

Caracterização do perfil histopatológico das lesões intra-epiteliais escamosas ou invasivas em mulheres atendidas no Hospital São Marcos em Teresina-Piauí

Characterization of the histopathological profile of squamous or invasive intra-epithelial lesions in women attended at Hospital São Marcos in Teresina-Piauí

DOI:10.34117/bjdv8n3-258

Recebimento dos originais: 14/02/2022

Aceitação para publicação: 21/03/2022

Ismael Gomes da Rocha

Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Bioquímica e Fisiologia

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº, Cidade Universitária Recife – Pernambuco, Brasil, CEP: 50670-901

E-mail: ismaelroch@gmail.com

Romildo Luciano da Silva

Mestre em Morfotecnologia

Departamento de Histologia e Embriologia, Centro de Ciências Biológicas

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº, Cidade Universitária Recife – Pernambuco, Brasil, CEP: 50670-901

E-mail: romildo14luciano@gmail.com

Giwellington Silva Albuquerque

Doutor em Biologia Celular e Molecular Aplicada

Instituição: Universidade de Pernambuco

Endereço: Rua Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro Recife – Pernambuco, Brasil, CEP: 50100-130

E-mail: giwellington@hotmail.com

Kelly Beatriz Vieira de Oliveira

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Farmacologia

Instituição: Universidade Federal do Piauí

Endereço: Ininga, sala 15, Teresina - Piauí, Brasil, CEP: 64049-550

E-mail: vieira.beatriz.kelly@hotmail.com

Eduardo Isidoro Carneiro Beltrão

Pós-Doutor em Imunologia de Tumores

Departamento de Bioquímica, Centro de Biociências

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco

Av. Prof. Moraes Rego, s/nº, Cidade Universitária Recife - Pernambuco, Brasil, CEP: 50670-901

E-mail: ebeltrao@hotmail.com

Jacinto da Costa Silva Neto

Pós-doutor pela McGill University

Departamento de Histologia e Embriologia, Centro de Ciências Biológicas

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/n°, Cidade Universitária Recife – Pernambuco,
Brasil, CEP: 50670-901

E-mail: jacintocosta@hotmail.com

RESUMO

A neoplasia do colo uterino desponta como uma das principais causas de câncer e óbitos em mulheres em todo o mundo. Sendo o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, e o segundo em número de mortes, segundo as estimativas mundiais. O exame histopatológico consiste no diagnóstico definitivo para as lesões cervicais, sendo considerado padrão ouro. A lesão inicial é biopsiada, dirigida pela colposcopia, que muitas vezes também serve como terapêutica. Dada à importância do histopatológico no diagnóstico precoce de lesões intra-epiteliais escamosas como forma de combater a alta incidência de câncer de colo de útero, este estudo objetivou avaliar o perfil destas lesões em mulheres residentes no estado do Piauí, a partir do arquivo de laudos histopatológicos do sistema de informações do câncer do colo do útero (SISCOLO), fornecidas pelo Hospital São Marcos – Teresina – Piauí. Na parte retrospectiva, os 96 blocos analisados eram: NIC I 8 casos (8,51%), NIC II 11 casos (11,70%), NIC III 34 casos (36,17%), Carcinoma invasor/Adenocarcinoma 33 casos (35,11%) e Carcinoma Microinvasor 8 casos (8,51%). A média de idade das pacientes pertencentes a este estudo foi de 49 anos. Sendo estes, 57 (60,64%) vindas do interior do estado e 37 (39,33%) da capital Teresina. Na parte prospectiva com 49 amostras, na qual a média de idade entre elas foi de 40 anos. Sendo estas, 37 (77,1%) oriundas do interior do estado e 11 (22,9%) da capital. Onde foram feitas associações dos laudos histopatológicos com idade, origem, etilismo, coitarca, número de parceiros, onde as estatísticas não foram significativas. O câncer do colo uterino é uma das neoplasias com maior chance de cura quando diagnosticado precocemente. Sendo extremamente importante que o rastreamento ocorra com ampla cobertura e de forma regular para a sua efetividade.

Palavras-chave: histopatológico, câncer cervical, hpv.

ABSTRACT

The cervical cancer emerges as one of the leading causes of cancer and death in women worldwide. It is the fourth most common type of cancer among women, and the second in number of deaths, according to worldwide estimates. The histopathological examination is the definitive diagnosis for cervical lesions, and is considered the gold standard. The initial lesion is biopsied, directed by colposcopy, which often also serves as therapy. Given the importance of histopathology in the early diagnosis of squamous intraepithelial lesions as a way to combat the high incidence of cervical cancer, this study aimed to evaluate the profile of these lesions in women residing in the state of Piauí, from the file of histopathology reports of the information system of cervical cancer (SISCOLO), provided by the São Marcos Hospital - Teresina - Piauí. In the retrospective part, the 96 blocks analyzed were: CIN I 8 cases (8.51%), CIN II 11 cases (11.70%), CIN III 34 cases (36.17%), Invasive carcinoma/denocarcinoma 33 cases (35.11%) and Microinvasive carcinoma 8 cases (8.51%). The mean age of the patients belonging to this study was 49 years. These were 57 (60.64%) from the interior of the state and 37 (39.33%) from the capital Teresina. In the prospective part with 49 samples, in which the average

age among them was 40 years. These were 37 (77.1%) from the interior of the state and 11 (22.9%) from the capital. The histopathology reports were associated with age, origin, alcoholism, coitus, and number of partners, but the statistics were not significant. Cervical cancer is one of the most curable neoplasms when diagnosed early. It is extremely important that screening occurs with wide coverage and on a regular basis for its effectiveness.

Keywords: histopathology, cervical cancer, hpv.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que até 2030 surjam 27 milhões de novos casos de câncer. No Brasil, o câncer configura-se como problema de saúde pública, uma vez que as neoplasias ganham destaque crescente, apresentando-se em segundo lugar em morbimortalidade no país (Fripp JC, 2014).

O câncer do colo do útero é um dos mais frequentes tumores na população feminina e é causado pela infecção persistente por alguns tipos do papilomavírus humano (HPV). A infecção genital por esse vírus é muito frequente e não causa doença na maioria das vezes. Entretanto, em alguns casos, ocorrem alterações celulares que podem evoluir para o câncer. Essas alterações são descobertas facilmente no exame preventivo (conhecido também como Papanicolaou) e são curáveis na quase totalidade dos casos (INCA, 2019).

A estimativa mundial aponta que o câncer do colo do útero foi o quarto mais frequente em todo o mundo, com uma estimativa de 570 mil casos novos, representando 3,2% de todos os cânceres. Esse valor corresponde a um risco estimado de 15,1/100 mil mulheres. Sendo que as taxas de incidência mais elevadas foram estimadas para os países do Continente Africano (Essuatíni ou Suazilândia – 51,2/100 mil e África do Sul – 43,9/100 mil) (BRAY et al., 2018; FERLAY et al., 2018).

O número de casos novos de câncer do colo do útero esperados para o Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, será de 16.590, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres. (INCA, 2020)

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o segundo mais incidente nas Regiões Norte (21,20/100 mil), Nordeste (17,62/100 mil).

No Estado do Piauí, por exemplo, houve uma taxa bruta de incidência estimada de 23,19 casos de câncer do colo do útero para cada 100 mil mulheres, com uma taxa

esperada de 390 novos casos no estado e 100 na capital Teresina, para o triênio 2020-2022 (INCA, 2020).

Outros fatores que aumentam o risco de desenvolver esse tipo de câncer são: início precoce da atividade sexual e múltiplos parceiros; tabagismo (a doença está diretamente relacionada à quantidade de cigarros fumados); e uso prolongado de pílulas anticoncepcionais (INCA, 2019)

A despeito dos dados epidemiológicos terem demonstrado uma diminuição das taxas de novos casos de câncer cervical nas últimas três décadas, a incidência do câncer de colo do útero permanece elevada (WHO, 2014).

O desenvolvimento do câncer de colo uterino está diretamente relacionado à infecção persistente pelo HPV (BOSCH FX et al., 2008). Estimativas mundiais indicam que aproximadamente 20% de indivíduos normais estão infectados pelo HPV, e a cada ano surgem em torno de 500.000 casos novos de câncer de colo uterino, dos quais cerca de 70% ocorrem em países subdesenvolvidos. Além disso, acredita-se que nessas regiões ocorram de 10 a 20 vezes mais lesões precursoras deste tipo tumoral, o que significa um número elevado de indivíduos acometidos por essa doença (TERMINI L, et al., 2008).

A incidência, no Brasil, evidencia-se a partir dos 20 aos 29 anos, e o maior risco encontra-se na faixa etária de 45 a 49 anos. Entretanto, a mortalidade resulta mais significativa à medida que aumenta a idade em virtude do prolongado período que compreende a transmissão sexual do HPV, o adoecimento e a morte por câncer do colo do útero (MINISTERIO DA SAUDE, 2019). Traçando perfis de morbimortalidade evitáveis e que conjecturam a iniquidade em saúde. O câncer do colo do útero afeta as mulheres de menor nível socioeconômico e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde (INCA, 2020).

De todas as neoplasias malignas associadas ao HPV, o câncer cervical é, sem dúvida a mais importante, causando morbidade e mortalidade significativas em todo o mundo (GLOBOCAN, 2020).

Vários estudos investigaram a contribuição dos genótipos de HPV entre os casos de câncer cervical na população brasileira, onde relataram que o HPV16 e 18 como o HPV mais frequente Tipos, seguido por HPV 31, enquanto os HPV16, HPV31, HPV33 e HPV58 são os genótipos de HPV mais comuns encontrados em amostras cervicais do Nordeste do Brasil.(GURGEL A.,2013). Dados epidemiológicos mostraram que HPV16 e HPV18 são responsáveis por 70% dos casos de invasivo de câncer cervical em todo o mundo (SANJOSE S.,2010)

As lesões intra-epiteliais escamosas do colo do útero são comprovadamente precursoras do câncer cervical. Vários exames são utilizados na avaliação e diagnósticos dessas lesões. Dentre eles, destacam-se a citologia, colposcopia e o histopatológico (SARIAN, et al., 2010). Para classificar as lesões pré-cancerosas, atualmente, pode-se utilizar uma associação entre o Sistema Bethesda, 2014 e a classificação de Richard 1967, que relaciona lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau (LSIL) com neoplasia intra-epitelial cervical (NIC I) e infecção por HPV, e lesão intra-epitelial escamosa de alto grau (HSIL) com NIC II e NIC III (BETHESDA, 2015).

Existem vários fatores de risco que podem contribuir para a ocorrência do câncer de colo de útero. Dentre eles, os mais relevantes são: o início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, paridade, tabagismo, higiene íntima inadequada, imunossupressão, infecções sexualmente transmissíveis, deficiências nutricionais e o uso prolongado de contraceptivos orais (INCA, 2016). Porém, o principal precursor do câncer cervical consiste na infecção pelo HPV (INCA, 2016; STIVAL, et al., 2005).

Os infectados pelo HPV e a maioria desses com infecções assintomáticas e transitórias, tornando-se completamente indetectável dentro do período de um a dois anos, mas a infecção persistente pelo vírus favorece o desenvolvimento de lesões pré-cancerosas e, posteriormente, da neoplasia (ANDRADE MS, et al., 2014).

O Ministério da saúde preconiza que toda mulher entre 25 e 64 anos de idade ou que já iniciou sua vida sexual, deve se submeter ao exame preventivo, com periodicidade anual, inicialmente. Após dois exames consecutivos com resultados negativos para displasia ou neoplasia do colo do útero, este adquire periodicidade trianual. Após resultado negativo, o risco cumulativo de desenvolver a referida patologia é bastante reduzido, mantendo tal redução nos cinco anos subsequentes (MINISTERIO DA SAUDE, 2019).

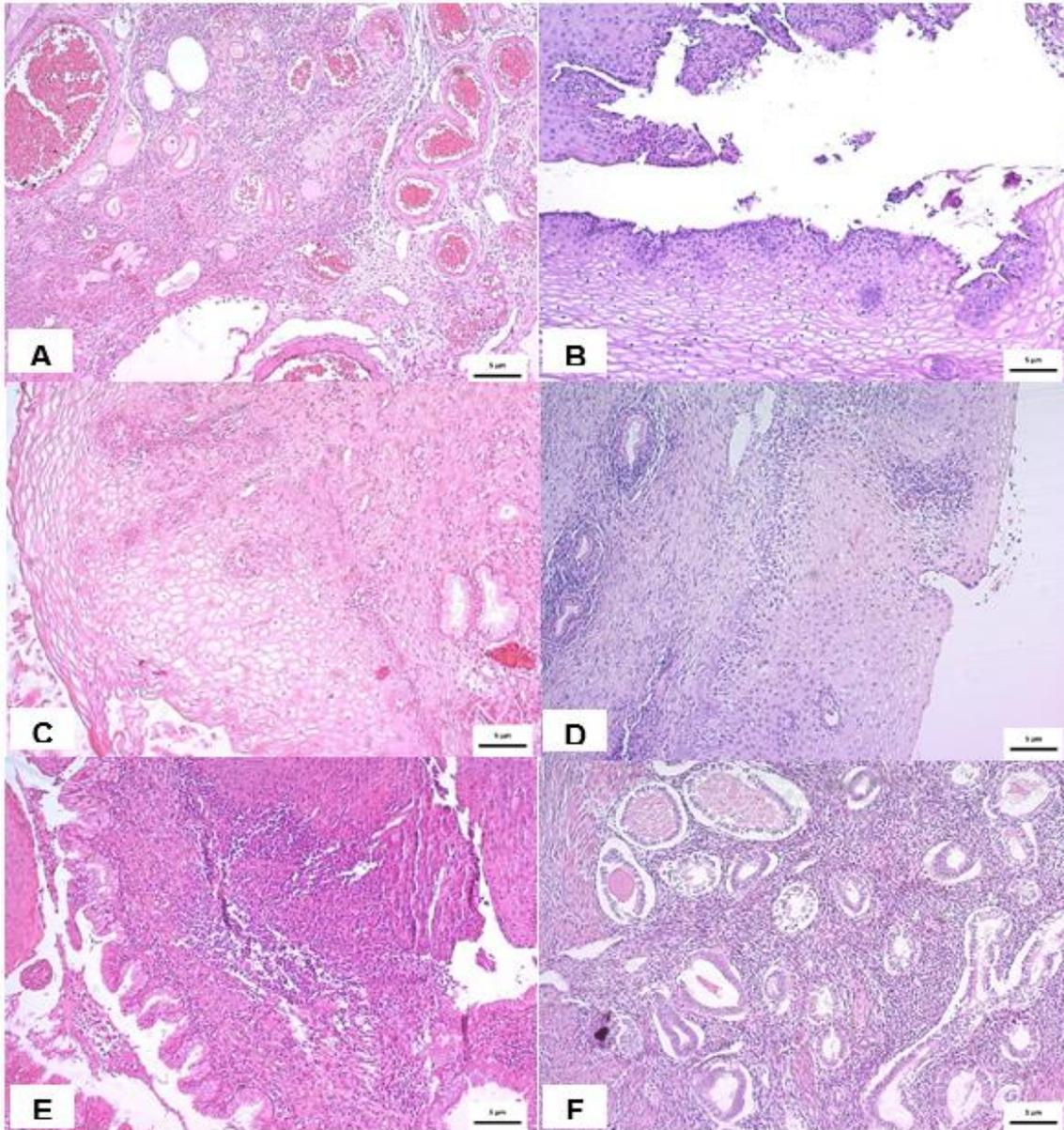
O diagnóstico oncológico utiliza diversos parâmetros, entre eles, a avaliação clínica e a histopatológica. Na avaliação clínica, as evidências surgem por meio de exame físico, exames de imagem, endoscopia, dosagem sorológica de marcadores tumorais e outros exames relevantes e primordiais, como a análise histopatológica, também conhecida como anatomopatológico (Andrade WP, 2018).

A análise histopatológica é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico confirmatório de tumor maligno, a avaliação de prognóstico e o direcionamento terapêutico para muitos tumores (Queiroz MCLT et al., 2015). Esse diagnóstico consiste em uma avaliação macro e microscópica da peça cirúrgica e/ou biópsia. A análise

macroscópica é a avaliação da peça anatômica, como cor, tamanho e aparência da região, enquanto a microscópica utiliza escores estabelecidos para averiguar os diversos aspectos anatomopatológicos anormais, avaliar a origem histológica do tumor, podendo classificá-lo como tumor epitelial, mesenquimal e/ou embrionário, além de possibilitar a realização da avaliação de expressão de proteínas teciduais por meio da imuno-histoquímica (Silva LCZ, 2013).

O histopatológico consiste no diagnóstico definitivo para as lesões cervicais. A lesão inicial é biopsiada, dirigida pela colposcopia, que muitas vezes também serve como terapêutica. Mesmo o exame histopatológico sendo considerado padrão-ouro, há possibilidade de resultados falso-negativos se a lesão for biopsiada em local menos representativo (PESSINI; SILVEIRA, 2004). Nas imagens abaixo (Fig.1), podemos visualizar a análise histológica (HE) e a evolução das lesões cervicais nas pacientes desse estudo.

Figura 1. Análise histológica (HE) e a evolução das lesões cervicais. (A) Cervicite. (B) NIC I. (C) NIC II. (D) NIC III. (E) Carcinoma in situ. (F) Adenocarcinoma.



2 OBJETIVO

Avaliar o perfil das lesões intra-epiteliais escamosas de amostra obtida nos exames histopatológicos de mulheres residentes no estado do Piauí, a partir do arquivo de laudos histopatológicos positivos do sistema de informações do câncer do colo do útero (SISCOLO/versão4.0) e em coletas nas pacientes no serviço público e privado do Hospital São Marcos.

3 MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo transversal, com amostras provenientes das pacientes do Setor de Ginecologia e Patologia do Hospital São Marcos em Teresina – Piauí.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pernambuco (UFPE) e do Hospital São Marcos (CAAE: 17068913.6.3002.5584).

Todas as pacientes envolvidas foram devidamente esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa e somente foram incluídas depois que concordaram em participar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (resolução 466/12).

Retrospectivamente foram avaliados 206 laudos histopatológicos emitidos em 2015 e 2016 pelo hospital, onde foram selecionados 96 casos positivos do banco de dados do Sistema de Informação do Controle de Câncer de Colo Uterino – Ministério da Saúde (SISCOLO).

Foram coletados do SISCOLO informações como idade das pacientes, período da realização do exame e resultado histopatológico da biópsia.

Foram coletadas 49 amostras de pacientes submetidas à colposcopia com biópsia direta de útero e de coletas no setor de Ginecologia entre dezembro de 2016 e janeiro de 2017. Onde o material biopsiado foi fixado em formol a 10% e processado para estudo histológico de rotina. Dos blocos de parafina foram realizados cortes histológicos com 5 um de espessura, os quais foram corados pela hematoxilina-eosina e examinados na rotina do Serviço de Biópsias do Departamento de Patologia do Hospital São Marcos. Posteriormente, foram examinadas por um médico patologista, com padronização do laudo e levando-se em consideração: a amostragem (somente ectocérvice, somente endocérvice ou zona de transformação); presença de infiltrado inflamatório na lâmina própria e sua avaliação semiquantitativa; presença de neoplasias intra-epiteliais ou invasoras; presença do efeito citopático do HPV (células paracercatóticas, escamas

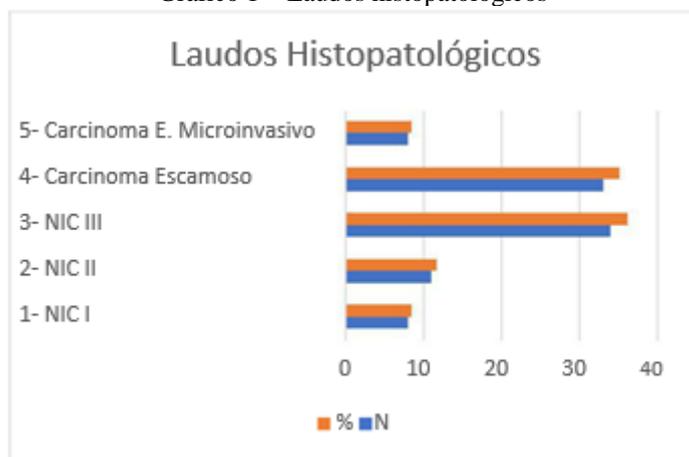
anucleadas, coilocitose, atipia nuclear e anisocitose) e presença de outros agentes específicos. Utilizando a nomenclatura da Organização Mundial de Saúde (OMS). Essa nomenclatura classifica as alterações histopatológicas cervicais em neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC) nos graus leve (NIC I), moderado (NIC II), acentuado (NIC III) e carcinoma invasor (SCULLY RE, et al., 1994). Os dados das pacientes foram coletados através de um questionário sócio-econômico padronizado, e analisado juntamente com os laudos histopatológicos das mesmas.

Para as análises estatísticas, utilizou-se o programa Prisma Versão 5.0 e para a análise da associação entre as variáveis e o diagnóstico histopatológico foram calculados os Odds Ratio com intervalo de confiança de 95% no teste de Fisher e T. As variáveis estudadas foram: origem da paciente, idade, laudo histopatológico, número de parceiros sexuais, menarca, coitarca, etilismo uso de contraceptivo hormonal. Os diagnósticos foram divididos em três grupos: HPV / NIC 1, NIC 2 / NIC 3, câncer invasor/adenocarcinoma e cervicite. O grupo HPV / NIC 1 foi usado como referência para a análise.

4 RESULTADOS

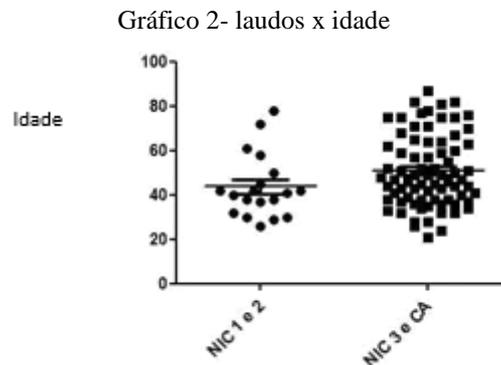
Retrospectivamente foram avaliados 206 laudos histopatológicos emitidos em 2015 e 2016 pelo setor de Patologia do hospital São Marcos, e destes foram selecionados 96 blocos histopatológicos dos casos positivos. No gráfico 1 estão estratificados esses casos de acordo com o resultado de seus laudos em: NIC I 8 casos (8,51%), NIC II 11 casos (11,70%), NIC III 34 casos (36,17%), Carcinoma invasor/Adenocarcinoma 33 casos (35,11%) e Carcinoma Microinvasor 8 casos (8,51%).

Gráfico 1 – Laudos histopatológicos



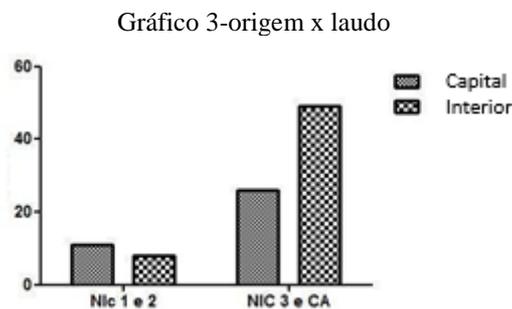
As maiores porcentagens nas prevalências entre as pacientes com laudos positivos ficaram entre 31 a 40 anos (24,47%), 41 a 50 (27,66%) e acima de 60 anos (25,53%).

O gráfico 2 demonstra a correlação entre os laudos histopatológicos e a idade das pacientes.



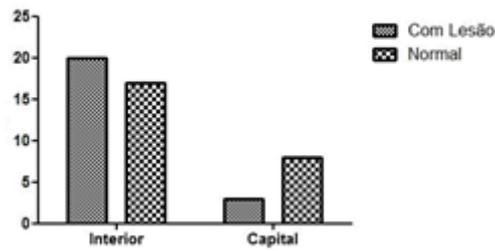
A média de idade das pacientes pertencentes a este estudo foi de 49 anos, variando de 21 a 85 anos. Sendo estes, 57 (60,64%) vindas do interior do estado e 37 (39,33%) da capital Teresina.

O gráfico 3 demonstra a correlação entre os laudos histopatológicos e a origem das pacientes.



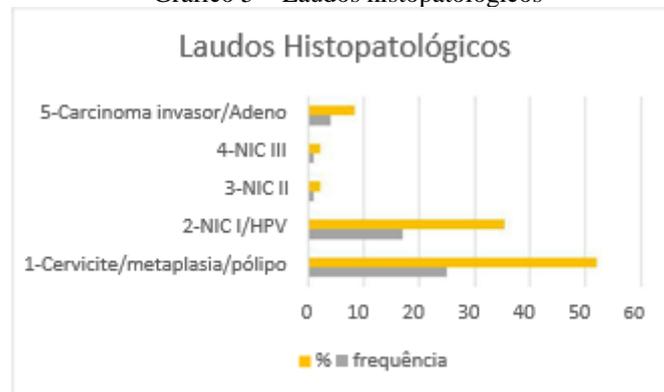
Nessa parte do estudo, onde foram coletadas 49 amostras de pacientes submetidas à colposcopia com biópsia direta de útero e depois a um questionário socioeconômico, na qual a média de idade entre elas foi de 40 anos, variando entre 21 e 85 anos. Sendo estas, 37 (77,1%) oriundas do interior do estado e 11 (22,9%) da capital Teresina. No gráfico 4 mostra a associação da origem das pacientes x resultado dos laudos histopatológicos.

Gráfico 4 – origem x laudos



No gráfico 5 estão estratificados esses casos de acordo com o resultado de seus laudos em: Cervicite 25 casos (52,08%), NIC I/HPV 17 casos (35,42%), NIC II 1 caso (2,08%), NIC III 1 caso (2,08%), Carcinoma invasor/Adenocarcinoma 8 casos (8,34%).

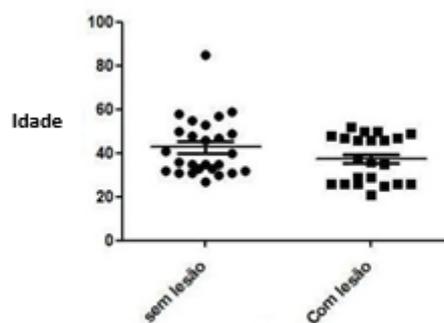
Gráfico 5 – Laudos histopatológicos



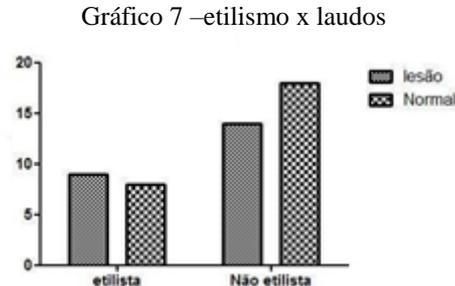
As maiores porcentagens nas prevalências entre as pacientes com cervicite e laudos positivos ficaram entre 21 a 30 anos (22,4%), 31 a 40 (32,7%) e de 41 a 50 anos (30,6%).

O gráfico 6 demonstra a correlação entre os laudos histopatológicos x idade das pacientes.

Gráfico 6 – laudos x idade



Em relação ao etilismo entre as pacientes, 34,7% faziam o uso regular de bebida e 65,3 % não faziam uso de qualquer tipo de bebida. O gráfico 7 demonstra a correlação entre o etilismo x laudos histopatológicos.



A mediana das pacientes no estudo para a menarca foi de 13 anos (11-23) e para a coitarca de 17 anos (13-30).

Quanto ao número de parceiros sexuais, os dados se distribuem assim: com um único parceiro temos 13 com lesões e 14 normais e com mais de um parceiro, temos 10 com lesões e 12 normais. O gráfico 9 faz a associação entre o número de parceiros sexuais x os laudos histopatológicos.

5 DISCUSSÃO

Dados sobre incidência do câncer cervical são importantes para definir prioridades de programas estratégicos de prevenção e tratamento, subsidiar gestores em saúde no direcionamento de investimento e alocação de recursos, e definir metas e avaliar resultados. Este estudo buscou traçar o perfil histopatológico das lesões intra-epiteliais escamosas e invasivas em mulheres atendidas no Hospital São Marcos em Teresina-Piauí. Um aspecto facilitador encontrado pela pesquisa foi a centralização dos tratamentos oncológicos e dos diagnósticos ser no próprio hospital.

Na parte retrospectiva do estudo aponta para o fato de que, neste período dos 96 laudos histopatológicos selecionados e analisados, 75 destas apresentava positividade para NIC III (36,17%), e Carcinoma invasivo/Adenocarcinoma/microinvasor(43,62%), ou seja, lesões mais avançadas. Concordando com estes dados, Zhou et al., também identificaram o carcinoma escamoso como o mais frequente na população estudada (86%), seguido do adenocarcinoma (10,6%) e carcinoma adenoescamoso (3,4%). Estes autores também demonstraram que grande parte das mulheres com adenocarcinoma e carcinoma adenoescamoso possuíam grau histológico bem diferenciado, enquanto que os

tumores com diagnóstico de carcinoma escamoso possuíam grau de diferenciação moderado e indiferenciado, revelando, através de análises univariadas e multivariadas, que o grau histológico pode interferir no prognóstico de mulheres com carcinoma escamoso.

A maior incidência de câncer de colo do útero acomete mulheres com idades entre 40 e 50 anos, sendo menos frequentes antes dos 30 anos, o que se deve ao longo período da infecção viral pelo HPV no início das atividades sexuais até o aparecimento do câncer (INCA, 2016). Essa situação também é encontrada neste estudo, em que 71,28% das pacientes acima dos 50 anos foram afetadas por lesões invasoras.

Mulheres com câncer cervical apresentam, em sua grande maioria, segundo dados epidemiológicos da literatura, idade entre 40 e 50 anos, marcando o fim da vida reprodutiva, cor não branca, baixo grau de escolaridade e ocupação do lar, evidenciando que a alta prevalência da doença está associada às condições de vida da população, acesso aos serviços públicos de saúde e qualidade da assistência à saúde da mulher. (Rangel G. et al, 2015)

No presente estudo, observou-se uma média de idade para o diagnóstico de 50,65 anos. Resultado similar foi encontrado por um estudo realizado em São Paulo, por Thuler et al., que avaliando as características sociodemográficas de mulheres com câncer de colo do útero no Brasil, evidenciou uma média de idade de 49,2 anos.

Thuler et al., analisando os fatores determinantes do diagnóstico em estágio avançado em mulheres com câncer de colo do útero no Brasil, evidenciou um média de idade de $52,4 \pm 14,1$ e estabeleceu uma relação de que mulheres com idade entre 30 e 39 anos teriam 10% maior chance de desenvolver doença avançada, aumentando gradativamente até 2 vezes para a faixa etária de 60 anos ou mais, concluindo, portanto, que a idade é um dos principais preditores de doença moderada e avançada.

Enquanto a infecção pelo HPV diminui com a idade, a incidência de câncer aumenta, sugerindo a persistência da infecção pelo HPV produza lesões de alto grau (FREITAS et al.,2006).

Fazendo uma correlação entre os laudos histopatológicos versus a idade das pacientes, através do Test T, obteve-se um p-valor de 0,07, um valor quase que significativo e o Teste Fisher para os laudos histopatológicos versus procedência das pacientes, com uma Odds de 2,59, que apresenta uma tendência maior ao risco de desenvolver tumores avançados em mulheres mais velhas, justamente pelo tempo de desenvolvimento.

Nas 49 amostras coletadas, teve como suas maiores proporções dos resultados dos laudos histopatológicos, 35,42% de casos com NIC I/HPV e 52,8% das suas amostras apenas com cervicite. Sendo estas com média de idade igual a 42 anos para as pacientes normais e de 37 anos para as pacientes com lesão. Outro fato interessante, é que mais de 50% dessas pacientes foram diagnosticadas com HPV em seus laudos histopatológicos, somente com a análise histológica. Fato interessante, pois só podemos sugerir a presença do vírus pelo seu efeito citopático (coilocitose) e somente confirmar que há infecção por ele, através de diagnóstico molecular para detectar sua presença.

A maioria das pacientes continua sendo oriundas do interior do estado (77,1%) e na correlação de procedência versus laudos histopatológicos, tanto pacientes normais e com lesões também, em sua maioria, vem do interior. O

Test T das idades versus laudos histopatológicos, mostrou um p-valor de 0,08, valor este semelhante a outra parte do estudo (p-valor 0,07).

Na associação dos dados de etilismo versus laudos histopatológicos obteve-se um p-valor 0,5 apesar de 65,3% dessas pacientes não fazer o uso de qualquer tipo de bebida alcoólica, estas apresentaram maior proporção de positividade para lesões nos laudos histopatológicos, o que vai contra o que está na literatura. Pois o consumo de álcool, tanto moderado como em excesso, tem sido associado a vários tipos de câncer (MU L.,2016).

Os dados mostraram que as pacientes tiveram mediana para coitarca de 17 anos (13-30), e na associação entre a coitarca versus laudos histopatológicos, o resultado foi significativo em relação a literatura, com um P valor de 0,05, mostrando que quanto mais cedo inicia a vida sexual, maiores as chances de surgimento de lesões cervicais. Embora a maior porcentagem estava presente nas pacientes com apenas cervicite nos laudos.

Quanto ao número de parceiros sexuais, as maiores proporções ficaram nas pacientes que possuía apenas um parceiro sexual, tanto nas com laudos histopatológicos normais e com lesão.

É estabelecido que um rastreio organizado de base populacional e tratamento das lesões precursoras detectadas pode diminuir a mortalidade da doença em 80%. Pois o câncer cervical progride relativamente lento, e leva anos ou mesmo décadas de um incidente de infecção por HPV infecção para desenvolver um câncer invasivo (LORENZI et al.,2015).

O câncer do colo uterino é uma das neoplasias com maior chance de cura quando diagnosticado precocemente. É extremamente importante que o rastreamento ocorra com ampla cobertura e de forma regular para que sua efetividade e os efeitos sobre a população

possam ser detectados (EDDY DM.,1990). Nesse sentido, torna se possível reduzir a incidência dos casos invasores e, especialmente nas mais idosas, obter uma menor proporção de casos com estágio localmente avançado. Estudo de perfis cito e histopatológico, bem como infectivos determinando o tipo de HPV podem ser muito úteis na deliberação metodológica aplicada em programas de rastreio.

6 CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, observou-se o perfil clínico e epidemiológico de pacientes assistidas no setor de ginecologia do Hospital São Marcos, em Teresina-PI, que permitiu estabelecer semelhanças com estudos realizados em outras regiões do país.

Os resultados encontrados evidenciam a necessidade de investimentos na detecção precoce e na adoção de medidas educativas no sentido de promover ações que conscientizem a população quanto à importância do cuidado com a saúde. Constata-se, que a falta de instrução das pacientes está associada diretamente ao nível socioeconômico, fator de risco para o câncer de colo do útero. A desinformação leva essas mulheres a não dar a devida importância do exame preventivo, resultando em diminuição nas taxas de cobertura dos programas de rastreio e tratamento.

O rastreio de lesões intraepiteliais leva a tratamento específico evitando o surgimento ao câncer.

A promoção e a prevenção em saúde podem ser mais bem efetivadas se a população, principalmente as advindas do interior do estado, onde foram encontrados números altos de carcinoma cervical, se encontrar devidamente informada e com capacidade de compreensão sobre os riscos e os métodos de prevenção acerca do câncer de colo do útero.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), do Laboratório de Pesquisas Citológicas e Moleculares (LPCM – UFPE) e ao Hospital São Marcos em Teresina – Piauí.

REFERÊNCIAS

- 1-Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
- 2-MINISTERIO DA SAUDE (BR). Sistema de informações sobre mortalidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
- 3-BALKAWIL F, Montavani A. Inflammation and cancer: back to Virchow? *Lancet*. 2001;357(9255):539-45.
- 4-TERMINI L, Villa LL. Biomarcadores na triagem do câncer de colo uterino. *J bras Doenças Sex Transm*. 2008; 20(2): 125-131.
- 5-BOSCH FX, Burchell AN, Schiffman M, Giuliano AR, de Sanjose S, Bruni L, et al. Epidemiology and natural history of human papillomavirus infections and type-specific implications in cervical neoplasia. *Vaccine*. 2008; 26(10):1-16.
- 6-COUSSENS LM, Werb Z. Inflammation and cancer. *Nature*. 2002;420(6917):860-7.
- 7-MEDZHITOV R. Origin and physiological roles of inflammation. *Nature*. 2008; 454(7203): 428-35.
- 8-BUFFON, A.; CIVA, M.; MATOS, V. F. Avaliação de lesões intra-epiteliais escamosas e microbiologia em exames citológicos realizados em um laboratório. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, Porto Alegre, RS. ed.2, v.38, p. 83-86. 2006
- 9-SARIAN, L.O., DERCHAIN, S.F.M.; BASTOS, J.F.B. Método Diagnósticos para Rastreamento do Câncer do Col. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Brasil. v.32, p.363-414, 2010.
- 10-STIVAL C.O. et al. Avaliação Comparativa da Citopatologia Positiva, Colposcopia e Histopatologia: Destacando a Citopatologia como Método de Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. O Papilomavírus Humano (HPV): *Revista brasileira de Análises Clínicas*, v. 37 n.4, p.215-218, 2005.
- 11-ANDRADE MS, Almeida MMG, Araújo TM, Santos KOB. Fatores associados a não adesão ao papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014; 23(1):111-20.
- 12-INCA, Instituto Nacional do Câncer. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 04 de novembro de 2016.
- 13-MINISTERIO DA SAUDE(BR). Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2ª edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. (Caderno Atenção Básica, nº 13)

14-SCULLY RE, Bonfiglio TA, Kurman RJ, Silverberg SG, Wilkinson EJ. Histological typing of female genital tract tumours [World Health Organization. *Internacional Histological Classification of Tumours*]. 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag; 1994.

15-EDDY DM. Screening for cervical cancer. *Ann Intern Med.* 1990;113(3):214-Comment in: *Ann Intern Med.* 1990;113(10):803; *Ann Intern Med.* 1990;113(7):560-1.

16-BRAY F, Loos AH, McCarron P. Trends in cervical squamous cell carcinoma incidence in 13 European Countries: changing risk and the effects of screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2006;14(3):677-86.

17-PECORRELI S. FIGO annual report on the results of treatment in gynaecological cancer. *J Epidemiol Biostat.* 2001;24(6):87-91.

18-BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto do Câncer. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. 2 ed. Rio de Janeiro, INCA, 2006.

19-SOLOMON D, NAYAR R (Eds). *The Bethesda system for reporting cervical/vaginal cytologic diagnoses. Definitions, criteria, and explanatory notes.* New York: Springer-Verlag; 2015.

20- A. P. A. D. Gurgel, B. S. Chagas, C. M. M. do Amaral et al., “Prevalence and genetic variability in capsid L1 gene of rare human papillomaviruses (HPV) found in cervical lesions of women from North-East Brazil,” *BioMed Research International*, vol. 2013, Article ID 546354, 7 pages, 2013.

21-WHO. *WHO Guidelines for Screening and Treatment of Precancerous Lesions for Cervical Cancer Prevention.* Geneva: World Health Organization, 2013.

22-WHO. *Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice.* 2nd. ed. Geneva: World Health Organization, 2014.

23-GLOBOCAN 2012 v1.0, *Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11* [Internet]. <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>. Accessed 05 Jan 2017

24-LORENZI A.T., SYRJANEN K.J., FILHO A.L. Human papillomavirus (HPV) screening and cervical cancer burden. A Brazilian perspective. *Virology Journal* (2015) 12:11

25-MU L, et al. Alcohol consumption and rates of cancer screening: Is cancer risk overestimated? *Cancer Causes Control.* 2016.

26- S. de Sanjose, W. G. Quint, L. Alemany et al., “Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study,” *The Lancet Oncology*, vol. 11, no. 11, pp. 1048–1056, 2010.

27-Fripp JC. *Sobrevivência e qualidade de vida de indivíduos com câncer registrados em serviços de alta complexidade no município de PelotasRS.* [tese]. Universidade Federal

de Pelotas, Rio Grande do Sul; 2014. Disponível em: <http://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem/files/2016/02/TESE-Julietta-Maria-Carriconde-Fripp.pdf>. [Acesso em: 19 jan 2017].

28-Andrade WP. Câncer de mama: TNM 8ª edição. Principais mudanças e implicações na prática diária. *Braz J Oncol*. 2018; 14(48): 1-13.

29-Queiroz MCLT, Barreto CL, Morais VLL, Júnior WFL. *Oncologia: uma abordagem multidisciplinar*. Recife: Carpe Diem Edições e Produções Ltda.; 2015.

30-Silva LCZ. *Análise da concordância entre achados histopatológicos da biópsia prostática realizada em centros não oncológicos e sua revisão em um centro oncológico*. [dissertação]. Hospital de Câncer de Barretos, Barretos; 2013

31-Rangel G, Lima LD, Vargas EP. Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer cervical na ótica das mulheres atendidas no Inca. *Saúde Debate*. 2015; 39 (107): 1065-78

32-Zhou J, Wu SG, Sun JY, Li FY, Lin HX, Chen QH, He ZY. Comparison of clinical outcomes of squamous cell carcinoma, adenocarcinoma, and adenosquamous carcinoma of the uterine cervix after definitive radiotherapy: a population-based analysis. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2017; 143 (1): 115-22.

33-Thuler LCS, Bergmann A, Casado L. Perfil das pacientes com câncer de colo do útero no Brasil, 2000-2009: estudo de base secundária. *Rev Bras Cancerol*. 2012; 58 (3): 351-7.

34-Thuler LCS, Aguiar SS, Bergmann A. Determinantes do diagnóstico em estágio avançado do câncer do colo do útero no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014; 36 (6): 237-43