de parceiros de mulheres com neoplasia intra-epitelial da cérvix ou condiloma, após aplicação de ácido acético a 5% e encontraram lesões em 53%. No Brasil Jacyntho e Nicolau foram os pioneiros a utilizar esse procedimento em 1989 e em 1990 que após várias denominações prevaleceu a de peniscopeia (BELDA JUNIOR, 2000).

De acordo com a rotina, o parceiro deve ser avaliado por meio de exame clínico e da peniscopeia. Na maioria das vezes é encaminhado ao serviço de referência devido à parceira ser portadora de DST transmitida, desconhecendo as razões da sua solicitação e como o exame vai ser realizado. Primeiramente é realizado o exame macroscópico de todo o pênis, bolsa testicular e uretra distal, depois é realizada a coleta de material para pesquisa do DNA do HPV e exame citológico com escova semelhante à da coleta endocervical, posteriormente o pênis e bolsa testicular são examinados com o colposcópio, sem o uso de soluções químicas e depois com a aplicação de ácido acético a 5%. Na presença de lesões a biópsia deve ser realizada após anestesia do local da lesão com lidocaína a 2% sem vasoconstritor (BELDA JUNIOR, 2000; ANTUNES et al, 2004; BRASIL, 2006).

As recidivas podem ocorrer e são freqüentes, mesmo com o tratamento adequado. A resposta imunológica individual é fundamental para a eliminação completa do vírus ou redução do número de recidivas. Algumas medidas são necessárias para se obter um melhor resultado: ênfase na adequada higiene, geral e genital; tratamento de patologias associadas, em especial infecções genitais; investigação e tratamento das parcerias sexuais e abstenção das relações sexuais durante o período de tratamento. O uso regular de preservativos é fortemente recomendado a todos os portadores de DST. É importante salientar ainda que o tratamento do condiloma não elimina o HPV, sendo assim, os pacientes e seus parceiros podem ser infectantes e estarem transmitindo o HPV mesmo na ausência de lesões visíveis, o uso do preservativo torna-se necessário na diminuição do risco de transmissão para parceiros não infectados. (BRASIL, 2006).

### 2.4.2 Tratamento do HPV na gestação

A infecção pelo HPV na gestação é muito freqüente e as lesões condilomatosas podem atingir grandes proporções devido ao aumento da vascularização e pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem neste período (KIVIAT, apud MURTA et al, 2001; BRASIL, 2006).

Medeiros et al (2005) em seu artigo cita que a transmissão perinatal do HPV pode ocorrer e que após parto vaginal, os recém nascidos têm maior risco para exposição ao vírus com um risco relativo de 1,8.

Segundo OMS (2001) e Brasil (2006), os tipos de HPV 6 e 11 podem causar papilomatose laringeal em recém-nascidos e crianças, mas é uma situação clínica rara, não se sabe se a via de transmissão é transplacentária, perinatal ou pós-natal, portanto não há indicação formal da realização de cesariana para prevenção de transmissão ao recém-nascido, a não ser quando existir obstrução do canal de parto ou quando o parto vaginal possa ocasionar sangramento excessivo. A escolha do tratamento deve se basear no tamanho e número de lesões:

- a) Nunca usar podofilina em qualquer fase da gestação.
- b) Lesões pequenas, isoladas ou externas: eletro ou criocauterização em qualquer fase.
- c) Lesões condilomatosas grandes (excluindo colo uterino e vagina): ressecção com eletrocautério ou cirurgia de alta freqüência ou exérese em qualquer fase da gravidez. Pode causar sangramento importante.
- d) Lesões pequenas, colo, vagina e vulva: eletro ou criocauterização a partir do 2º trimestre.
- e) Mulheres com condilomatose durante a gravidez devem realizar seguimento com citologia oncológica após o parto.
- f) Lesões subclínicas intra-epiteliais não devem ser tratadas na gravidez, em casos suspeitos de câncer invasor, realizar biópsia para diagnóstico confirmatório.

## 2.5 VACINA CONTRA O HPV

Conforme dito anteriormente, estimativas mundiais indicam que aproximadamente 26 a 40% de indivíduos normais estão infectados com HPV e que a cada ano surgem em torno de 500.000 casos novos de câncer de colo uterino, dos quais em torno de 70% ocorrem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento.

A infecção pelo Papilomavírus Humano é a maior causa de morte por câncer cervical de mulheres em todo o mundo e, neste sentido, esforços vêm sendo empreendidos para a produção de vacinas contra o agente etiológico. A identificação do agente viral como causa de doenças

principalmente o câncer cervical, implica na adoção de medidas preventivas que possam proteger as mulheres contra a infecção e o desenvolvimento de doenças (LINHARES & VILLA, 2006).

As vacinas profiláticas contra o HPV visam impedir a infecção, enquanto que as terapêuticas pretendem tratar o indivíduo já infectado. Ensaios clínicos de vacinas profiláticas contra o HPV-16 estão em andamento desde 1997. O teste da vacina contou com 25 mil voluntários na faixa etária de 16 a 23 anos, em 33 países. A vacina é recomendada para mulheres entre 9 e 26 anos, mas o ideal seria que as mulheres se vacinassem antes do início a vida sexual. Nos Estados Unidos foi testado com sucesso a aplicação de vacina e os resultados sugerem que estas vacinas podem prevenir quase 100% dos casos de infecções. Por meio de testes laboratoriais e pré-clínicos ficou demonstrado alto poder imunogênico contra determinados tipos de vírus (HPV 16 e HPV 18) aumentando assim a possibilidade de redução da incidência por meio da profilaxia vacinal. Até o momento, a vacina tem se mostrado segura, bem tolerada, altamente imunogênica e eficaz contra os tipos de HPV que causam as verrugas genitais e 70% dos casos de câncer de colo do útero (LINHARES & VILLA, 2006; LOWY & SCHILLER, 2006).

A ANVISA – Agencia Nacional em Vigilância Sanitária (2006) concedeu o aval para comercialização no Brasil a partir de outubro de 2006 da vacina que combate quatro tipos de HPV: tipos 16 e 18 que respondem pelo maior número de câncer de colo de útero e tipos 6 e 11 responsáveis por 90% das verrugas genitais. São indicadas três doses da vacina, a segunda dose é administrada dois meses após a primeira e a terceira dose seis meses após a dose inicial. Nos Estados Unidos a vacina foi aprovada em Junho de 2006 pela FDA (Food and Drug Administration), órgão que regulamenta a comercialização de medicamentos no país. O Ministério da Saúde estuda a possibilidade de incluir o imunizante no calendário de vacinação pública.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

Conhecer a frequência de ocorrência do Papilomavírus Humano HPV em mulheres que foram atendidas no SAE no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005, no município de Cacoal, Estado de Rondônia.

##### **3.1.1 Específicos**

- Avaliar o perfil epidemiológico de mulheres infectadas pelo HPV (idade, estado conjugal, ocupação, grau de escolaridade, raça ou cor) e o método contraceptivo utilizado;
- Verificar a possível existência de fatores contribuintes para o HPV (uso de contraceptivo oral, tabagismo, multiplicidade de parceiros sexuais, multiparidade, idade precoce na primeira relação sexual) e a existência de doenças sexualmente transmissíveis associadas na amostra estudada;
- Apresentar algumas noções do conhecimento das mulheres entrevistadas sobre o HPV.

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Realizou-se um estudo do tipo transversal descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa, tendo como base a epidemiologia. Pereira (1995) afirma que a investigação epidemiológica de cunho descritivo tem o objetivo de informar sobre a distribuição de um evento na população em termos quantitativos. Para Minayo (2003) a pesquisa quantitativa traduz em números as opiniões e informações para serem classificadas e analisadas, utilizando-se técnicas estatísticas.

Já a pesquisa qualitativa em saúde trabalha com os significados das ações, motivações, aspirações, crenças, valores, atitudes e relações humanas, apreendidas a partir do olhar do pesquisador que capta um fragmento ou parte de uma realidade, lida com uma realidade que não pode ser quantificada. Assim, tem-se que a ênfase é compreender e analisar a dinâmica das relações sociais em função das vivências e experiências do cotidiano. (MINAYO, 2003).

### **4.2 AMOSTRA**

A população alvo da investigação foi constituída de 92 mulheres que apresentaram diagnóstico médico confirmado de Papilomavírus Humano - HPV e foram assistidas no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005.

A técnica utilizada na seleção das mulheres foi a não probabilística por conveniência que segundo Pereira (1995) as amostras de conveniência são usadas intencionalmente, significando que os elementos que dela fazem parte foram selecionados por um julgamento de valor e não por questões de aleatoriedade estatística.

No banco de dados do SAE foram identificados noventa e dois (92) prontuários de mulheres com diagnóstico confirmado de HPV de acordo com a abordagem sindrômica do Ministério da Saúde e que foram atendidas entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005. No estudo em questão ocorreu uma perda amostral considerável sendo possível apenas a localização de 31 (trinta e uma) mulheres que constituíram a amostra final do estudo. A exclusão de 61 mulheres ocorreu em função da não localização das mesmas nos endereços que constavam nos

prontuários, tal fato pode ser explicado devido a alta rotatividade de mudanças de domicílios alugados em Cacoal.

### **4.3 COLETA DE DADOS**

Os dados foram coletados no período de maio a setembro de 2006 com a utilização de um instrumento – questionário (anexo III) elaborado para esta finalidade, constando 23 questões do tipo fechadas e 02 questões abertas. O questionário aborda informações como: idade, raça ou cor, grau de escolaridade, estado conjugal, ocupação, renda mensal, uso de tabagismo e contraceptivo oral, tempo de uso, número de filhos, idade do início da atividade sexual, número de parceiros sexuais, uso de preservativo nas relações sexuais, presença de DSTs anteriores ao HPV, frequência de realização do exame de preventivo do câncer cérvico-uterino, como descobriu que era portadora do HPV e quais os conhecimentos adquiridos a respeito do assunto.

Em um primeiro momento examinaram-se os prontuários das pacientes de onde foram coletados os dados referentes à identificação, localização e confirmação diagnóstica do HPV por meio da anamnese e da 2ª via da ficha de notificação compulsória preenchida que fica anexada ao prontuário.

Segundo Minayo (2003) a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo, através dela, o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Nesse sentido, a entrevista, foi por nós entendida como uma conversa a dois com propósitos bem definidos. Num primeiro nível, essa técnica se caracteriza por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala. Já, em um outro nível, serve como um meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico.

Sendo assim, em um segundo momento, visando complementar as informações obtidas nos prontuários, foram realizadas visitas domiciliares pela pesquisadora e uma Agente Comunitário de Saúde, previamente capacitada. A pesquisadora após autorização realizou as entrevistas no próprio domicílio das mulheres que assim preferiram e nos casos onde evidenciou-se certo constrangimento em falar sobre o assunto no domicílio, foi agendada uma

consulta de enfermagem posterior garantindo a privacidade e assegurando o sigilo em relação às informações fornecidas. A Agente de Saúde realizou o convite para a participação na pesquisa agendando a data da entrevista no domicílio ou encaminhando a mulher à Unidade de Saúde para consulta de enfermagem com a pesquisadora, não havendo recusa de participação. As mulheres que foram encaminhadas à consulta de enfermagem foram atendidas na data e horário previamente agendados e posteriormente à consulta procedeu-se à realização da entrevista.

#### **4.4 VARIÁVEIS ANALISADAS**

##### **4.4.1 Definição de caso de HPV**

O critério diagnóstico do HPV foi laboratorial conforme resultados de exames colpocitológicos onde identificam a coilocitose e/ou clínico conforme abordagem sindrômica definida no Manual de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde (neste caso, a identificação do condiloma) que segundo Carret et al (2004) vem sendo utilizado na clínica com sucesso uma vez que define o tratamento pelo conjunto de sinais e sintomas e não somente a partir de exames complementares, possibilitando uma maior cobertura e interrompendo a cadeia de transmissão.

###### **4.4.1.1 Critérios de inclusão**

Os requisitos para a inclusão das mulheres foram: enquadrar-se na definição de caso conforme definição do Ministério da Saúde que diz que o diagnóstico do condiloma é basicamente clínico, podendo ser confirmado por biópsia, embora isto raramente seja necessário, residir no município de Cacoal, ter sido assistida no SAE de Cacoal no período em estudo e ter idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídas as mulheres que apresentaram diagnóstico médico inconclusivo.

##### **4.4.2 Idade em anos**

Obtida no prontuário através da data de nascimento, foram excluídos os menores de 18 anos por se tratar de uma investigação íntima sendo necessário a abordagem domiciliar e a autorização prévia dos pais ou responsáveis, expondo com isso a sexualidade das mulheres com menos de 18 anos podendo gerar conflitos familiares.

#### **4.4.3 Estado conjugal**

Utilizou-se a classificação do Código Civil Brasileiro (Brasil, 2002), que define que “o casamento estabelece comunhão plena de vida com base na igualdade de direitos e deveres dos cônjuges” (Art. 1.511), “união estável como sendo a entidade familiar entre um homem e uma mulher com união duradoura, pública, contínua e com o objetivo de constituir família” (Art. 1.723) e “separação como a dissolução legal da sociedade conjugal desobrigando as partes de certos compromissos” (Art.1.571). Então foram consideradas casadas as mulheres que convivem com companheiro e possuem certidão de casamento civil, união estável as mulheres que convivem com companheiro sob o mesmo teto, mas não possuem certidão de casamento civil, separadas as mulheres que relataram a dissolução do casamento seja ele civil ou não e solteiras as mulheres que nunca conviveram com companheiro em união duradoura sob o mesmo teto.

#### **4.4.4 Nível sócio-econômico**

O Critério para identificação da classe social das mulheres pesquisadas foi a Classificação Econômica Brasil (CCEB, 2006), baseada na acumulação de bens, a qual avalia o poder de compra da família, e com a somatória dos pontos obtidos a partir de bens relatados pelo entrevistado (quantidade de eletrodomésticos, aparelhos eletrônicos, carro, etc). As classificações são as seguintes: Classe A1 – renda média de R\$ 7.793,00; Classe A2 – renda média de R\$ 4.648,00; Classe B1 – renda média de R\$ 2.804,00; Classe B2 – renda média é de R\$ 1.669,00; Classe C – renda média de R\$ 927,00; Classe D – renda média de R\$ 424,00 e Classe E – renda média de R\$ 207,00).

#### **4.4.5 Raça ou cor**

Para a classificação da raça ou cor seguiu-se a definição utilizada segundo o IBGE, 2000 que informa que “o conceito de raça ou cor é a característica declarada pelas pessoas de acordo com as seguintes opções: branca, preta, amarela, parda ou indígena”.

#### **4.4.6 Escolaridade**

O IBGE (2000) caracteriza a escolaridade como anos de estudo, que é o período estabelecido em função da série e do grau mais elevado alcançado pela pessoa, considerando a última série concluída com aprovação. Para a coleta de dados dividiu-se a variável escolaridade em: não alfabetizada, ensino fundamental completo, ensino fundamental incompleto, ensino médio completo, ensino médio incompleto, nível superior completo e nível superior incompleto.

#### **4.4.7 Ocupação**

Atividade profissional informada pela mulher no momento da entrevista.

#### **4.4.8 Tabagismo e contraceptivo oral**

Foram consideradas tabagistas as mulheres que referiram fumar ainda que esporadicamente (uso em mais de uma vez nos últimos 30 dias) (OMS, 2005), ex-fumante aquelas que deixaram o hábito de fumar há mais de 30 dias e não fumantes aquelas que nunca fumaram ou apenas experimentaram uma vez o cigarro. A variável contraceptivo oral foi definida como método utilizado para prevenir gestação atualmente ou já utilizado anteriormente. O tempo de uso de contraceptivo e tabagismo foi classificado em anos.

#### **4.4.9 Número de parceiros sexuais e idade do início da atividade sexual**

Definido como idade do início da atividade sexual bem como o número de parceiros sexuais informados pela mulher desde o início da atividade sexual até o momento da entrevista.

#### **4.4.10 Presença de DSTs anteriores**

Informação fornecida pelas mulheres no momento da entrevista de acordo com sintomatologia apresentada e confirmada por tratamento realizado em instituições de saúde com profissional de saúde médico ou enfermeiro.

#### **4.4.11 Número de filhos**

Informação fornecida pelas mulheres no momento da entrevista relacionada ao número de partos e número de filhos.

#### **4.4.12 Uso de preservativo nas relações sexuais,**

Informação relacionada ao hábito de utilizar ou não o preservativo e se afirmativo a frequência de quantidade de vezes e a situação utilizada.

#### **4.4.13 Frequência da realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino**

Informação fornecida pelas mulheres entrevistadas a respeito da frequência de tempo com que realizam o exame.

### **4.5 ANÁLISE DOS DADOS**

Na análise dos dados quantitativos foi utilizado o software EPI-INFO 6.4. As informações foram armazenadas anonimamente em um banco de dados criados para este fim no software Excel for Windows.

Em relação aos dados qualitativos, de acordo com Minayo (2003) a metodologia proposta torna-se adequada aos objetivos da investigação à medida que os conhecimentos apresentados pelas mulheres sobre o HPV e o fato de serem portadoras de uma DST constituem processos sociais intermediados pela objetividade e subjetividade, capazes de incorporar às questões de significado e intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Sendo assim foram apresentadas algumas falas das mulheres para a apresentação das noções de conhecimentos que as mesmas adquiriram através do tratamento e educação em saúde a elas apresentadas.

### **4.6 QUESTÕES ÉTICAS**

O projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas - FACIMED do município de Cacoal, Estado de Rondônia (Parecer 041/06 – 19/04/06)

(anexo IV). O estudo foi realizado após autorização da Direção do SAE para levantamento dos prontuários e identificação dos domicílios (anexo I). Foram entrevistadas 31 mulheres após terem sido devidamente orientadas quanto aos objetivos do estudo e concordando em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) (anexo II). As clientes selecionadas responderam à entrevista realizada pela pesquisadora e posteriormente foram orientadas sobre dúvidas em relação ao HPV e DST de uma forma geral.

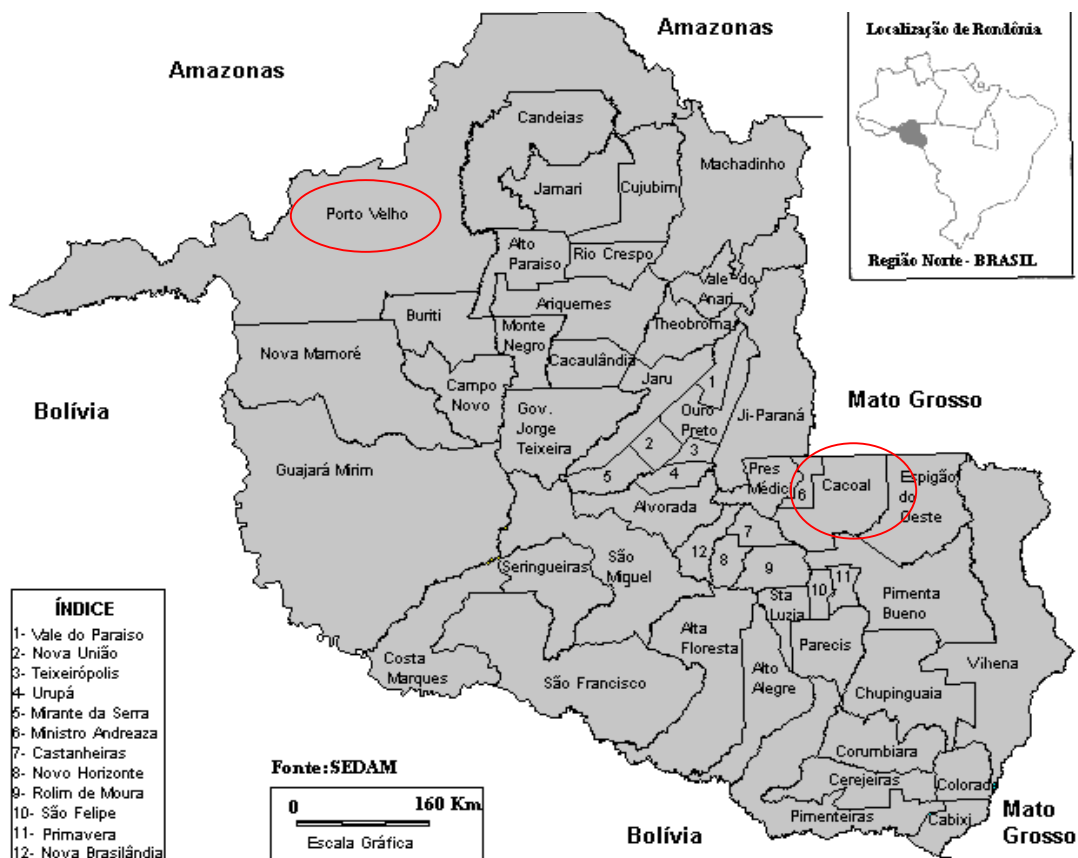
#### **4.7 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO**

O município de Cacoal (Figura 4) surgiu às margens da BR 364, que liga Cuiabá a Porto Velho (capital). Apresenta-se 477 km distante da capital, sua história está vinculada ao processo de expansão da fronteira agrícola nacional, culminando com a convergência de fluxos migratórios para o Estado de Rondônia. Possui uma área de 3.793 km<sup>2</sup>, tem como limites ao Norte – Estado de Mato Grosso, ao Sul – Pimenta Bueno e Rolim de Moura, ao Leste – Espigão do Oeste e a Oeste – Castanheiras e Presidente Médice, apresenta uma população estimada para 2006 de 76.422 habitantes sendo 49,42% do sexo feminino e 50,58% do sexo masculino. (IBGE, 2006).

Vem apresentando nos últimos anos uma franca expansão em sua economia, tendo como base a pecuária, agricultura e pequenas e média indústrias. O rebanho bovino conta com 437.894 cabeças, destes 82.490 são leiteiros, produzindo anualmente a média de 30.000.000 litros de leite vendidos diretamente aos laticínios e a pequenos produtores no mercado local. A agricultura tem como principal produto agrícola o café, com uma área plantada de aproximadamente 22.000 hectares e uma produção anual de aproximadamente 30.000 toneladas sendo a maior parte destinada à exportação (CACOAL, 2005).

O setor público de saúde abrange 13 estabelecimentos, sendo: 01 Unidade Mista de Saúde, 01 Hospital Materno-Infantil, 06 Unidades Básicas de Saúde, 01 Centro de Saúde da Mulher, 01 Ambulatório Especializado (onde funciona o SAE), 01 Centro Odontológico, 01 Unidade móvel para atendimento Odontológico, 01 Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), 01 Centro de Zoonoses.





Fonte: IBGE

**FIGURA 5 – Mapa do Estado de Rondônia.**

O progresso verificado tem despertado o interesse de pessoas de outras regiões do país, o que tem favorecido a migração para o Estado de Rondônia. Em função de sua localização privilegiada a margem da rodovia 364, torna-se referência nas áreas de educação e saúde à população circunvizinha, isto faz com que atividades de atenção básica à saúde tornem-se necessárias e imprescindíveis nos serviços oferecidos.

A emancipação do Município ocorreu em 26 de setembro de 1977. A lei nº 6.448/77 criou o Município de Cacoal em 11 de Outubro de 1977. O Diário Oficial da União do dia 17/04/98 publicou a Portaria nº 2.509, habilitando o Município de Cacoal, na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, estabelecendo o teto financeiro fixo em R\$ 339.000.,00 mais variável aprovado pela Comissão Intergestora Tripartite na reunião de 12/02/98. O Município passou então a assumir toda a responsabilidade das ações de saúde, conforme determinação da Norma Operacional Básica - NOB (CACOAL, 2005).

#### **4.8 CARACTERIZAÇÃO DO SAE – SERVIÇO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO**

No Brasil a política assistencial dirigida aos portadores de DST/AIDS foi estruturada pelo Ministério da Saúde (MS) no início dos anos 90, visando à melhoria da qualidade de vida dos portadores. A partir de 1994 foram implantados pelo MS os Serviços Ambulatoriais Especializados - SAE de forma descentralizada, utilizando-se de recursos que eram repassados por meio do Plano Operati Anual - POA, às coordenações locais de DST/AIDS (BRASIL, 1999a).

O objetivo dos SAE é prestar atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de uma equipe multidisciplinar. Os SAE funcionam em ambulatórios de unidades básicas de saúde, hospitais ou em serviços que prestam atendimento exclusivo a pacientes portadores de DST/AIDS. Além disso, o SAE deve “contribuir para com o estabelecimento de uma rede de referência e contra-referência de serviços no Sistema Único de Saúde para o atendimento dos pacientes.” Além da assistência médica, o SAE é responsável pela notificação de todos os casos positivos de DST a fim de contribuir para a vigilância epidemiológica das doenças infecciosas, bem como orientar nas questões referentes aos direitos sociais, distribuição de fórmula infantil para as crianças expostas ao vírus HIV, distribuição de preservativos e medicamentos para o combate e profilaxia das doenças e acesso à realização de exames (BRASIL, 1999b).

O primeiro SAE de Rondônia foi implantado na capital, em Porto Velho em 1997, seguiram-se a estes o SAE municipal de Porto Velho e nas cidades de Ji-Paraná, Cacoal, Pimenta Bueno, Rolim de Moura e Vilhena. Os SAEs de Rondônia direcionam-se segundo Plano de Regionalização (PDR) e estão estrategicamente localizados para atenderem a todos os municípios do Estado .

De acordo com o pressuposto acima, Cacoal dispõe de um serviço de referência que cumpre o que preconiza o Ministério da Saúde na atenção às pessoas portadoras de DST, é a clínica DST/AIDS do Serviço de Atendimento Especializado (SAE). Este serviço oferece o tratamento e acompanhamento às mulheres portadoras do HPV em sua fase clínica até o desaparecimento dos sinais e sintomas, bem como o aconselhamento para a realização de exames para outras DST como AIDS, hepatite B e sífilis.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

Os resultados a seguir apresentados e discutidos são referentes aos dados de 31 mulheres portadoras de HPV que foram atendidas no SAE no município de Cacoal no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005. No banco de dados havia o registro de 92 mulheres com diagnóstico confirmado de HPV sendo que não foi possível a localização de 61 devido a alta rotatividade de mudança de domicílios alugados, portanto a amostra trabalhada nessa pesquisa constituiu-se de 31 pacientes o que resultou em uma perda amostral significativa. A análise dos dados revelou distintos perfis sócio-econômicos e epidemiológicos. Na Tabela 1 são mostrados os resultados de acordo com as variáveis sócio-demográficas.

**TABELA 1** – Distribuição das variáveis sócio-demográficas das mulheres infectadas pelo papiloma vírus humano (HPV), no município de Cacoal – RO, no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
18-25	13	42,0
26-32	9	29,0
33-42	8	25,8
42 >	1	3,2
Média	28,5	-
Desvio Padrão	9,49	-
<b>Estado civil</b>		
Solteira	10	32,3
Casada	7	22,5
União estável	9	29,0
Separada	5	16,2
<b>Etnia</b>		
Branca	18	58,1
Parda	9	29,0
Negra	3	9,7
Amarela	1	3,2
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeta	1	3,2
Ensino fundamental	5	16,2
Ensino médio	17	54,8
Ensino superior	8	25,8
<b>Condição social</b>		
B1	4	13,0
B2	6	19,3
C	11	35,5
D	10	32,2

A idade da população estudada (Tabela 1) variou entre 18 e 65 anos com média de 28,5 anos (DP=9,49). Do total de mulheres 13 (42,0%) situa-se na faixa etária de 18 a 25 anos, seguidas de 9 (29,0%) entre 26 e 32 anos, 8 (25,8%) entre 33 e 42 anos e 1 (3,2%) com 65 anos. A literatura indica que a infecção pelo HPV é mais comum em mulheres jovens, sexualmente ativas com idade entre 15 e 25 anos, nessa faixa etária o epitélio cervical, principalmente na junção escamo-colunar, encontra-se com alta atividade mitótica e metaplásica favorecendo o aparecimento das neoplasias intra-epiteliais associadas ao HPV, pois apresenta-se imaturo e suscetível a agressões oncogênicas. (BRASIL, 1999; BACHMANN et al, 2000; NONNENMACHER et al, 2002; PEDROSA, 2003; CAMPOS et al, 2005; MOSCICKI, 2005).

Em relação à situação conjugal (Tabela 1), 10 (32,3%) das mulheres infectadas eram solteiras, 9 (29,0%) em união estável com companheiro, 7 (22,5%) casadas e 5 (16,2%) separadas. Chama a atenção, a maior proporção de infectadas 16 (51,5%) conviverem com companheiro em situação de casamento ou união estável, achado semelhante em estudo desenvolvido por Nonnenmacher et al (2002) e Silva et al (2006) onde constatou-se que conviver com companheiro pode não ser fator de proteção para se evitar a contaminação pelo HPV pois a atenção de mulheres casadas ou com união estável, poderia estar voltada para o uso de anticoncepcional oral com a finalidade de controle de natalidade, sendo que a condição estável poderia contribuir para a não ou preocupação parcial quanto ao risco de infecções. Ademais, deve ser considerada a possibilidade do parceiro ser promíscuo e assim, contribuir para esta associação positiva gerando repercussões negativas na vida do casal.; no caso das mulheres solteiras, o número de infecções pode ser explicado devido à exposição a um maior número de parceiros sexuais.

No estudo em Cacoal houve predomínio da cor de pele branca 18 (58,1%), seguida de 9 (29,0%) da cor parda, 3 (9,7%) da cor negra e 1 (3,2%) de amarela (Tabela 1). Os indicadores de cor desta amostra são proporcionais aos encontrados na população brasileira conforme censo demográfico (IBGE, 2000). Carret et al (2004) verificou uma associação significativa da cor branca à maior prevalência de sintomas de DST.

Estudos demonstram que o baixo grau de escolaridade se apresenta como fator de risco para a contaminação pelo HPV (CARRET et al, 2004), porém, em relação ao grau de escolaridade (tabela 1) a maior proporção das mulheres possuía ensino médio 17 (54,8%) seguido de 8 (25,8%) com ensino de grau superior, 5 (16,2%) com ensino fundamental e 1

(3,2%) analfabeta. Verificou-se que o maior número de mulheres contaminadas pelo HPV apresenta o grau médio de escolaridade, seguidas do superior, o que está de acordo com estudos Nonnenmacher et al (2002) que encontrou uma associação positiva com a doença em mulheres mais jovens com maior escolaridade quando comparadas às mulheres com nível de escolaridade inferior.

A condição social predominante (Tabela 1) foi a classe C (renda média de R\$ 927,00) com 11 (35,5%) mulheres, seguida de 10 (32,2%) da classe D (renda média de 424,00), 6 (19,3%) da classe B2 (renda média de 1.669,00) e 4 (13,0%) da classe B1 (renda média de 2.804,00). Estudos demonstram que o baixo status econômico está diretamente associado à contaminação por DST. A renda familiar da maioria das mulheres entrevistadas não excede a 3 salários mínimos, situação similar com outros estudos sobre DST e câncer cérvico-uterino (TAQUETTE et al, 2004; OLIVEIRA et al, 2005). Observa-se, no entanto, mulheres com renda satisfatória em relação a grande maioria da população brasileira (classes B1 e B2).

**TABELA 2** – Distribuição dos fatores de risco encontrados durante entrevista com as mulheres infectadas pelo papilomavírus humano (HPV), no município de Cacoal - RO, no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Uso de contraceptivo</b>		
Sim	17	54,8
Não	14	45,2
<b>Tempo de Uso (em meses)</b>		
Média	74,3	
Desvio Padrão	49,7	
<b>Início da atividade sexual (anos)</b>		
12 – 14 anos	4	12,9
15 – 17 anos	15	48,4
18 – 20 anos	9	29,0
21 – 26 anos	3	9,7
Média	17,0	-
Desvio Padrão	2,7	-
<b>Nº de parceiros sexuais</b>		
1 – 3	18	58,0
4 – 6	11	35,4
10 ou mais	2	6,45
Média	3,6	-
Desvio Padrão	2,3	-
<b>Tabagismo</b>		
Sim	7	22,6
Não	21	67,7
Ex-tabagista	3	9,7

**TABELA 2** – Distribuição dos fatores de risco encontrados durante entrevista com as mulheres infectadas pelo papilomavírus humano (HPV), no município de Cacoal - RO, em 2006.

“continuação...”

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tempo de tabagismo</b>		
Até 5 anos	4	40,0
Mais de 5 até 10 anos	2	20,0
Mais de 10 anos	4	40,0
<b>Nº de cigarros/dia</b>		
Até 20 cigarros ao dia	8	80,0
Mais de 20 até 40 cigarros ao dia	1	10,0
Mais de 40 cigarros ao dia	1	10,0
<b>Uso de preservativos</b>		
Sim	9	29,0
As vezes	16	51,6
Não	6	19,4
<b>Filhos</b>		
Sim	24	77,4
Não	7	22,6
Média do nº de filhos	2,2	-
Desvio Padrão	4,7	-

Das mulheres entrevistadas 17 (54,8%) fazem uso de contraceptivo oral com tempo médio de 74,3 meses (6,19 anos) (DP=49,7) (Tabela 2), resultado semelhante ao encontrado por Pedrosa (2003) de 6,53 anos. Risco aumentado de câncer cervical tem sido sugerido em usuárias de longo tempo de anticoncepcional hormonal oral (cinco anos ou mais) para o desenvolvimento de adenocarcinoma (BELDA JUNIOR, 2000).

Aleixo Neto (1991) cita um estudo realizado pela OMS para explicar o risco aumentado em 1,84 do uso de anticoncepcional por tempo prolongado (10 anos ou mais) para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino onde o efeito progestacional da pílula poderia suprimir o processo de maturação normal do epitélio cervical, o qual poderia tornar-se mais suscetível a agentes sexualmente transmissíveis relacionados ao câncer. Entretanto, Moscicki et al (1998) não encontrou associação significativa para o desenvolvimento de câncer em usuárias de contraceptivo oral. Para Murta et al (2001), o uso de contraceptivo é um fator de risco isolado para aumentar a incidência de infecção por HPV devido alterações hormonais que levariam à imunomodulação com maior suscetibilidade à infecção pelo HPV.

O início da atividade sexual predominou na faixa etária entre 15 a 17 anos com 15 (48,4%) mulheres (Tabela 2), seguido de 9 (29,0%) de 18 a 20 anos, 4 (12,9%) de 12 a 14 anos e 3 (9,7%) de 21 a 26 anos. A média de idade do início da atividade sexual foi 17 anos

(DP=2,7), resultado semelhante ao encontrado em estudo de identificação de fatores e risco para o câncer cérvico-uterino, (16,5) anos (DP=2,9), onde a chance de desenvolver neoplasia intra-epitelial foi três vezes mais elevada em mulheres com idade entre 10 e 19 anos no primeiro coito, quando comparado com grupo que teve o primeiro coito entre 20 e 30 anos (SILVA et al, 2006).

Sanches (1999), Pedrosa (2003), Campos et al (2005) e Martins (2006) identificam em seus estudos uma média de idade de 17,2, 17, 17,5 e 18 anos respectivamente para início da atividade sexual e citam vários autores nacionais e internacionais que mostram que é a faixa etária entre 15 e 18 anos a mais freqüente para o início da vida sexual, e o período que ocorre a detecção máxima de alterações celulares provocadas pelo HPV em esfregaços ginecológicos de diversas populações é entre os 20 e 24 anos declinando com a idade.

A média de parceiros sexuais das mulheres entrevistadas foi de 3,6 (DP=2,3) (Tabela 2) onde 18 (58,0%) mulheres relataram ter tido até 3 parceiros, 11 (35,4%) tiveram entre 4 a 6 parceiros e 2 (6,45%) relataram mais de 10 parceiros sexuais no decorrer de suas vidas. Resultado semelhante ao encontrado no estudo de Campos et al (2005). O número de parceiros durante a vida sexual se relaciona à probabilidade de desenvolvimento de alteração intra-epitelial, pois quanto maior o número de parceiros sexuais, maior a chance de apresentar sintomas de DSTs e maior a possibilidade de exposição ao HPV de alto risco oncogênico. (BELDA JUNIOR, 2000; NONNENMACHER et al, 2002; PEDROSA, 2003; CARRET et al, 2004).

O tabagismo foi um fator de risco encontrado em 10 (32,3%) mulheres entrevistadas (Tabela 2), sendo 3 (9,7%) ex-tabagistas. Em outros estudos foram identificadas prevalências similares (PEDROSA, 2003; BORGES et al, 2004). Esta proporção é considerada elevada, pois a prevalência de tabagismo para mulheres no Brasil verificada em um estudo realizado pelo INCA em 2000 no município do Rio de Janeiro foi de 23,4% para o sexo masculino e 20,0% para o feminino. Posteriormente no “Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis,” realizado em 2002 e 2003 em 16 capitais brasileiras, verificou-se prevalência do tabagismo em mulheres variando entre 10,0% a 22,9% entre as capitais, estando o maior índice na cidade de Porto Alegre e o menor em Aracajú (INCA, 2004). De acordo com Pedrosa (2003) a estimativa da prevalência de tabagismo para mulheres no Brasil realizada pela OMS é de 24,4%.

Em estudo comparativo desenvolvido por Silva et al (2006) a prevalência de tabagismo em mulheres que apresentaram NIC foi de 44% no grupo de casos e de 13,5% no grupo controle, sendo verificado que a chance de desenvolver NIC foi de cinco vezes maior no grupo de fumantes quando comparado ao grupo de não fumantes. Esta informação pode indicar que as mulheres em estudo podem ter uma maior probabilidade de apresentarem neoplasia intra-epitelial. O tempo de tabagismo apresentou-se distribuído da seguinte maneira: 4 (40,0%) até 5 anos de tabagismo, 2 (20,0%) mais de 5 até 10 anos de tabagismo e 4 (40,0%) com mais de 10 anos de tabagismo sendo que o consumo de cigarros de 8 (80,0%) dessas mulheres é de até 20 cigarros ao dia.

A associação do fumo com o HPV e com a neoplasia cervical ocorre devido à imunossupressão local causada pelo fumo, que permite com maior facilidade a penetração do vírus nas células. Mulheres fumantes de diferentes faixas etárias apresentam maior incidência de infecção pelo HPV que as não fumantes (MURTA et al, 2001; PEDROSA, 2003; SILVA et al, 2006).

Em relação a uso de preservativos 16 (51,6%) mulheres relataram que o utilizam às vezes, 9 (29,0%) usam rotineiramente e 6 (19,4%) não utilizam nunca (Tabela 2). Em estudo realizado por Teixeira et al (2006) a prevalência do uso de preservativo por mulheres de 16 a 24 anos na primeira relação sexual foi de 60% caindo para 38,8% na última relação. Nos homens da mesma idade o percentual foi de 63,8% e 56% respectivamente. Pirotta (2002) identificou uma prevalência do uso de preservativo nas relações sexuais de 55,3% entre homens e 22,9% entre mulheres.

O percentual de uso aumentado entre os homens pode ser explicado pela maior variedade de parceiras implicando em um maior uso de preservativos enquanto que nas mulheres a mudança do relacionamento de eventual para estável implica na diminuição do uso de preservativo e no aumento do uso de outros métodos de contracepção, como a pílula anticoncepcional. De uma forma geral a prevalência do uso de preservativo na população jovem é de 25 a 50% (SANCHES, 1999; PIROTTA, 2002) estando os achados do presente estudo de acordo com os encontrados na literatura.

Taquette et al (2004) afirmam que na França os programas de saúde realizados para reduzir o risco de infecção pelo HIV provocaram uma profunda mudança na sexualidade da



juventude aumentando a utilização do preservativo especialmente no início da vida sexual passando de 7% na primeira relação sexual em 1985 para 75% em 1993.

Quanto ao número de filhos, 24 (77,4%) das entrevistadas têm filhos, a média foi de 2,2 gestações por mulher (DP=4,7) (tabela 2). Pedrosa (2003) relata que as alterações hormonais e imunológicas na gestação tornam o organismo materno menos resistente a infecções e que existe uma associação do número de partos com neoplasia cervical, principalmente na ocorrência de 3 ou mais partos transpélvicos, no qual ocorre traumatismo cervical, que pode estar relacionado à facilitação do processo de carcinogênese e cita um estudo realizado na América Latina em 1989 por Brinton e colaboradores que demonstrou um risco relativo de 5,0 para mulheres com 14 ou mais gestações e outro realizado em 2001 por Lorenzato e colaboradores que identificou um risco estimado para o câncer de colo uterino de 5,3 nas mulheres que relataram 5 ou mais gestações e que a idade do primeiro parto também esteve associado de forma significativa com a probabilidade de apresentar neoplasia invasora para idade inferior a 21 anos.

**TABELA 3** – Distribuição da freqüência de ocupação das mulheres infectadas pelo papilomavírus humano (HPV) no município de Cacoal – RO, no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005.

Ocupação	N	%
Do lar	5	16,2
Doméstica	4	13,0
Atendente	3	9,6
Secretária	3	9,6
Agente Comunitário de Saúde	2	6,5
Enfermeira	2	6,5
Técnico em enfermagem	2	6,5
Agricultora	1	3,2
Estudante	1	3,2
Técnico em contabilidade	1	3,2
Telefonista	1	3,2
Comerciante	1	3,2
Policia militar	1	3,2
Chefe de oficina	1	3,2
Advogada 1	1	3,2
Nutricionista	1	3,2
Professora	1	3,2
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

As ocupações estão distribuídas entre as mais variadas profissões (Tabela 3), chama a atenção o número de profissionais da área da saúde 7 (22,6%), como enfermeiros, nutricionista,

técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, assim como o número de pessoas com nível superior de escolaridade, 8 (25,9%) (Tabela 7) contaminados pelo HPV, sugerindo que em Cacoal pessoas da área da saúde e com curso de graduação que apresentam um maior acesso às informações e esclarecimentos sobre DSTs, podem não estar optando por sexo seguro e não estão fazendo uso de medidas necessárias de prevenção e proteção.

**TABELA 4** - Distribuição do uso de preservativos de acordo com a condição social das mulheres infectadas pelo papilomavírus humano (HPV), no município de Cacoal – RO, no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005.

Uso de Preservativo	Não		Às vezes		Sim		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
B1	2	33,3	1	6,3	1	11,1	4	12,9
B2	1	16,7	4	25,0	1	11,1	6	19,4
C	2	33,3	4	25,0	5	55,5	11	35,5
D	1	16,7	7	43,7	2	22,2	10	32,2
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>19,3</b>	<b>16</b>	<b>51,6</b>	<b>9</b>	<b>29,1</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Na tabela acima é possível observar que entre as mulheres que utilizam preservativos freqüentemente 5 (55,5%) pertencem à classe social C e as que utilizam preservativo às vezes 7 (43,7%) pertencem à classe D. Estudos citados anteriormente apontam o baixo nível sócio - econômico como fator de risco para a contaminação pelo HPV, porém, neste estudo observou-se que as mulheres de classe social mais baixa estão se protegendo melhor. Esta situação sugere uma mudança de comportamento após a contaminação pelo HPV talvez influenciada pela assistência fornecida pelo Serviço de referência do município (SAE) em relação à necessidade de se praticar sexo seguro, pois muitas mulheres passaram a utilizar o preservativo após tomarem conhecimento de que a patologia apresentada por elas era de transmissão sexual.

**TABELA 5** – Distribuição do uso de preservativos de acordo com a presença de DSTs anteriores nas mulheres infectadas pelo papilomavírus humano (HPV), no município de Cacoal – RO, no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005.

Uso de preservativos	Não		Às vezes		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
DST anterior								
Não	4	66,7	11	68,7	8	88,9	23	74,2
Sim	2	33,3	5	31,3	1	11,1	8	25,8
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>19,3</b>	<b>16</b>	<b>51,6</b>	<b>9</b>	<b>29,1</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

O número de mulheres que relataram ter apresentado DST anterior foi 8 (25,8%) (Tabela 5) dessas mulheres 6 (75,0%) utilizam preservativos mesmo que esporadicamente, o fato de se

protegerem não impediu a contaminação, tal situação pode ser explicada porque muitas mulheres adquiriram o hábito de usar o preservativo após a exposição ao HPV. Em estudo desenvolvido por Silva et al (2006) ter tido DST anterior demonstrou uma chance duas vezes maior de apresentar NIC em relação a quem não apresentou sintomas. De acordo com Belda Junior (2000), usuárias de métodos de contracepção de barreira possuem incidência diminuída de lesão intra-epitelial e de DSTs.

**TABELA 6** – Distribuição das DSTs apresentadas anteriormente ou associadas ao HPV em mulheres infectadas pelo papilomavírus humano (HPV), no município de Cacoal – RO, no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Apresentou alguma DST anterior ou associada ao HPV?</b>		
Sim	8	25,8
Não	23	74,2
<b>Tipo de DST apresentada</b>		
Candidíase	5	62,5
Candidiase + gardnerella	1	12,5
Candidíase + tricomoníase	1	12,5
Não soube informar	1	12,5
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>

Em relação ao tipo de DST apresentada além do HPV, a candidíase foi mencionada por 7 (22,6%) dessas mulheres (Tabela 6), houve 1 (12,5%) relato de tricomoníase, 1 (12,5%) de gardnerella e 1 (12,5%) não soube informar qual a DST apresentada.

A informação sobre a presença de DSTs anteriores pode ter sido prejudicada pelo fato de algumas mulheres desconhecerem os sinais e sintomas característicos dessas patologias de transmissão sexual, pelo hábito da população em se automedicar mascarando o diagnóstico e impedindo assim a notificação das doenças e também devido ao fluxograma segundo Brasil (2006) sobre o tratamento das queixas de corrimento cervical onde a presença de qualquer um dos critérios abaixo indica o tratamento mesmo sem o diagnóstico imediato, baseando-se também no exame clínico-ginecológico para as condutas terapêuticas:

- a) parceiro com sintomas;
- b) multiplicidade de parceiros sem proteção;
- c) cliente acredita ter se exposto a DST;
- d) cliente procedente de áreas de alta prevalência de gonococo e clamídia.

**TABELA 7** – Distribuição da freqüência da realização dos exames de preventivo do câncer de colo uterino de acordo com o estado civil das mulheres infectadas pelo papilomavírus humano (HPV), no município de Cacoal – RO, no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005.

Estado civil	Solteira		Casada		União estável		Separada		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Freqüência dos Preventivos</b>										
Nunca realizou	2	20,0	-	-	3	33,3	-	-	5	16,1
De 6 em 6 meses	2	20,0	3	42,9	-	-	-	-	5	16,1
Uma vez ao ano	6	60,0	3	42,9	6	66,7	3	60,0	18	58,1
A cada 2 anos	-	-	1	14,2	-	-	1	20,0	2	6,5
Mais de 3 anos	-	-	-	-	-	-	1	20,0	1	3,2
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>32,2</b>	<b>7</b>	<b>22,6</b>	<b>9</b>	<b>29,0</b>	<b>5</b>	<b>16,1</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

O Ministério da Saúde nas diretrizes do Programa Viva Mulher estabelece que o exame de papanicolau seja realizado anualmente por mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos e uma vez a cada 3 anos após 2 resultados negativos consecutivos com intervalo de 1 ano entre eles. Exames com resultados alterados devem seguir as orientações médicas quanto à periodicidade do controle (INCA, 2006). A (Tabela 7) demonstra que houve predominância da freqüência de realização do exame preventivo anualmente conforme preconiza o Ministério da Saúde e que entre as 18 (58,1%) mulheres que se enquadram nessa situação, o estado civil encontra-se igualmente distribuído entre as variáveis de ter ou não companheiro. Das mulheres, 8 (25,8%) necessitam de esclarecimentos quanto à necessidade da realização do exame anual como forma de rastreamento devido à relação do papilomavírus humano com o câncer cérvico-uterino.

**TABELA 8** – Distribuição do grau de escolaridade de acordo com a freqüência da realização dos exames de preventivo do câncer de colo uterino em mulheres infectadas pelo papilomavírus humano (HPV), no município de Cacoal – RO, no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005.

Escolaridade	Analfabeta		Ensino fundamental		Ensino médio		Nível Superior		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Freqüência do preventivo</b>										
Nunca realizou	-	-	-	-	4	23,5	1	12,5	5	16,1
De 6 em 6 meses	-	-	-	-	3	17,7	2	25,0	5	16,1
Uma vez ao ano	-	-	4	80,0	9	53,0	5	62,5	18	58,1
A cada 2 anos	1	100,0	1	20,0	-	-	-	-	2	6,5
Mais de 3 anos	-	-	-	-	1	5,8	-	-	1	3,2
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>3,2</b>	<b>5</b>	<b>16,1</b>	<b>17</b>	<b>54,9</b>	<b>8</b>	<b>25,8</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

A maior proporção de mulheres que realizam o preventivo anualmente ou semestralmente 19 (61,3%) apresenta um bom nível de escolaridade, ensino médio e superior

completo (Tabela 8). De acordo com a literatura a contaminação pelo HPV, o maior risco para câncer cérvico-uterino e a falta de conhecimento quanto ao exame de papanicolau e seus benefícios estão diretamente associados ao baixo nível sócio-econômico e baixa escolaridade, pois mulheres com mais estudo provavelmente são mais conscientes de seus direitos e têm mais poder para exigir sexo seguro (CARRET et al, 2004).

**TABELA 9** – Distribuição de como as mulheres descobriram que eram portadoras do HPV no município de Cacoal – RO, no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005.

<b>Como descobriu que tinha HPV</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Presença de verrugas na genitália	21	67,8
Verrugas na genitália durante a gestação	2	6,4
Exame médico / preventivo	7	22,6
Médico identificou durante o parto	1	3,2
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Ao serem indagadas sobre como descobriram que eram portadoras do HPV, a maioria das mulheres 21 (67,8%) disseram ter identificado a presença de verrugas na genitália, principalmente durante o banho (Tabela 9), 7 (22,6%) ao realizarem exame ginecológico de rotina ou exame de papanicolau, 2 (6,4%) observaram o aparecimento das verrugas na genitália durante a gestação e 1 (3,2%) o médico identificou durante o parto.

**TABELA 10** - Distribuição do grau de conhecimento sobre HPV das mulheres infectadas, no município de Cacoal – RO, no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2005.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Já tinha ouvido falar de HPV ou condiloma antes de se contaminar?</b>		
Sim	20	64,5
Não	11	35,5
<b>O que sabe sobre o HPV</b>		
Doença sexualmente transmissível	17	54,8
DST + relação com câncer	14	45,2
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Em relação ao conhecimento sobre o HPV e condiloma (Tabela 10), 20 (64,5%) mulheres disseram já ter ouvido falar sobre o assunto e ao serem indagadas sobre o conhecimento adquirido a maioria 17 (54,8%) disse que o HPV/condiloma é uma doença de transmissão sexual não referindo em momento algum o conhecimento sobre a relação com câncer e 14 (45,2%) disseram ser uma DST que pode evoluir para um câncer de colo de útero.

## 5.2 ANÁLISE QUALITATIVA

Todas as mulheres entrevistadas relataram saber alguma informação sobre HPV ou condiloma, porém, ao serem analisadas as falas, percebe-se a desinformação sobre as formas de contaminação, tratamento, recidivas e sobre a relação do papilomavírus com o câncer de colo uterino. Segue abaixo algumas falas na íntegra para exemplificação do conhecimento das mulheres entrevistadas sobre o assunto. Para garantir o anonimato os nomes reais das entrevistadas foram substituídos pela profissão e idade.

Pergunta realizada: *“Fale tudo o que você sabe sobre o HPV ou condiloma.”*

Nas respostas identificou-se que todas as mulheres sabem que o HPV é uma DST que se apresenta sob forma de verruga genital e citam muito o tratamento com ácido e cauterização, não sendo mencionadas as outras formas de tratar o condiloma ou as formas subclínicas da doença conforme referencial teórico citado neste trabalho. Tal fato pode ser explicado porque estas são as formas de tratamento freqüentemente utilizadas no SAE de Cacoal e o serviço repassa as informações dos procedimentos antes de sua realização.

*“Sei quase nada, a não ser que é uma DST.”* (Telefonista, 33 anos)

*“Já tinha ouvido falar em condiloma, mas não sabia que era uma DST, hoje só sei isso.”* (Doméstica, 28 anos)

*“Mesmo sendo Agente de Saúde não sabia exatamente do que se tratava, ouvia alguns nomes, mas o que realmente era só fiquei sabendo quando tive o problema, ou melhor, eu sabia sim que o condiloma é sexualmente transmissível.”* (Agente de Saúde, 28 anos)

*“É uma doença de rua, pode dar complicações, mas não sei quais, se previne usando camisinha.”* (Atendente, 21 anos)

Sobre o tratamento:

*“Se pega com sabonete, toalha, no nascimento e em relações sexuais sem preservativo. Sei que é necessário fazer cauterização ao perceber as verrugas.”* (Professora, 31 anos)

*“É uma DST que não tem cura, o tratamento é com ácido, como aquele que fiz.”*  
(Técnica em contabilidade, 25 anos)

*“Sei que se não cauterizar a verruga pode ser perigoso, sei lá, é perigoso.”* (Doméstica, 29 anos)

*“É uma DST conhecida como crista de galo, o tratamento é com ácido e se não for tratada pode evoluir para uma doença pior... sei lá qual doença.”* (Doméstica, 23 anos)

*“É uma doença que se transmite por via sexual, o tratamento é por cauterização, será que volta?”* (Comerciante, 39 anos)

As entrevistadas demonstram alguns conhecimentos equivocados a respeito da contaminação, período de incubação, tratamento e complicações como a obstrução do canal vaginal e confundem a anatomia da vagina com a uretra. Outra questão importante é que nas respostas predominou o fato da contaminação ocorrer apenas por via sexual, sabe-se que mesmo fazendo uso de preservativo, o vírus pode propagar-se por outros meios, até mesmo por exames de rotina devido material mal esterilizado. Apenas 1 (3,2%) mulher citou outras formas possíveis de contaminação. Grande parte das mulheres sabe do risco da infecção pelo HPV evoluir para um câncer e acredita que o HPV seja transmitido apenas pelo contato sexual, desconsiderando assim, outras formas de contágio.

*“É uma doença maligna que pode **tampar o canal da urina** e se espalhar. Se pega por relação sexual e o vírus pode ficar na pessoa por 4 anos.”* (Do lar, 29 anos)

*“É uma DST que aparece por meio de verrugas, o tratamento é só cauterizando, **pode deformar a vagina** e você pode pegar sentando em lugar contaminado”* (Do lar, 20 anos)

*“**Pode até matar**, são verrugas que se multiplicam e tomam conta da parede da vagina, pode levar a um câncer e até matar. O tratamento é com ácido, acompanhamento médico e uso de antibióticos além dos cuidados com a higiene.”* (Auxiliar de enfermagem, 34 anos)

*“Tratando o HPV o resultado é 100% se realizado de maneira correta e aparece em forma de verrugas na parte externa dos órgãos genitais, o tratamento faz com que as verrugas caiam e **elimina novas verrugas.**”* (Polícia Militar e auxiliar de enfermagem, 26 anos)

#### Relação com o câncer de colo uterino

*“É um vírus transmitido por via sexual, é tratado com cauterização, pode prejudicar a saúde, ter um câncer talvez. Apareceu na gravidez devido à baixa imunidade.”* (Estudante, 19 anos)

*“É um vírus que pode causar o câncer uterino, é uma doença transmitida por parceiro contaminado e se pode prevenir usando preservativo.”* (Agente de Saúde, 29 anos)

*“Sei muito pouco, apenas que é uma DST e que se não for tratada o quadro pode se agravar, dependendo do tipo de vírus pode ocasionar câncer de colo de útero.”* (Nutricionista, 29 anos)

*“É uma DST e pode causar câncer de colo uterino.”* (Advogada, 34 anos)

*“Sei que existem vários tipos de vírus e que pode virar um câncer.”* (Auxiliar administrativo, 21 anos)

*“É um vírus com inúmeros subtipos, de transmissão freqüentemente sexual. Entre os subtipos 5 são causadores do câncer de colo de útero, o período de incubação é de aproximadamente 8 meses e o tratamento é criocauterização, aplicação local de ácido, cauterização etc.”* (Enfermeira, 33 anos)

*“É uma DST, contamina-se por meio de relações sexuais desprotegidas, pode virar um câncer de colo de útero, as verrugas aparecem quando cai a imunidade.”* (Doméstica, 24 anos)

*“Pega por relação sexual, precisa cuidar porque pode virar câncer, tem que fazer o preventivo para ver se tem câncer.”* (Do lar, 67 anos)



*“É uma DST, existem vários tipos de vírus que ficam incubados, que aparecem quando cai a imunidade e vários tipos provocam o câncer. A verruga pode desaparecer sozinha.”*  
(Técnica de enfermagem, 38 anos)

*“É uma DST, pode dependendo do tipo acarretar um câncer, existem tipos de vírus de alto e baixo risco. O método de prevenção é o preservativo e o exame de papanicolau.”* (Do lar, 20 anos)

De acordo com Epstein (2005) e Queiroz et al (2005) a promoção do diagnóstico precoce da infecção pelo HPV é uma importante ação para o controle da transmissão e pode ser conseguida por meio de um trabalho eficaz por parte da enfermagem, no que diz respeito à constante informação para a população em geral. Para tanto são necessárias atividades de educação em saúde e/ou aconselhamento sexual, especialmente os relacionados ao comportamento sexual e ao uso regular do preservativo, que influencia diretamente na adesão do cliente ao tratamento e a divulgação dos fatores de risco para as DST e para o desenvolvimento do câncer de colo uterino.

É importante a conscientização das mulheres com vida sexual ativa ou não sobre a necessidade da realização da citologia vaginal. É necessário fazer a população ter acesso aos serviços de saúde em sua própria comunidade, acreditar no sistema de saúde e ter o exemplo do bom funcionamento. Nesse contexto, o PN-DST/AIDS desenvolve um plano estratégico que tem como objetivo global diminuir a incidência e a prevalência das DST e a vulnerabilidade da população brasileira a esses agravos. Procura-se, por meio desse plano, aumentar o conhecimento da população em DST e práticas de sexo seguro, ampliar o acesso da população alvo a aconselhamento, diagnóstico de qualidade e tratamento resolutivo das DST e priorizar a abordagem de DST no campo de ensino e pesquisa. (BRASIL,1999a)

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações obtidas na realização desse estudo permitiram a identificação dos fatores que podem estar associados com a ocorrência das infecções por HPV em mulheres residentes no município de Cacoal. Este foi o primeiro estudo dessa natureza realizado na região e possibilitou a geração de informações sobre os contextos que envolvem a transmissão da infecção, a descrição do perfil epidemiológico das mulheres infectadas e a magnitude do problema para a saúde pública do município em estudo. As limitações para o desenvolvimento desta pesquisa estiveram relacionadas com a dificuldade de localização das mulheres em seus domicílios gerando uma perda amostral significativa e em relação à forma de abordagem por se tratar de questões íntimas relacionadas basicamente à sexualidade sendo necessário a formação de um elo de confiança entre pesquisadora e entrevistadas antes da obtenção das respostas. A pesquisadora tentou esclarecer com detalhes os objetivos do levantamento de dados, sobre a importância deste estudo para sua formação profissional e como essas informações poderiam contribuir de forma benéfica para a implementação de ações de melhoria dos serviços de atendimento facilitando o acesso da população às formas de promoção da saúde sexual e prevenção de DSTs.

Verificou-se que as mulheres pesquisadas são basicamente adultos jovens, a maioria delas convive com companheiro em regime de casamento ou união estável e possuem o segundo grau como média de escolaridade. A predominância da ocorrência das infecções foi em mulheres de etnia branca e no geral detectou-se que a condição social predominante foi a classe C. O início da atividade sexual foi aproximadamente aos 17 anos e tiveram em média mais de três parceiros em sua história sexual; o uso de anticoncepcional foi referido pela maioria das mulheres, o uso do preservativo por cerca um terço delas, enquanto que a realização semestral ou anual de exames de prevenção do câncer cérvico-uterino foi referido por cerca de dois terços das mulheres pesquisadas e a maioria delas descobriu ser portadora do HPV por meio do aparecimento de verrugas na genitália.

Foram identificados como possíveis fatores associados ao risco de infecção pelo HPV e câncer de colo cérvico-uterino o uso de contraceptivo oral com média de 6 anos, idade precoce na primeira relação sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, elevada prevalência de tabagismo, baixo índice de uso de preservativo e falta de informações a respeito da doença, condutas terapêuticas e riscos à saúde. As DSTs associadas relatadas pelos sujeitos da pesquisa

foram a candidíase, tricomoníase e gardnerella. Visando reduzir a exposição aos riscos de contrair infecção, faz-se necessário maiores investimentos municipais no tocante às ações de educação em saúde, pois a abordagem das DSTs junto à população é um desafio que deve ser trabalhado conjuntamente tendo como objetivo promover a adoção de hábitos saudáveis e de mudanças de comportamento sexual que assegurem o direito reprodutivo das mulheres e diminuam os riscos de transmissão.

É importante frisar que a incidência do câncer decorrente da infecção pelo HPV pode ser permanentemente prevenida por meio da realização periódica da citologia oncológica através das Unidades Básicas de Saúde dos municípios com o monitoramento freqüente por meio das equipes de PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e PSF (Programa Saúde da Família).

A identificação de fatores relacionados com a prevalência de infecção por HPV e outras DSTs referidas pelas entrevistadas pode servir de base para a realização de outros estudos a partir do levantamento de informações que até então não haviam sido trabalhadas. Dessa forma, é necessário e desejável que outras pesquisas dessa natureza possam ser incentivadas e apoiadas a fim de que possa ser ampliado o conhecimento sobre as DSTs no município de Cacoal e as políticas em saúde possam ser conduzidas de acordo com a realidade do local, garantindo assim uma maior eficiência na execução das ações de controle o que reverterá em benefício para população do município a partir do alcance dos objetivos propostos na execução desse trabalho.

Espera-se que o estudo tenha fornecido informações relevantes sobre o assunto e que possa subsidiar as autoridades sanitárias e educativas do município na avaliação das ações atualmente desenvolvidas e na identificação da necessidade de planejamento e implementação de novas estratégias que objetivem a promoção e manutenção da saúde da mulher. Estas novas estratégias a seguir sugeridas podem ser viáveis, pois o SAE encontra-se implantado no município onde foi desenvolvida a pesquisa e trabalha em conjunto com as Unidades Básicas de Saúde que referenciam os casos de DSTs detectados. As informações obtidas são de interesse da coletividade já que podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população do município de Cacoal.

## 7 SUGESTÕES

- a) que as autoridades sanitárias e educacionais possam desenvolver campanhas de sensibilização junto à população visando à prevenção da infecção pelo HPV e DSTs em geral;
- b) desenvolvimento de campanhas educativas contínuas para estimular as mulheres na prática de prevenção precoce do câncer cérvico-uterino, concomitante à sensibilização dos gestores de saúde para facilitar o acesso das mulheres a estes serviços;
- c) apoio a projetos de pesquisa, especialmente os de cunho operacional de forma a possibilitar que as informações geradas com os estudos possam mais prontamente ser utilizadas pelas autoridades políticas, sanitárias e educacionais;
- d) realização de cursos de capacitação e educação continuada para os profissionais da área de saúde sobre DSTs;
- e) palestras em escolas para as crianças e os adolescentes sobre prevenção das DSTs;
- f) elaboração e distribuição de cartilha sobre HPV e outras DSTs para estudantes e população em geral.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEIXO NETO, A. Aspectos epidemiológicos do câncer cervical. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 25 (4): 326-33, 1991.

ANTUNES, A. A. et al. Prevalence of koilocytosis in penile biopsies of partners of women with HPV-induced genital lesions. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Aug. 2004, vol.26, no.7, p.557-562. ISSN 0100-7203.

ANVISA - BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Comunidade virtual em vigilância sanitária. *Informativo sobre a vacina contra o HPV*. Disponível em <http://anvisa.bvs.br/html/pt/home.html> Acesso em 29/10/2006.

BACHMANN L.H. et al. Risk and prevalence of treatable sexually transmitted diseases at a Birmingham substance abuse treatment facility. *Am J Public Health*. 2000; 90: 1615-8.

BALAKRISHNAN, L. et al. Sexually transmitted Human Papillomavirus type variations resulting in high grade cervical dysplasia in North-East North Dakota and North-West Minnesota. *Virology Journal* (2006). Disponível em: <http://creativecommons.org/licenses/by/2.0> Acesso em: 28 agos. 2006.

BELDA JUNIOR, W. (Coord.) Doenças Sexualmente Transmissíveis. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. pág (143 a 156).

BORGES, S. C. V. et al. Taxa de detecção do papilomavírus humano pela captura híbrida II, em mulheres com neoplasia intra-epitelial cervical. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* v.26, n.2, p.105-110 (mar. 2004). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032004000200004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000200004&lng=pt&nrm=iso). ISSN 0100-7203. Acesso em: 18 mar. 2006

BRASIL, *Código Civil. Brasileiro*: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Normas para pesquisa envolvendo Seres Humanos* (Resolução CNS nº 196/96 e outras) 2ª ed. amp. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. *Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST*. 3ª edição. Ministério da Saúde, Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Serviço de Assistência Especializada aos portadores do HIV/AIDS*. 1999a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/assistencia/linK20.htm>. Acesso em: 21 jul. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Serviço de Assistência Especializada aos portadores do HIV/AIDS*. 1999b. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/assistencia/lista\\_sae\\_agosto.htm](http://www.aids.gov.br/assistencia/lista_sae_agosto.htm)>. Acesso em: 21 jul. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*. 1ª ed. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, 1984. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Falando sobre Câncer de Colo do Útero*. Rio de Janeiro: M.S./INCA 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativas 2006: Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

BRASIL, *Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/legislacao/vol29.htm>>. Acesso em: 21 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Bolso das *Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CACOAL. Câmara Municipal. *Histórico do Município de Caçoa, 2005*. Disponível em: <<http://www.cmcacoal.com.Br.htm>>. Acesso em 22 jan. 2006.

CACOAL. Secretaria Municipal de Saúde. Perfil de nascer, adoecer e morrer. Divisão de Serviços de Saúde, 2005.

CAMPOS, R.R. et al. Prevalência do papilomavírus humano e seus genótipos em mulheres portadoras e não-portadoras do vírus da imunodeficiência humana. *Rev. Bras Ginecol. Obstet.* 2005; 27(5): 248-56.

CARRET, M. L. et al. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. *Rev. Saúde Pública*. v.38, n.1, p.76-84 (fev. 2004). Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000100011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100011&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0034-8910. Acesso em: 18 Jan. 2006.

CENTURIOONI M.G. et al. Prevalence of human papillomavirus cervical infection in an Italian asymptomatic population. *BMC Infectious Diseases*, 2005. Disponível em: <<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>>. Acesso em: 13 fev. 2006.

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL. Disponível em: <[http://www.anep.org.br/codigosguias/ABEP\\_CCEB.pdf](http://www.anep.org.br/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf)>. Acesso em: 20 de mar. 2006.

EPSTEIN, R. J. Primary prevention of human papillomavirus – dependent neoplasia: No condom, no Sex. *European Journal of Cancer* 41 (2595 –2600), 2005.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *DST/AIDS - Manual de Orientação*. São Paulo: Ponto, 2004.

FURASTE, P.A. Normas Técnicas para o Trabalho Científico: explicitação das normas da ABNT. 13ª ed, Porto Alegre:2004.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2000*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br.htm>>. Acesso em: 22 jan. 2006

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de Indicadores, 2003*. Rio de Janeiro, 2004.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativas de população para o Brasil em 2006*. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br.htm>>. Acesso em: 29 jul.2006.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. *Prevalência de tabagismo no Brasil – Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras*. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco\\_inquerito\\_nacional\\_070504.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco_inquerito_nacional_070504.pdf). Acesso em 15/10/2006.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. *Programa Viva Mulher*. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=140](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140) Acesso em 15/10/2006.

LIMA, C. A; PALMEIRA, J. A. V.; CIPOLOTTI, R. Fatores Associados ao câncer de colo uterino em Própria, Sergipe, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (10): 2151-2156, outubro, 2006.

LINHARES, A. C.;VILLA, L. L. Vaccines against rotavirus and human papillomavirus (HPV). *Jornal de Pediatria. (Rio de J.)*, July 2006, vol.82, no.3, suppl, p.s25-s34. ISSN 0021-7557.

LOPES, F. et al. Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo, 1997-1998. *Cad. Saúde Pública*. v.17, n.6, p.1473-1480, (nov./dez.2001). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X20010006001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20010006001&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0102-311X. Acesso em: 16 jan. 2006.

LOWY, D. R.; SCHILLER, J. T. Prophylatic human papillomavirus vaccines. *JCI The Journal of Clinical Investigation*. (Maio 2006). Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrezartid=1451224>>. Acesso em: 01 jan. 2006.

MARTINS, L. B. M. et al. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do município de São Paulo – Brasil. *Caderno de Saúde pública*, Rio de Janeiro, 22 (2) 315-323. Fevereiro, 2006.

MEDEIROS, L. R. *et al.* Vertical transmission of the human papillomavirus: a systematic quantitative review. *Cad. Saúde Pública*, July/Aug. 2005, vol.21, no.4, p.1006-1015. ISSN 0102-311X. Acesso em 25/10/2006.

MINAYO, M.C.S. (Org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MIRANDA, A. E. B. *Padrão de comportamento e prevalência da infecção pela Chlamydia trachomatis em adolescentes do sexo feminino residentes na região de Maruípe em Vitória, ES*, 2003, 166 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

MOSCICKI, A. *et al.* The natural history of human papillomavirus infection as measured by repeated DNA testing in adolescent and young women. *Journal of pediatrics*, 132: 277-284, 1998.

MOSCICKI, A. Impact of HPV infection in adolescent populations. *Journal of Adolescent Health*, 37: (2005) S3-S9.

MURTA, E. F. C. *et al.* Human papillomavirus infection in pregnancy: relationship with cytological findings. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, (2001). Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032001000600006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032001000600006&lng=en&nrm=iso)>. 10.1590/S0100-72032001000600006. Acesso em: 30 set. 2006.

NISENGARD, R. J.; NEWMAN, M. G. *Microbiologia oral e Imunologia*. 2ª ed. Guanabara Koogan SA, Rio de Janeiro, 1997.

NONNENMACHER, B. *et al.* Identificação do papilomavírus humano por biologia molecular em mulheres assintomáticas. *Rev. Saúde Pública*. V.36, n.1, p. 95-100 (fev. 2002). Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000100015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000100015&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0034-8910. Acesso em: 18 Março 2006.

NORONHA, V. *et al.* Papilomavírus humano associado a lesões de cérvix uterina. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* v.32, n.3, p.235-240 (maio/jun. 1999). Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86821999000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86821999000300003&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0037-8682. Acesso em: 18 mar. 2006.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; GALVÃO, M. T. G. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2005.18 (2): 150-5.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Orientações para o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis*. Genebra, Suíça, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Estatísticas Sanitárias Mundiais: 2005*, pág.88.



ORIEL, J.D. The scars of vênus – A history of venereology. Spangler- Verlag eds. London, 1994.

PEDROSA, M. L. *Perfil Epidemiológico de Mulheres portadoras de atipias escamosas de significado indeterminado atendidas pelo programa de controle do câncer de colo uterino no município do Rio de Janeiro*, 2003, 109 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

PEREIRA, M.G. *Epidemiologia – Teoria e Prática*. 1ªed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1995.

PINTO A.P.; BAGGIO H.C.C.; GUEDES G.B. Sexually –Transmitted Viral Diseases in Womem: Clinical and Epidemiological Aspects and in Advances in Laboratory Diagnosis. *The brazilian Journal of Infections Diseases*. 9 (3): 421 –250, 2005.

PIROTTA, K. C.M. *Juventude e Saúde Reprodutiva: valores e condutas relacionados com a contracepção entre universitários*. In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2002. Disponível em [http://www.anep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com\\_JUV\\_ST7\\_Pirotta\\_texto\\_pdfAcesso em 23/10/2006](http://www.anep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_ST7_Pirotta_texto_pdfAcesso em 23/10/2006).

PROCA, D. M.; ROFAGHA, S.; KEYHANI-ROFAGHA, S. High grade squamous intraepithelil lesion in inmates from Ohio: cervical screening and biopsy follow-up. *Cytojournal*, 2006.

QUEIROZ, D. T., PESSOA, S.M.F. et al. Perfil de Mulheres Portadoras de HPV de uma unidade de treinamento em saúde da Família de Fortaleza CE. *Revista Nursing*, vol.72, p.37- 41, 2004.

QUEIROZ, D. T., PESSOA, S.M.F. et al. Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV): incertezas e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2005; 18 (2) : 190-6.

RAMA, C. H. 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.*, jan./fev. 2006, vol.52, no.1, p.43-47. ISSN 0104-4230.

RELATÓRIO SOBRE A SITUAÇÃO DA POPULAÇÃO MUNDIAL, 2002. Disponível em <<http://www.unfpa.org>>. Acesso em 28/08/2006

RIVERA Z., R.; AGUILERA T.J.; LARRAIN H, A. EPIDEMIOLOGIA DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO (HPV). *Rev. chil. obstet. ginecol.*, 2002, vol.67, no.6, p.501-506. ISSN 0717-7526

RUGHOOPTH, S et al. Detection of Human Papilloomavirus From Archival Tissues in Cervical Cancer Pattients in Mauritius. *Journal of Clinical Virology* 35 (2006) 173 –178, 2006.

SANCHES, K. R. B. *A AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade*. 1999. 143 p. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SILVA, T. T. et al . Identificação de tipos de papilomavirus e de outros fatores de risco para neoplasia intra-epitelial cervical. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010)>. Acesso em: 14 Out 2006.

SOUZA, A. B. G. et al. Conhecimento sobre o papilomavírus humano entre universitários da área de saúde. *Revista Científica dos Profissionais de Enfermagem – Enfermagem Brasil*, ano 03, nº 01, p.4-9. Jan/fev/2004.

SRIAMPORN S. et al. Human papillomavirus and cervical cancer from a prospective study in Khoen kaen, Northeast Thailand. *Int J. Gynecol Cancer*, 16, 266 – 269, 2006.

SOWJANYA A.P. et al Prevalence and distribution of high – risk human papillomavirus (HPV) types in invasive squamous cell carcinoma of the cervix and in normal women in Andhra Pradesh, India. *BMC Infectious Diseases*, 2005. (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>) acessado em 13/02/2006.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M. de; PAULA, M. C. de. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [online]. maio/jun. 2004, vol.37, no.3 [citado 12 Janeiro 2006], p.210-214. Disponível na World Wide Web: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822004000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822004000300003&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0037-8682.

TEIXEIRA, A.M. F. B. et al. Adolescentes e o uso de preservativos: as escolhas de jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Caderno de saúde Pública*, Rio de Janeiro 22 (7): 1385-1396, julho, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. *Sistemas de Bibliotecas. Normas para Apresentação de Documentos Científicos – ABNT*. Editora UFPR, 2005.

**ANEXO I****AUTORIZAÇÃO PARA MANUSEIO DE PRONTUÁRIOS**

A Direção do SAE de Cacoal  
Janice Santana do Nascimento

Senhora Diretora

Solicito a Vsa. analisar a possibilidade de autorizar a liberação de prontuários do Serviço de Atendimento Especializado–SAE, esta solicitação prende-se ao fato de que estou realizando Mestrado pela Universidade de Brasília, e devo executar o Projeto “PREVALÊNCIA DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO – HPV EM MULHERES ATENDIDAS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO, NO MUNICÍPIO DE CACOAL – RO, NO PERÍODO DE 2003 A 2005”. Para tanto, necessito coletar informações relativas a pacientes infectadas com papilomavírus humano HPV, objeto de estudo da Dissertação. A pesquisa será desenvolvida pela pesquisadora e enfermeira Sheila Carminati de Lima com vistas à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília – UnB. As informações coletadas serão mantidas em sigilo não sendo possível identificar a mulher que foi assistida no SAE no município de Cacoal. As informações obtidas serão analisadas e depois publicadas em revista científica.

Para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa coloco-me a disposição pelo telefone (69) 3441 0399 ou 9984 7180.

Cacoal, 10/04/ 2006.

Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Orientador Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

## ANEXO II

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada “**PREVALÊNCIA DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO – HPV EM MULHERES ATENDIDAS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO, NO MUNICÍPIO DE CACOAL – RO, NO PERÍODO DE 2003 A 2005**” sob responsabilidade da pesquisadora Enfermeira Sheila Carminati de Lima. Este estudo se propõe conhecer a magnitude da infecção pelo HPV e o comportamento sexual das mulheres portadoras da infecção assistidas no SAE de Cacoal – RO.

Neste estudo será realizada uma entrevista para identificar os fatores de risco da contaminação pelo papilomavírus humano, o conhecimento sobre o assunto das mulheres que receberam tratamento no SAE de Cacoal, além da frequência da realização dos exames de preventivo do câncer de colo uterino e o uso de preservativo nas relações sexuais.

Os dados coletados terão fins puramente científicos e a identidade de cada participante será preservada. Salientamos que a sua participação é voluntária e nenhum ônus lhe será atribuído caso não aceite participar, além disso, garantimos que não haverá nenhum constrangimento ou risco na coleta dos dados, uma vez que será garantida total privacidade no momento da entrevista e você poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início dos trabalhos.

Os benefícios esperados com este estudo deverão refletir em medidas de intervenção junto à comunidade com o objetivo de melhorar a assistência prestada às pessoas portadoras de alguma doença sexualmente transmissível e nas medidas de prevenção destas patologias..

Obrigada.

Eu, \_\_\_\_\_, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo CONCORDO VOLUNTARIAMENTE em participar.

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou impressão datiloscópica

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Cacoal \_\_\_/\_\_\_/2006

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar: Professora Sheila Carminati de Lima 3441 0399 / 9984 7180 ou o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP) da Facimed – Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal – Telefone: (69) 3441 1950.

## ANEXO III

**FORMULÁRIO DE LEVANTAMENTO DE DADOS DAS MULHERES PORTADORAS DO HPV TRATADAS NO SAE DE CACOAL**

Nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Raça/cor : ( ) branca ( ) parda ( ) negra ( ) amarela ( ) indígena

3. Escolaridade:

( ) não alfabetizada ( ) ensino fundamental incompleto

( ) ensino fundamental completo ( ) ensino médio incompleto

( ) ensino médio completo ( ) nível superior incompleto

( ) nível superior completo

4. Estado Civil:

( ) solteira ( ) casada ( ) união estável ( ) separada

5. Ocupação: \_\_\_\_\_

6. Renda mensal:

( ) sem renda ( ) menos de 1 salário mínimo ( ) de 1 a 3 salários

( ) mais de 3 até 5 salários ( ) mais de 5 até 7 salários ( ) acima de 7 salários

7. Assinale com um X o valor correspondente ao que você possui em sua casa.

	Não Tem	Tem			
		1	2	3	4 ou mais
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Aspirador de pó					
Máquina de lavar					
Vídeo cassete e ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex).					

**Total de Pontos:** \_\_\_\_\_

8. Fumante?

sim  não  ex-fumante

9. Se fumante ou ex-fumante na questão anterior, há quanto tempo?

menos de 1 ano  de 1 a 5 anos

mais de 5 até 10 anos  + de 10 anos

10. Quantos cigarros por dia?

até 1 maço ao dia  mais de 1 até 2 maços ao dia  + de 2 maços

11. Uso de contraceptivo oral

sim  não  já usou mas parou

12. Se usa ou usou contraceptivo na questão anterior, há quanto tempo?

a

13. Nº de filhos: \_\_\_\_\_

14. Idade do início da atividade sexual? \_\_\_\_\_

15. Com quem?

namorado  amigo  marido  outro

16. Parceiro sexual fixo?

sim  não

17. Número de parceiros sexuais até o momento: \_\_\_\_\_

Nos últimos 6 meses: \_\_\_\_\_

18. Usa preservativo nas relações sexuais?

não  as vezes  sim

19. Se usa preservativo, em quais situações?

em todas as relações independente do parceiro

somente com parceiros não fixos

quando não confia no parceiro

como método contraceptivo

20. Já havia apresentado alguma DST antes de descobrir o HPV?

não  sim

21. Se sim na questão anterior, qual?

candidíase  gardnerella  tricomoníase

herpes genital  sífilis  gonorréia  outras

não sabe informar qual

22. Como descobriu que era portadora do vírus HPV?

---

---

---

---

23. Já tinha ouvido falar em HPV ou condiloma acuminado?

sim                       não

24. O que sabe sobre o HPV?

---

---

---

---

---

---

25. Com que frequência realiza o exame preventivo do câncer de colo de útero?

- nunca realizei  
 6 em 6 meses  
 uma vez por ano  
 a cada 2 anos  
 mais de 3 anos  
 outros \_\_\_\_\_

**ANEXO IV**