

Incidência de citologias cervicovaginais positivas nos anos de 2008 a 2015 correlacionado com a idade no Hospital das Clínicas Samuel Libânio do Município de Pouso Alegre - MG

Incidence of positive cervicovaginal cytology in the years 2008-2015 correlated with age at the Hospital Samuel Libanius the city of Pouso Alegre – MG

Incidencia de la citología cérvico vaginal positivo en los años 2008-2015 se correlacionado con la edad en el Hospital Samuel Libanio la ciudad de Pouso Alegre – MG

Fernanda Silva Pereira^{1*}, Rafaela Prado Oliveira¹, Fabíola Cunha Bernardes e Rezende¹, Fiorita Gonzales Lopes Mundim¹.

RESUMO

Objetivo: analisar a incidência de citologias cervicovaginais positivas, correlacionado com idade e resultados dos anos anteriores. **Métodos:** Estudo observacional e exploratório com abordagem quantitativa, observados no banco de dados DataSUS do Governo Federal do Laboratório de Anatomia Patológica do HCSL de Pouso Alegre – MG de 2008 a 2015. **Resultados:** Entre as Neoplasias Pré-Malignas e Malignas achadas no período estudado foi observado 2,047% para ASC-US, 0,079% para AGC-US, 0,001% de origem indefinida: possivelmente não neoplásicas, 0,295% para ASC-H, 0,034% para AGC-H, 0,001% De origem indefinida: Não se pode afastar lesão de alto grau, 1,134% para LSIL, 0,415% para HSIL, 0,027% para HSIL não podendo excluir microinvasão, 0,016% para Carcinoma Epidermoide Invasor, 0,006% para Adenocarcinoma “*in situ*”, 0,001% para Adenocarcinoma invasor: sem outras especificações e foram encontradas 0,004% neoplasias classificadas como outras neoplasias malignas do colo do útero. Entre as pacientes com câncer de colo de útero foi detectado que 39,31% realizaram a citologia no ano anterior. **Conclusão:** O resultado de 4,06% de citologias positivas no período estudado está de acordo com o encontrado na literatura pesquisada, notou-se que o intervalo de idade das mulheres mais atingidas por lesões malignas de colo do útero foi entre 18 e 40 anos, 56,4%.

Palavras-chave: Câncer, Colo do útero, HSIL, Adenocarcinoma, LSIL.

ABSTRACT

Objective: to analyze the incidence of positive cervicovaginal cytologies, correlated with age and results of previous years. **Methods:** Observational and exploratory study with a quantitative approach observed in the DataSUS database of the Federal Government of the Laboratory of Pathological Anatomy of the HCSL of Pouso Alegre - MG from 2008 to 2015. **Results:** Among the Premalignant and Malignant Neoplasms found in the studied period was 0.079% for AGC-US, 0.001% of undefined origin: possibly non-neoplastic, 0.295% for ASC-H, 0.034% for AGC-H, 0.001% of undetermined origin: No lesion can be removed for HSIL, 0.027% for HSIL and 0.01% for HSIL, not to exclude microinvasion, 0.016% for Invasive Epidermoid Carcinoma, 0.006% for Adenocarcinoma "in situ", 0.001% for Adenocarcinoma Invasive: 0.004% neoplasms classified as other malignant neoplasms of the cervix. Among patients with cervical cancer, it was detected that 39.31% performed cytology in the previous year. **Conclusion:** The result of 4.06% of positive cytologies in the period studied is in agreement with the literature, it was observed that the age range of women most affected by malignant cervical lesions was between 18 and 40 years , 56.4%.

Keywords: Cancer, Cervix, HSIL, Adenocarcinoma, LSIL.

¹ Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVAS), Pouso Alegre - MG. * E-mail: fernandapereira.bio@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: analizar la incidencia de citologías cervicovaginales positivas, correlacionadas con edad y resultados de los años anteriores. **Métodos:** Estudio observacional y exploratorio con abordaje cuantitativo observados en el banco de datos DataSUS del Gobierno Federal del Laboratorio de Anatomía Patológica del HCSL de Pouso Alegre - MG de 2008 a 2015. **Resultados:** Entre las Neoplasias Pre-Malignas y Malignas halladas en el período estudiado fue se observó un aumento de la mortalidad por cáncer de próstata en los últimos años, en los que se observó un aumento de la mortalidad por cáncer de próstata. de acuerdo con la normativa vigente en el país de origen de la vacuna contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). se encontraron 0,004% neoplasias clasificadas como otras neoplasias malignas del cuello del útero. Entre las pacientes con cáncer de cuello de útero se detectó que el 39,31% realizaron la citología el año anterior. **Conclusión:** El resultado del 4,06% de citologías positivas en el período estudiado está de acuerdo con lo encontrado en la literatura investigada, se notó que el intervalo de edad de las mujeres más afectadas por lesiones malignas de cuello del útero fue entre 18 y 40 años, El 56,4%.

Palabras clave: Cáncer, Cuello uterino, HSIL, Adenocarcinoma, LSIL.

INTRODUÇÃO

Apesar de todos os avanços da medicina, o câncer continua a ser uma doença fortemente estigmatizada. Entre todos os tumores malignos, no mundo, o câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável por 265 mil óbitos por ano (INCA, 2019).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e o Ministério da Saúde (2018), é estimado no Brasil para os anos de 2018-2019 cerca de 600 mil novos casos de câncer, sendo que para o câncer do colo do útero estima-se cerca de 16.370 casos. A última informação para mortalidade no Brasil aponta que ocorreram 5.847 óbitos no ano de 2016.

A mortalidade por câncer do colo do útero é evitável, em quase 100% dos casos, se for identificada precocemente. O curso de um tumor pode levar até 15 anos para que se dê o desfecho de óbito. O prognóstico no câncer de colo uterino depende muito da dimensão da doença no instante do diagnóstico, e a mortalidade está intensamente associada ao diagnóstico em estágios de fases avançadas. (PAULA SHB, et al., 2016).

Conforme Santana CKLSL, et al. (2013), quando já existe invasão em grande quantidade no colo uterino e nos tecidos adjacentes, alguns dos sintomas manifestados são sangramentos e dores desconfortáveis para a mulher durante a relação sexual.

O principal fator de risco que pode levar a esse tipo de neoplasia é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV). O vírus é o agente causal das lesões intraepiteliais escamosas e no carcinoma cervical. Apesar da infecção por HPV ser necessária para o surgimento da neoplasia de colo uterino, ela sozinha não é suficiente. É preciso que tenha condições para perpetuação da infecção e que haja um processo de transformação no tecido epitelial do colo uterino para o desenvolvimento do processo displásico e posterior evolução para neoplasia (TAKITO D, et al., 2015).

De acordo com Oliveira EC (2013), existem determinados comportamentos que também são considerados fatores de risco para o câncer de colo de útero, tais como tabagismo, consumo de álcool, mulheres jovens com início precoce da atividade sexual, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), multiplicidade de parceiros sexuais, mulheres imunossuprimidas, o uso de contraceptivos orais, entre outros.

O rastreio para identificação das lesões precursoras do câncer de colo do útero e o reconhecimento do câncer em sua fase inicial é possível por meio da realização periódica do exame citopatológico, conhecido como teste de Papanicolau (TAKITO D, et al., 2015).

A forma de tratamento dependerá da circunstância da doença, tamanho do tumor (estadiamento) e fatores pessoais (INCA, 2018). Conforme Murta EFC e Nomelini RS (2010), essencialmente, seu tratamento consiste em inibir a proliferação excessiva de células neoplásicas, quando identificada a doença em estadiamentos iniciais é tratada somente com cirurgia, mas o manejo do câncer cervical localmente avançado frequentemente requer tratamento combinado: cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia.

Finalmente, cabe destacar a necessidade de incentivo na qualidade de informação e acesso dos jovens sobre câncer do colo do útero, levando em consideração também a importância da família como uma fonte confiável de instrução no ensino sexual e o aprimoramento dos programas de rastreamento (PINTO VFC, et al., 2012).

O objetivo deste estudo foi analisar a incidência dos diagnósticos de citologias cérvico-vaginais positivas, correlacionado com a idade e os resultados das citologias dos anos anteriores observados em laudos do banco de dados DataSUS do Governo Federal do Laboratório de Anatomia Patológica do HCSL na cidade de Pouso Alegre – MG, no período de 2008 a 2015.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, analítico, explicativo, documental, transversal e retrospectivo. O local de estudo foi o Laboratório de Anatomia Patológica do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL), situado na Rua Comendador José Garcia, nº 777, cidade de Pouso Alegre – MG.

O presente estudo teve como amostra todos os casos diagnosticados de citologia vaginal positiva no período entre 2008 a 2015, com base nos dados do Banco de dados do programa DataSUS do Governo Federal, oriundos de laudos do Laboratório de Anatomia Patológica do HCSL de Pouso Alegre-MG

Os critérios de inclusão foram todos os laudos de citologias cérvico-vaginais realizadas entre o ano de 2008 a 2015. E os critérios de não inclusão foram todos os casos considerados como insatisfatórios, como lâmina quebrada, esfregaços hemorrágicos e dessecamentos.

O estudo foi realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo 30167914.0.0000.5102, seguindo os conceitos da resolução 466/12.

O exame de Papanicolaou, atualmente é normatizado pelo Sistema *Bethesda* em sua última versão no ano de 2014. Nesse sistema são consideradas lesões ou anormalidades epiteliais escamosas, ou glandulares, as atípicas em células de significado indeterminado, as atípicas em células de significado indeterminado em que não é possível excluir uma lesão de alto grau (HSIL), as lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau (LSIL), as lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (HSIL), as lesões intraepiteliais de alto grau não podendo excluir microinvasão, o carcinoma de células escamosas, o adenocarcinoma *in situ*, adenocarcinoma invasor e outras neoplasias malignas (NAYAR R e WILBUR DC, 2015).

De acordo com Maeda MYS et al. (2004), atípicas em células escamosas de significado indeterminado (ASC-US) ocorrem quando há anormalidades mais acentuadas que aquelas atribuídas às alterações reativas, mas que qualitativa ou quantitativamente são insuficientes para interpretação de um diagnóstico definitivo de lesão intraepitelial ou carcinoma.

Segundo Fernandes F et al. (2012), o câncer do colo do útero é precedido por longa fase de doença pré invasiva, denominada neoplasia intraepitelial cervical (NIC), categorizada em 3 graus; I (NIC I) incluídas na categoria denominada lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau (LSIL), II e III (NIC II/ III) sendo as lesões mais graves englobadas nas lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (HSIL).

O comprometimento epitelial em LSIL (NIC I) é pouco amplo, sendo que as células indiferenciadas estão limitadas ao terço abaixo do epitélio. O comprometimento da camada epitelial é maior em NIC II, envolvendo as camadas profunda e intermediária do epitélio. A HSIL (NIC II, III), por sua vez, é a que apresenta total comprometimento do epitélio com anomalias nucleares que se estendem por toda sua consistência (NAYAR R e WILBUR DC, 2015).

Células escamosas atípicas que não permitem excluir uma lesão de alto grau (ASC-H) são utilizadas para individualizar as atípicas citológicas das células escamosas que são sugestivas de HSIL, mas não definitivas para um diagnóstico. Estes casos estão associados a um maior risco de lesões intraepiteliais, mais frequentemente as neoplasias intraepiteliais escamosas graus 2 e 3, do que os esfregaços de ASC-US (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER - IARC, 2018).

As células glandulares atípicas (AGC) são modificações morfológicas nas células glandulares que são acentuadas demais para serem de origem inflamatória ou reacional, mas insuficientes para o diagnóstico de adenocarcinoma (IARC, 2018).

Já as lesões intraepiteliais de alto grau não podendo excluir microinvasão, podem ocorrer quando existem células de HSIL altamente pleomórficas com citoplasma ceratinizado presentes que não estão acompanhadas pelas características do fundo na invasão (necrose ou diátese tumoral). Vale ressaltar que no Sistema de Bethesda esta categoria existe apenas como uma observação a ser citada em casos de HSIL (NAYAR R e WILBUR DC, 2015).

O Carcinoma de células escamosas é um tumor maligno invasivo mostrando diferenciação no sentido de células escamosas. Neste tipo de lesão é encontrada a presença de células isoladas ou agrupadas, com distribuição irregular da cromatina, variação acentuada no tamanho e nos tipos celulares (células caudadas, em forma de girino e fusiformes), diátese tumoral (MAEDA MYS, et al. 2004),

O Adenocarcinoma *in situ* é uma lesão endocervical glandular de alto grau que se caracteriza por aumento nuclear, hiper cromasia, estratificação e atividade mitótica, mas sem invasão. Já para o Adenocarcinoma invasor, os critérios citológicos se superpõem aos do Adenocarcinoma *in situ*, mas podem mostrar características de invasão (NAYAR R e WILBUR DC, 2015).

Critérios estabelecidos pelo Sistema de Bethesda para classificação de uma citologia como “neoplasia de origem indefinida” foram adotados pela Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais, quando não existem condições de definir a origem de tal célula atípica (epitelial x glandular) (INCA, 2012).

Quando a neoplasia é de origem uterina e proveniente das células glandulares, classifica-se como “Adenocarcinoma invasor: Sem outras especificações”. Entretanto, se o diagnóstico da lesão mostrar características incomuns para tumores do útero ou colo do útero, sendo, possivelmente, uma neoplasia extra-uterina, a classificação muda para “outras neoplasias malignas”, onde se deve especificar a sua origem (INCA, 2012).

RESULTADOS

A partir dos dados pesquisados, observou-se que do total de 77.191 citologias cervicovaginais realizadas no laboratório de Patologia do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL), no período de 2008 a 2015, 3.134 (4,06%) citologias foram positivas, e 74.057 (95,94%) foram negativas conforme a classificação de *BETHESDA*.

Entre as Neoplasias Pré-Malignas foram identificadas 1.580 (2,047%) citologias positivas para Atipias em células escamosas de significado indeterminado (ASC-US), 61 (0,079%) citologias positivas para Atipias em células glandulares de significado indeterminado (AGC-US), 1 (0,001%) citologia positiva de origem indefinida: possivelmente não neoplásicas, 228 (0,295%) citologias positivas para Atipias em células escamosas de Significado Indeterminado, não se podendo afastar HSIL (ASC-H), 26 (0,034%) citologias positivas para Atipias em células glandulares de Significado Indeterminado, não se podendo afastar HSIL (AGC-H), 875 (1,134%) citologias positivas para Lesão intraepitelial de baixo grau LSIL (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intraepitelial cervical grau I) , 320 (0,415%) citologias positivas para Lesão intraepitelial de alto grau HSIL (compreendendo neoplasias intraepiteliais cervicais graus II e III).

Em relação as Neoplasias Malignas, foram encontradas 21 (0,027%) citologias positivas para Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão, 12 (0,016%) citologias positivas para Carcinoma Epidermoide Invasor, 5 (0,006%) citologias positivas para Adenocarcinoma *in situ*, 3 (0,003%) citologia positiva para Outras Neoplasias Malignas, 1 (0,001%) citologia positiva para Adenocarcinoma invasor: sem outras especificações e 1 (0,001%) citologias positivas de origem indefinida não podendo afastar lesão de alto grau conforme os dados demonstrados no **Quadro 1**.

Quadro 1 - Resultados positivos no período de 2008 a 2015.

RESULTADO DA CITOLOGIA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
CITOLOGIAS NEGATIVAS	9.684 (96,69%)	8.229 (96,85%)	9.864 (96,14%)	9.489 (96,56%)	8.206 (95,11%)	8.732 (95,69%)	8.856 (94,89%)	10.998 (95,59%)	74.057 (95,94%)
ASC-US	129 (1,29%)	106 (1,25%)	191 (1,86%)	190 (1,93%)	258 (2,99%)	212 (2,32%)	235 (2,52%)	259 (2,25%)	1.580 (2,047%)
AGC-US	5 (0,05%)	9 (0,11%)	7 (0,07%)	4 (0,04%)	4 (0,05%)	12 (0,13%)	5 (0,05%)	15 (0,13%)	61 (0,079%)
DE ORIGEM INDEFINIDA: POSSIVELMENTE NÃO NEOPLASICAS	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	1 (0,01%)	0 (-)	0 (-)	1 (0,001%)
ASC-H	38 (0,38%)	28 (0,33%)	24 (0,23%)	13 (0,13%)	24 (0,28%)	35 (0,38%)	34 (0,36%)	32 (0,28%)	228 (0,295%)
AGC-H	3 (0,03%)	7 (0,08%)	5 (0,05%)	0 (-)	2 (0,02%)	3 (0,03%)	5 (0,05%)	1 (0,01%)	26 (0,034%)
DE ORIGEM INDEFINIDA: NÃO SE PODE AFASTAR LESÃO DE ALTO GRAU	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	1 (0,01%)	1 (0,001%)
LSIL (NIC I)	103 (1,03%)	85 (1,00%)	128 (1,25%)	100 (1,02%)	100 (1,16%)	95 (1,04%)	124 (1,33%)	140 (1,22%)	875 (1,134%)
HSIL (NIC II E III)	48 (0,48%)	31 (0,36%)	36 (0,35%)	30 (0,31%)	32 (0,37%)	29 (0,32%)	63 (0,68%)	51 (0,44%)	320 (0,415%)
HSIL (MICRO INVASÃO)	2 (0,02%)	0 (-)	3 (0,03%)	0 (-)	2 (0,02%)	3 (0,03%)	7 (0,08%)	4 (0,03%)	21 (0,027%)
CARCINOMA EPIDERMÓIDE INVASOR	2 (0,02%)	1 (0,01%)	2 (0,02%)	0 (-)	0 (-)	2 (0,02%)	2 (0,02%)	3 (0,03%)	12 (0,016%)
ADENOCARCINOMA "IN SITU"	0 (-)	1 (0,01%)	0 (-)	1 (0,01%)	0 (-)	1 (0,01%)	2 (0,02%)	0 (-)	5 (0,006%)
OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS	2 (0,02%)	1 (0,01%)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	3 (0,004%)
ADENOCARCINOMA INVASOR: SEM OUTRAS ESPECIFICAÇÕES	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	1 (0,01%)	1 (0,001%)
TOTAL CITOLOGIAS POSITIVAS	332 (3,31%)	269 (3,17%)	396 (3,86%)	338 (3,44%)	422 (4,89%)	393 (4,31%)	477 (5,11%)	507 (4,41%)	3134 (4,060%)
TOTAL CITOLOGIAS REALIZADAS	10.016 (100%)	8.497 (100%)	10.260 (100%)	9.827 (100%)	8.628 (100%)	9.125 (100%)	9.333 (100%)	11.505 (100%)	77.191 (100%)

Fonte: DataSUS, 2008-2015. **Legenda:** ASC-US= células escamosas atípicas de significado indeterminado; AGC-US= células glandulares atípicas de significado indeterminado; ASC-H= células escamosas atípicas, não é possível excluir uma lesão intraepitelial escamosa de alto grau; AGC-H= células glandulares atípicas, não é possível excluir uma lesão intraepitelial de alto grau; LSIL= lesão intraepitelial escamosa de baixo grau; HSIL= lesão intraepitelial escamosa de alto grau.

Em relação à idade das pacientes com Lesão intraepitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intraepiteliais cervicais graus II e III), Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão, Carcinoma Epidermoide Invasor, Adenocarcinoma "in situ" e Outras Neoplasias Malignas, observou-se que a idade média foi 40,6 sendo que as mais atingidas foram mulheres entre 18 e 40 anos, correspondendo a 56,4%, havendo diminuição de casos positivos para as mulheres entre 40 e 85 anos, correspondendo a 43,4%, conforme os dados visualizados no **Quadro 2**.

Quadro 2 - Idade dos pacientes.

Idade	Frequência	Percentual
Menos de 18 anos	1	0,3 %
18 a 40 anos	195	56,4%
40 a 85 anos	150	43,4%
Total	346	100,0%

Fonte: DataSUS, 2008-2015.

Entre as pacientes com câncer de colo de útero foi detectado que 94,22% já haviam realizado o exame Papanicolau, 39,31% realizaram a citologia no ano anterior, conforme os dados detalhados no **Quadro 3**.

Quadro 3 - Ano da citologia anterior.

Ano da citologia Anterior	Frequência	Percentual
1ª vez	13	3,76%
Mesmo ano	117	33,82%
Ano anterior	136	39,31%
Mais de dois anos	60	17,34%
Sem informação	18	5,20%
Não sabe	2	0,58%
Total	220	100,0%

Fonte: DataSUS, 2008-2015.

Em relação aos resultados das citologias anteriores, os mesmos não foram significativos, pois a maioria, 240 pacientes (69,36%) foram sem informação, conforme os dados evidenciados no **Quadro 4**.

Quadro 4 - Resultados citologia anterior

Resultado da Citologia Anterior	Frequência	Percentual
Sem informação	240	69,36%
Lesão baixo grau	20	5,78%
Lesão alto grau	34	9,83%
ASC-US	23	6,65%
ASC-H	10	2,89%
Negativo para células neoplásicas	19	5,49%
Total	346	100,0%

Fonte: DataSUS, 2008-2015.

O teste *t* para amostras independentes, não foi utilizado, pois não houve diferença estatística, já que o índice de erro foi maior que o estabelecido ($p=0,05$), possivelmente por não entrar os dados estatísticos das lesões de baixo grau.

DISCUSSÃO

Os resultados de 3.134 citologias cervicovaginais positivas realizadas no Hospital das Clínicas Samuel Libânio estão de acordo com alguns aspectos relatados em outras literaturas, pois a incidência de aproximadamente 3,7% encontrado no estudo de Menetrier VJ et al. (2016), realizado no município de Francisco Beltrão (PR) no ano de 2014, e o valor de 3,3% encontrado no estudo de Backs LTH et al. (2016), no ano de 2007 a 2011, estão em conformidade com a frequência de 4,060% de anormalidades citológicas encontradas no presente estudo.

A proporção de 2,047% para ASC-US encontradas neste estudo demonstra semelhança com os dados registrados no estudo de Rodrigues AKP et al. (2017), realizado em arquivos no banco de dados do Laboratório de Citopatologia e Anatomia Patológica do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará (LAPAC-NMT/UFGA), no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015 que corresponde a um valor de 2,31%.

No presente estudo, os resultados demonstram incidência para ASC-H de 0,295% estando de acordo com as frequências aproximadas de 0,2%, encontradas por Fernandes F et al. (2011), e INCA e Ministério da Saúde, (2016) respectivamente através do programa do SISCOLO.

O estudo realizado por Trindade GB et al. (2017) no município de Santa Catarina evidencia um valor de 0,07% para AGC e 0,01% para Neoplasia sem outra classificação. Neste estudo foi encontrado o valor de 0,119% para AGC.

A prevalência para Lesão intraepitelial de baixo grau foi de 1,134% no presente estudo. Na pesquisa realizada por Terres AF et al. (2009) no município de Curitiba (PR), foi encontrado o valor de 1,61%.

Neste estudo, a taxa para Lesão intraepitelial de alto grau foi de 0,415%, condizente com o perfil do estudo de Kruger ECF et al. (2016) correspondendo a 0,41%.

Quanto a Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão, carcinoma epidermoide invasor e outras neoplasias malignas o valor estimado foi considerado baixo correspondendo a 0,027%, 0,016% e 0,004% respectivamente. Dados registrados, no Brasil, pelo INCA e Ministério da Saúde (2016), também demonstram infrequência nos valores, correspondendo a 0,03% e 0,01% para lesão de alto grau não podendo excluir microinvasão e carcinoma epidermoide invasor.

Com relação a faixa etária, Prado PR et al. (2012) demonstrou em seu estudo realizado no Município de Rio Branco – (Acre) que há maior incidência em mulheres com idade entre 25 e 45 anos, correspondendo a 57,3% dos resultados positivos, corroborando com nosso estudo que evidencia o valor de 56,8% para mulheres entre 18 e 40 anos.

Em relação ao diagnóstico da citologia anterior ficou constatado que 94,22% já haviam realizado o exame Papanicolau e que a maioria, 39,31%, realizou o exame no ano anterior ao diagnóstico de citologia positiva. No estudo de Navarro C et al. (2015) realizado no município de Boa Vista (RR), foi demonstrado que 85,6% já haviam realizado citologias anteriores e a grande maioria no último ano. Na pesquisa realizada por Rama CH et al. (2008), não foi observado relevância para o número de exames anteriormente realizados e os resultados das citologias anteriores. Também neste estudo, percebeu-se que em relação aos resultados das citologias anteriores não houve nenhuma significância, pois a maioria, 72,3%, não apresentou informação.

CONCLUSÃO

A incidência de citologias cervicovaginais positivas de 4,060% no período de 2008 a 2015, nos laudos do Laboratório de Anatomia Patológica do HCSL, estão condizentes aos valores encontrados por outros autores. Observou-se, também, que as displasias cervicais e o Carcinoma “*in situ*” não apresentam sintomatologia própria, sendo a realização de citologias cervicovaginais de rotina muito importante para prevenção e detecção de lesões precursoras, já que o tratamento pode ser efetuado com sucesso na progressão para tumor invasivo. Em relação à idade das pacientes, concluiu-se que as lesões malignas do colo do útero ocorreram com maior incidência entre mulheres com 18 a 40 anos, provavelmente, pelo fato da idade fértil combinada com a maior atividade sexual.

REFERÊNCIAS

1. BACKES LTH, et al. População feminina atendida no SUS e prevalência de alterações citológicas no colo do útero. *Revista Eletrônica de Extensão, Florianópolis*, 2016; 13 (21): 56-67.
2. FERNANDES F, et al. Diagnóstico Citopatológico de ASC-US e ASC-H no Serviço Integrado Tecnológico em Citologia do INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, 2012; 58(3): 453-459.
3. INCA; MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2019. Conceito e Magnitude. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-uterio/conceito-e-magnitude>. Acesso em: 20 fev. 2019.
4. INCA; MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2016. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Disponível em http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio_2016.pdf. Acesso em: 20 Dez. 2018
5. INCA; MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2018. Estimativa 2018 Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf> > Acesso em: 17 dez. 2018.
6. INCA; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//nomenclatura-brasileira-para-lausos-citopatologicos-cervicais-2012.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2018.
7. INCA; MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2018. Tratamento. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-uterio/acoes-de-controlado-cancer-do-colo-do-uterio/acoes-de-controlado-cancer-do-colo-do-uterio/tratamento>. Acesso em: 17 dez. 2018.
8. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER – IARC. Histopatologia do colo uterino – atlas digital: Glossário – Definições. Disponível em: <http://screening.iarc.fr/atlasglossdef.php?lang=%204&key=ASC-H&img>. Acesso em: 22 dez. 2018.
9. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER – IARC. Histopatologia do colo uterino – atlas digital: Glossário – Definições. Disponível em: <http://screening.iarc.fr/atlasglossdef.php?lang=4&key=AGC:%20c%E9lulas%20glandulares%20at%EDpicas&img>. Acesso em: 22 dez. 2018.
10. KRUGER ECF, et al. Prevalência de anormalidades nos exames citopatológicos realizados no laboratório de análises clínicas da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - LC PUC Goiás. *Revista EVSPUC, Goiânia*, 2016; 43(1): 27-33.
11. MAEDA MYS, et al. Estudo preliminar do SISCOLO-Qualidade na rede de saúde pública de São Paulo. *J Bras. Patol. Med. Lab, São Paulo*, 2004; 40(6): 425-9.
12. MENETRIER JV, et al. Alterações citopatológicas do colo uterino em mulheres atendidas na 8ª Regional de Saúde do Paraná no ano de 2014. *Revista de saúde pública do Paraná, Londrina*, 2016; 17(2):169 -17.
13. MURTA EFC, NOMEINI RS. Métodos de imagem no estadiamento das neoplasias malignas de colo uterino. *Revista Femina, Uberaba*, 2010; (38)1: 41-46.
14. NAVARROL C, et al. Cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero em região de alta incidência. *Revista Saúde Pública, Boa vista (RR)*, 2015; 49(17): 1-8.
15. NAYAR R, WILBUR DC. *The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology: Definitions, Criteria, and Explanatory Notes*. 3rd ed. Springer International Publishing. Suíça, 2015; 342p.
16. OLIVEIRA EC. Incidência e correlação de lesões LSIL e HSIL com o carcinoma invasor de colo de útero em mulheres atendidas no hospital geral de Curitiba. Trabalho de conclusão de curso (Título de Especialista em Análises Clínicas). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013; 28p.
17. PAULA SHB et al. Linha de cuidado de câncer de mama e de colo de útero: um estudo sobre referência e contrarreferência em cinco regiões de saúde de São Paulo, Brasil. *Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, São Paulo*, 2016; 146-165.
18. PINTO VFC, et al. Aspectos epidemiológicos e citológicos de infecções pelo papilomavírus humano (HPV) em adolescentes: uma revisão. *Revista Científica do ITPAC, Araguaína*, 2012; 5(4).
19. PRADO PR, et al. Caracterização do Perfil das Mulheres com Resultado Citológico ASCUS/AGC, LSIL e HSIL segundo Fatores Sociodemográficos, Epidemiológicos e Reprodutivos em Rio Branco - AC, Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio Branco, 2012; 58(3): 471-479.
20. RAMA CH, et al. Rastreamento anterior para câncer de colo uterino em mulheres com alterações citológicas ou histológicas. *Revista Saúde Pública, São Paulo*, 2008; 42(3): 411-9.
21. RODRIGUES AKP, et al. Análise do perfil de mulheres atendidas pela SESMA diagnosticadas com ASCUS no período de 2013 a 2015 no estado do Pará. *Revista Conexão UEPG, Ponta Grossa*, 2017; 13 (2): 329-339.
22. SANTANA CKLSL, et al. Tendência de Mortalidade por Câncer do Colo do Útero no Estado de Goiás no Período de 1989 a 2009. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Goiás, 2013; 1(59): 9-16.
23. TAKITO D, et al. HPV e câncer de colo de útero: análise epidemiológica e citopatológica no município de Cascavel- Paraná. *Revista Thêma et Scientia ,Cascavel*, 2015; 5(2): 14-20.
24. TERRES AF, et al. Análise dos resultados de exames preventivos e de rastreamento de câncer de colo do útero realizados em uma clínica ginecológica particular no município de Curitiba, PR. *Revista Estudos de Biologia, Curitiba*, 2009; 31(73/74/75): 103-9.
25. TRINDADE GB, et al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero e sua periodicidade em um município de Santa Catarina. *Revista Medicina, Ribeirão Preto*, 2017; 50(1): 1-10.