



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**INCIDÊNCIA DE PAPILOMA VÍRUS HUMANO (HPV) NA POPULAÇÃO
FEMININA NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS/PB NO ANO DE 2009**

DIÓGENES FERREIRA DA SILVA

CAJAZEIRAS - PB

2010

DIÓGENES FERREIRA DA SILVA

**INCIDÊNCIA DE PAPILOMA VÍRUS HUMANO (HPV) NA POPULAÇÃO
FEMININA NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS/PB NO ANO DE 2009**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Campina
Grande (UFCG), como requisito parcial à
obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem.

ORIENTADOR: Dr. Francisco Fábio Marques da Silva
COORIENTADORA: Esp. Eliane de Sousa Leite

CAJAZEIRAS - PB

2010

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

S586i	<p>SILVA, Diógenes Ferreira da Incidência de Papiloma Vírus Humano(HPV) na População feminina no município de Cajazeiras/PB no Ano de 2009./ Diógenes Ferreira da Silva. Cajazeiras, 2010. 53f.</p> <p>Orientador: Francisco Fábio Marques da Silva. Coorientadora: Eliane de Sousa Leite. Monografia (Graduação) – CFP/UFCG</p> <p>1- Doenças sexualmente transmissíveis. 2.Papiloma Vírus Humano (HPV)-incidência. 3.Saúde da mulher. I. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU – 616.97</p>
-------	---

**INCIDÊNCIA DE PAPILOMA VÍRUS HUMANO (HPV) NA POPULAÇÃO
FEMININA NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS/PB NO ANO DE 2009**

Aprovada em 02/06/2010

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Francisco Fábio Marques da Silva
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG
(Orientador)

Esp. Eliane de Sousa Leite
Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras- ETSC/UFCG
(Coorientadora)

Profa. Esp. Edineide Nunes da Silva
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/ FSM
(Membro)

DEDICO

Primeiramente a Deus, pelo discernimento e ensinamentos que me iluminam, pois sem Ele, nada seria possível...

Aos meus pais, José Francisco da Silva e Marlúcia Ferreira da Silva, exemplos de vida, pessoas que formaram os fundamentos do meu caráter e me apontaram o verdadeiro sentido da vida. Saibam que os amo...

AGRADECIMENTOS

À Deus pela realização desse trabalho.

Ao meu pai e minha mãe pelo esforço, dedicação e compreensão, em todos os momentos desta e de outras caminhadas de minha vida. Por fazerem parte de minha existência, por me proporcionar o privilégio de poder estudar, pelo incentivo e a força durante os momentos alegres e/ou difíceis, pelo carinho e amor a mim propiciado.

Aos meus avós paternos Raimundo Nonato da Silva (In memória) e Francisca Alves da Silva e maternos Francisco Ferreira da Silva e Marina Carlota da Silva, por apoio que sempre me deram.

Aos meus irmãos Douglas Ferreira da Silva e Denes Ferreira da Silva, pelo carinho e companheirismo.

A todos os familiares, Amigos e Amigas pelo incentivo e ajuda ofertada nos momentos mais difíceis.

À minha tia Maria de Fátima Ferreira da Silva, esta que sem medir esforços esteve presente nas minhas dificuldades tentando de uma forma ou outra minimizá-las.

Ao meu orientador, prof. Dr. Francisco Fábio Marques da Silva, pela compreensão.

À minha coorientadora, Eliane de Sousa Leite, pelo incentivo, paciência, dedicação e compreensão.

A todos que de uma forma ou outra contribuíram para a conclusão desse trabalho tão árduo.

Quero dizer que muito obrigado nunca será suficiente para demonstrar a grandeza do que recebi de vocês, peço a Deus que os recompense à altura, saibam que sou eternamente grato.

SILVA, Diógenes Ferreira. Incidência de Papiloma Vírus Humano (HPV) na população feminina no município de Cajazeiras/PB no ano de 2009. Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras - PB. 53f.

RESUMO

A infecção genital pelo HPV é considerada a Doença Sexualmente Transmissível (DST) mais freqüente em todo mundo, representando um problema de saúde pública importante devido à sua alta morbimortalidade e transmissibilidade. No Brasil, esse quadro vem se modificando aos poucos e o aparecimento de lesões precursoras está ocorrendo cada vez mais precocemente, devido à iniciação cada vez mais antecipada das atividades sexuais associada aos demais fatores de risco. O presente estudo tem como objetivo investigar a taxa de incidência da infecção genital por Papiloma Vírus Humano na população feminina no município de Cajazeiras – PB, no ano de 2009, identificar a faixa-etária da população feminina mais acometida pelo vírus no Município de Cajazeiras, conhecer as UBS que apresentam maiores números de casos do HPV. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, de natureza descritiva com abordagem quantitativa e documental. A amostra foi composta por 1033 exames citológicos realizados nas UBS no ano de 2009. Os dados foram coletados no mês de junho de 2010, e foram analisados através da abordagem quantitativa, por intermédio da estatística descritiva onde foi calculada a taxa de incidência da infecção pelo Papiloma. Os resultados apontaram que a taxa de infecção pelo papilomavírus no município de Cajazeiras/PB no ano de 2009 foi de 0,045% por 100 mil habitantes. Das 1.033 coletas de exame citopatológico nas 14 UBS, foram diagnosticados 79 casos de HPV. Em relação a faixa etária mais acometida pelo papiloma, observou-se uma maior porcentagem nas mulheres com idade entre 25 e 29 anos, que apresentaram maior índice de infecção pelo vírus. As UBS que mais apresentaram casos de HPV foi a UBS São José/PAPS seguida da José Leite Rolim. Em contrapartida aparece a UBS Higinio Dias sem nenhum caso diagnosticado. Conclui-se que o município para reduzir o problema precisa desenvolver algumas ações, como colocar ao alcance da população feminina exames preventivos e ações educativas, acompanhar as mulheres que tem diagnósticos positivos de HPV, bem como desenvolver ações para motivá-las a realizarem o exame. Para isso, é necessário a implantação e/ou a implementação de programas efetivos, eficazes e permanentes nos serviços de saúde.

Palavras-chaves: HPV. Incidência. Saúde da Mulher.

SILVA, Diogenes Ferreira da. **Incidence of Human Papilloma Virus (HPV) in the female population in the municipality of Cajazeiras / PB in 2009.** Completion of course work Bachelor of Nursing, Federal University of Campina Grande. Cajazeiras - PB. 53f.

ABSTRACT

The genital HPV infection is considered a Sexually Transmitted Disease (STD) more frequent in the whole world, representing a major public health problem due to its high mortality and transmissibility. In Brazil, this situation is changing gradually and the appearance of precursor lesions is occurring increasingly early, due to increasingly early initiation of sexual activity associated with other risk factors. This study aims to investigate the incidence rate of genital infection by Human Papilloma Virus in the female population in the municipality of Cajazeiras - PB, in 2009, to identify the age-range of the female population most affected by the virus in the city of Cajazeiras to know the UBS who have higher numbers of cases of HPV. This is a search for exploratory, descriptive and quantitative approach to documentary. The sample comprised 1033 Pap tests at UBS in 2009. Data were collected in June 2010 and were analyzed by a quantitative approach, through descriptive statistics were calculated where the incidence rate of infection with papilloma. The results showed that the rate of papillomavirus infection in the municipality of Cajazeiras / PB in the year 2009 was 0.045% per 100 000 inhabitants. 1033 collections of Pap smear in 14 BHU were diagnosed 79 cases of HPV. Regarding the age group most affected by the papilloma, there was a higher percentage in women aged between 25 and 29, who had higher rates of infection. The UBS showed that most cases of HPV was UBS St. Joseph / PAPS followed by Jose Leite Rolim. In contrast appears UBS Higino Days no cases diagnosed. It is concluded that the municipality to reduce the problem needs to develop some actions, like putting the reach of women exams and educational activities, to monitor women who have HPV positive diagnoses and to develop actions to motivate them to undertake the examination . Therefore, it is necessary to establish and / or implementation of effective programs, effective and permanent health services.

Keywords: HPV. Incidence. Women's Health.

LISTA DE SIGLAS

- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- AGUS** - Atipias de Significado Indeterminado em Células Glandulares
- AIDS** – Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida
- AIS** – Ações Integradas de Saúde
- ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil
- ASCUS** - Atipias de Significado Indeterminado em Células Escamosas
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- DNA** – Ácido Desoxirribonucléico
- DST** – Doença Sexualmente Transmissível
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- EUA** – Estados Unidos da América
- HPV** – Papiloma Vírus Humano
- INCA** – Instituto Nacional de Câncer
- NIC** - Neoplasia Intra-epitelial Cervical
- PAISM** - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- PB** - Paraíba
- PNCCCU** - O Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama
- PCR** - Reação em Cadeia de Polimerase
- PNI** - Programa Nacional de Imunizações
- SISCOLO** - Sistema de Informação de Controle Câncer do Colo do Útero
- SIA** – Sistema de Informação Laboratorial
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UFMG** – Universidade Federal de Campina Grande
- USF** – Unidade de Saúde da Família
- VLPs** - Partículas Análogas às Virais

LISTA DE TABELA

TABELA 1: Quantidade de Exames citopatológico coletado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Cajazeiras/PB.....	34
TABELA 2: Faixa etária mais acometida pelo HPV no ano de 2009 no município de Cajazeiras/PB.....	37
TABELA 3: Quantidade de exames citopatológico realizados por UBS na população feminina do município de Cajazeiras/PB, no período de Janeiro a Dezembro de 2009.....	38

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 : Número de casos de HPV por UBS no de 2009.....	41
---	-----------

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 Geral	15
2.2 ESPECÍFICO	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER16	
3.2 Papiloma Vírus Humano	19
3.3 PREVENÇÃO DO HPV	22
3.4 Vacina para o HPV.....	23
3.5 Métodos para diagnóstico e tratamento.....	25
3.6 TRATAMENTO	27
4 PERCURSO METODOLÓGICO	30
4.1 TIPO DE PESQUISA	30
4.2 LOCAL DE PESQUISA	30
4.3 População e amostra.....	31
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	31
4.5 Análise dos dados.....	31
4.2 Local de Pesquisa.....	31
4.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR	32
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES	48
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
ANEXOS.....	51
ANEXO A - BOLETIM DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE DST/AIDS	
ANEXO B - FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB	

1. REFLEXÕES INICIAIS

Dentre alguns desafios para se alcançar integralidade na assistência à saúde da mulher na Atenção Básica, estão às ações de controle dos cânceres de colo do útero e da mama. A neoplasia do colo uterino representa a segunda causa de morte de mulheres por câncer no Brasil, superada apenas pelo câncer de mama. É considerado um problema de saúde pública e é uma patologia passível de ser prevenida. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países desenvolvidos (BRANDÃO, LACERDA, XIMENES, 2010).

De acordo com os autores supracitados, o carcinoma cervical desenvolve-se a partir de lesões precursoras, as quais têm potencialidade para progressão se não detectadas e tratadas precocemente. Evidências epidemiológicas e moleculares apontam que a infecção pelo Papiloma Vírus Humano - HPV desempenha importante papel no surgimento da neoplasia. Embora necessária, a infecção pelo HPV não é suficiente para o desenvolvimento do câncer cervical, existindo a coexistência de outros fatores que possibilitem a transição da infecção cervical ao câncer.

O HPV é um agente infeccioso que se manifesta através de lesões conhecidas como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo. São vírus da família *Papilomaviridae*, capazes de provocar lesões de pele ou mucosa. Na maior parte dos casos, as lesões têm crescimento limitado e habitualmente regridem espontaneamente. É um vírus de transmissão freqüentemente sexual, embora outras formas tenham sido identificadas (BRASIL, 2009).

O HPV é um vírus que acomete principalmente os órgãos genitais masculino e feminino, uma vez diagnosticado, o paciente apresentará uma das três formas de infecção do vírus: latente, em que nenhum sintoma é visível; sub-clínica, onde as lesões só podem ser percebidas por meio de exames, e clínica, estágio identificado pelo surgimento de verrugas nos genitais.

O Instituto Nacional do Câncer – INCA (2010) estima que mais de 685 mil casos de HPV sejam registrados a cada ano no Brasil. Dados do Instituto informam ainda que cerca de 18 mil novos casos de câncer uterino são registrados no país anualmente e que quatro mil mulheres morrem por ano em função da doença. O HPV é considerado o vilão do câncer de

colo do útero, pois quando não detectado em sua fase inicial, pode evoluir para um estado crítico e levar à mulher a morte.

Segundo Rosenblatt et al (2007) o vírus é identificado por números e existe mais de 100 tipos diferentes de HPV já catalogados. Contudo, quatro deles merecem atenção especial: o 6, 11, 16 e 18. Os tipos 6 e 11 são responsáveis, principalmente, por lesões benignas, representadas por verrugas genitais, conhecidas popularmente como condiloma acuminado ou crista de galo. Geralmente elas podem ser tratadas por meio de cauterização e substâncias químicas. Os outros dois tipos, 16 e 18, por sua vez, são os responsáveis pelas infecções subclínicas e que, quando não tratadas adequadamente, podem evoluir para um câncer genital, especialmente o do colo do útero.

Segundo dados do INCA a infecção genital por HPV é cada vez mais prevalente em todo o país. O método de escolha para rastreamento na mulher é a citologia cérvico-vaginal, este exame não detecta o vírus, mas sim as alterações que ele pode causar nas células. Permite que seja efetuada a detecção precoce em mulheres assintomáticas, contribuindo para descoberta de lesões precursoras e da doença em estágios iniciais. É considerado método de rastreamento seguro, sensível e de baixo custo, e está disponível às mulheres na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em todo o país, é recomendado pelo Ministério da Saúde a todas as mulheres que tem ou já tiveram vida sexual ativa ou que se enquadram na faixa etária de 25 a 59 anos de idade (BRASIL, 2010).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, até a década de 1990, o teste Papanicolaou convencional constituiu-se na principal estratégia utilizada em programas de rastreamento voltados ao controle do câncer do colo do útero. Atualmente existem novos métodos de rastreamento, a exemplo de testes de detecção do DNA do HPV e inspeção visual do colo do útero (Colposcopia), utilizando ácido acético ou lugol, biopsia, teste de hibridização molecular, entre outros são apontados, em vários estudos, como eficazes no diagnóstico para o HPV.

Entre os anos 70 e 80 surgiram às primeiras evidências da provável associação do HPV com o câncer do colo do útero, e no final dos anos 90 descrevia-se a presença viral em aproximadamente 100% dos casos de câncer cervical, por isso, passou-se a afirmar que não existem casos de câncer cervical sem HPV. Na atualidade tem sido considerado o agente etiológico responsável pela maioria das lesões pré-malignas e malignas, podendo ser detectado em quase todos os casos de displasia cervical e carcinoma (NICOLAU, 2003).

Apesar das campanhas e programas implantados pelo Ministério da Saúde, a exemplo do Programa de Controle dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama (PCCCU), entre outros,

ainda existem mulheres que nunca realizaram nenhum tipo de exame preventivo. Contudo, o HPV vem preocupando diversos órgãos comprometidos com a saúde sexual e reprodutiva feminina. A razão disso reside na alta prevalência do vírus, que chega a atingir 20% das mulheres sexualmente ativas na faixa etária de 15 a 49 anos e, principalmente, na relação do vírus com o desenvolvimento do câncer cervical.

Com estas evidências, justifica-se a preocupação dos profissionais de saúde, visto que, no Brasil, tem-se observado um aumento crescente de lesões iniciais para o desenvolvimento do câncer de colo uterino em mulheres jovens. A expectativa é que, diante da exposição de dados consistentes, possam ser propostas sugestões para subsidiar ações de saúde na população feminina atingida a fim de se reduzir os fatores de risco encontrados e conhecer o perfil epidemiológico da população estudada para melhor promoção, proteção e recuperação da saúde.

Acredita-se ser essa uma forma de contribuir com a melhora da qualidade de vida da população feminina, não esquecendo que a erradicação do HPV depende de ações básicas de prevenção e controle dos fatores predisponentes, de políticas de proteção à saúde da mulher e de uma melhora educacional da população.

A partir da observação dessa problemática no que diz respeito ao HPV juntamente com a afinidade e experiência obtida através de estágios de saúde pública, especificamente na área saúde da mulher é que surgiu o interesse por desenvolver um estudo relativo à incidência do HPV na população feminina no município de Cajazeiras - PB.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Investigar a taxa de incidência da infecção genital por Papiloma Vírus Humano (HPV) na população feminina no município de Cajazeiras – PB, no ano de 2009.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar a faixa-etária da população feminina mais acometida pelo o HPV no Município de Cajazeiras;
- Conhecer as Unidades de Saúde da Família que apresentam maiores números de casos do HPV no Município de Cajazeiras.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Políticas de Atenção à Saúde da Mulher

Ao longo dos anos o Ministério da Saúde vem implantando políticas públicas que visam reduzir os agravos provocados a saúde da população, principalmente às mulheres, pois são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). As mesmas freqüentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também as cuidadoras, não só das crianças mais de outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade (BRASIL, 2009a).

No Brasil, segundo dados do Ministério a Saúde a mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

No entanto, no âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas eram vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Esses mesmo grupos de mulheres que faziam parte do movimento das mulheres organizadas reivindicaram, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida. Ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridos.

No ano de 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios

norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo. O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2009a).

Segundo Medeiros e Guareschi, (2009) para o movimento de mulheres era imprescindível que o PAISM fosse implantado por meio das Ações Integradas de Saúde - AIS. Esta estratégia de ação política instituída a partir de 1985 representava a conjugação de princípios e diretrizes entre os níveis federal, estadual e municipal para viabilizar um modelo assistencial cujas premissas básicas eram a descentralização e a universalização do atendimento.

No programa PAISM foi incluído ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em relação às doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer cérvico-uterino e da mama, planejamento familiar, parto e puerpério, gravidez de baixo, médio e alto risco e além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2009a).

De acordo com o Ministério da Saúde (2009) o processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família - PSF.

Nesse sentido, os estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas.

Dando seqüência às ações de saúde da mulher o governo brasileiro participou no ano de 1995 da VI Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na China, e assumiu o compromisso de desenvolver um programa nacional de rastreamento do câncer cérvico-uterino chamado de Programa Viva Mulher. No intuito de viabilizar um programa viável em todo território nacional, foi implantado um projeto-piloto, no período de janeiro de 1997 a junho de 1998, em seis localidades: nas cidades de Belém, Brasília, Recife, Curitiba, Rio de Janeiro e em todo Estado de Sergipe.

Com a experiência adquirida do projeto piloto, o Ministério da Saúde definiu as cinco etapas fundamentais do Programa Viva Mulher e realizou duas campanhas nacionais de intensificação. As cinco etapas definidas foram: o recrutamento da população-alvo (mulheres entre 35 e 49 anos); a coleta de material para o exame Papanicolau; o processamento da lâmina em laboratório credenciado; o tratamento e a avaliação dos casos.

O Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama – PCCCU Viva Mulher consiste no desenvolvimento e na prática de estratégias que reduzam a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais dos cânceres do colo do útero e de mama. Por meio de ação conjunta entre o Ministério da Saúde e todos os 26 Estados brasileiros, além do Distrito Federal, são oferecidos serviços de prevenção e detecção precoce das doenças, assim como tratamento e reabilitação em todo o território nacional (BRASIL, 2010).

Em termos de prevenção primária, o enfoque do Programa concentra-se no controle das doenças sexualmente transmissíveis, importante fator de risco para o câncer do colo do útero, numa perspectiva de participação intersetorial, concentra-se na realização periódica do exame citopatológico sob a responsabilidade direta do programa Viva Mulher. Para o tratamento específico, propõe-se a formação de uma rede nacional integrada, com base em um número geopolítico gerencial sediado nos municípios, a fim de assegurar acessibilidade ao sistema.

Para subsidiar um programa de tal magnitude, muitos levantamentos e pesquisas foram feitos. Foram coletados dados sobre a capacidade laboratorial instalada em todo o país, qual o número e a disponibilidade de pessoal e equipamentos das unidades de atenção primária, secundária e terciária em alguns municípios amostrais. Pesquisas existentes sobre os aspectos culturais foram também consideradas, tais como a atitude das mulheres brasileiras frente à prevenção e as razões pelas quais elas não atendem aos programas de rastreamento.

O PCCCU foi lançado, com objetivo principal de reduzir o número de mortes causadas pelo câncer do colo do útero e pelo câncer de mama, por meio de estratégias que facilitem e ampliem o acesso da mulher à informação, ao diagnóstico e tratamento precoce desses cânceres.

Esse programa foi implantado, nos 26 estados e Distrito Federal e desenvolve ações dirigidas às mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, que incluem diagnóstico precoce (através de exame Papanicolaou e exames de confirmação diagnóstica), tratamento necessário de acordo com cada caso e monitoramento da qualidade do atendimento à mulher.

Entretanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se como um dos desafios de implementar a atenção à saúde da mulher com qualidade em decorrência da falta de informação concretas. Nesta perspectiva as ações de monitoramento e avaliação constituem-se em ferramentas importante para aprimorar o sistema, pois permitem o conhecimento situacional, informam resultados e apontam necessidades de mudanças. Um dos aliados é o programa Sistema de Informação de Controle Câncer do Colo do Útero - SISCOLO é a base de dados capaz de fornecer subsídios para a avaliação e planejamento de ações posteriores (BRASIL, 2009).

O SISCOLO recebe, mensalmente, dos laboratórios conveniados com a Prefeitura Municipal, os arquivos com os resultados dos exames (citopatológico e histopatológico) coletados pelos serviços de saúde. Esses dados são importados para a base do sistema, que armazena somente os exames alterados. As mulheres que apresentarem exames alterados são automaticamente direcionadas para um arquivo chamado registro de seguimento.

Os serviços de saúde devem realizar o acompanhamento das mulheres com exames alterados e informar sobre os encaminhamentos, preenchendo o formulário informações de pacientes com exame citopatológico de colo uterino alterado. Esse formulário deverá ser encaminhado para o SISCOLO (Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis) (BRASIL, 2009).

3.2 Papiloma Vírus Humano – HPV

O Papiloma Vírus Humano ou verruga genital é conhecida desde a antiguidade por gregos e romanos, sendo considerada como uma doença venérea foi denominada de condiloma acuminado (do grego *kondilus* = côneo e do latim *acuminare* = tornar pontudo), termo utilizado até hoje. Evidências sobre sua etiologia viral foram descritas no início do século XX por CIUFFO que, ao inocular um filtrado acelular produzido a partir de verrugas genitais, observou o aparecimento de lesões na pele (PIVA, et all 2006).

Segundo Queiroz, Cano, e Zaia (2009) as verrugas genitais eram consideradas como doenças venéreas e eram associadas ao homossexualismo masculino. O termo condiloma provem do grego antigo e significa “tumor redondo” enquanto que acuminado é derivado do latim *acuminase que significa* “tumor pontudo”. No Brasil, as verrugas genitais são conhecidas popularmente como “crista de galo”, “cavalo de crista” e “figueira”.

É importante observar que o HPV, em sua origem, eram associados a doença que atingia, principalmente a ditas “mulheres de rua”, o que manifestava seu aspectos promíscuo princípios aceitos pela sociedade (MARAES, BASSANI, 2000). Atualmente observa-se que o HPV atinge todas as camadas da sociedade. Diferentes mulheres, que estão em diferentes classes sociais, estão infectadas pelo vírus. Sabe-se que cada vez mais, um grande número de mulheres entra em contato com o papilomavírus.

No final da década de 60 através da microscopia eletrônica, foram detectadas partículas virais com morfologia típica de papilomavírus em espécime de verruga genital, identificando-o como o agente etiológico do condiloma e no início dos anos 70, observou-se, em estudo epidemiológico, que a transmissão do papilomavírus humano ocorria provavelmente por contato sexual. Ainda nesta época, as lesões verrucosas eram reconhecidas acometendo a região genital externa e raramente eram identificadas na cérvix uterina ou na vagina.

Somente na segunda metade dos anos 70, foram apresentados estudos demonstrando os aspectos citológicos, colposcópicos e histopatológicos da infecção pelo HPV no trato genital feminino e começou-se a aventar a hipótese de que as lesões no colo, provocadas pelo HPV, seriam passíveis de transformação maligna. Em 1981 foram publicados os primeiros relatos sobre a detecção, por hibridização molecular, do DNA-HPV em células neoplásicas do trato genital (ARAÚJO, 2006).

Ainda na década de 70 os autores Fioreze, et al., (2004) afirmaram que o papilomavírus eram microorganismos pequenos, com duplo filamento de DNA não envelopados, ou seja, não possuem o envoltório que lhe confere resistência fora da célula, apresentando período de incubação que varia de duas semanas a oito meses, podendo ficar latentes no aparelho genital durante anos. Este vírus tem, como principais características, o potencial de induzir a formação de neoplasias. Sendo capaz de infectar uma infinidade de espécies como invertebrados superiores (homens), mas não infectam animais de laboratórios.

O HPV é a sigla em inglês para papiloma vírus humano. Um grupo de vírus pertencente a família *Papillomaviridae*, capazes de provocar lesões de pele ou mucosa. Atualmente são conhecidos mais de 100 tipos diferentes de HPV.

Os tipos são classificados em dois grupos de acordo com seu potencial de oncogenicidade. Os de baixo risco e alto risco de câncer. Onde somente os de alto risco estão relacionados a tumores malignos. Os vírus de alto risco, com maior probabilidade de provocar lesões persistentes e estar associados a lesões pré-cancerosas são os tipos 16, 18, 31, 33, 45, 58 e outros. De acordo com Wollschick et al (2007), os tipos 16 e 18 causam

aproximadamente 70% de todos os casos de câncer cervical no mundo, podendo permanecer por anos em estado latente. Já os HPV tipo 6 e 11, estão presentes em 90 % das verrugas genitais, (condiloma acuminado ou crista de galo). Parece não oferecer nenhum risco de progressão para malignidade, apesar de serem encontrados em pequena proporção em tumores malignos (ROSENBLATT, 2007).

A infecção pelo HPV pode afetar homens e mulheres praticamente na mesma proporção, que sejam sexualmente ativos, independente de idade, raça e classe social podendo ser diagnosticada, tratada e acompanhada por vários especialistas como ginecologistas, urologistas, dermatologistas, proctologistas, infectologistas e psicólogos.

No entendimento de Queiroz, Cano e Zaia (2007), os sítios mais comuns para o desenvolvimento da infecção são nas áreas sujeitas à abrasão durante o ato sexual, como por exemplo, o intróito posterior, nas mulheres, e o prepúcio, nos homens.

As vias de transmissão são geralmente, através de contato sexual com pessoas infectadas o que ocorre na maioria dos casos e na relação materno-fetal durante a gestação, trans e pós-parto imediato. Fora do contato sexual, através de fômitos: toalhas, roupas íntimas, vasos sanitários, banheiras, instrumentos ginecológicos sem garantia de qualidade e no processo de esterilização.

O período de incubação do vírus é variado, não se pode determinar o seu aparecimento, geralmente o tipo de HPV da forma clínica que é o condiloma acuminado, se dá quando ocorre uma queda na imunidade celular do indivíduo e latente pode ser ativada dependendo do tipo do HPV e do estado imunológico do indivíduo. Conforme relata Santana et al (2008), a maioria das infecções por HPV transcorrem sem sintomas e regridem espontaneamente, sem tratamento na maioria dos casos. Entretanto, em alguns, a infecção pode apresentar-se sob a forma clínica, subclínica ou latente.

Segundo Rosenblatt (2007) na forma clínica condilomatosa as lesões podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas e de tamanho variável. Dependendo do tamanho e localização anatômica, podem ser dolorosos, friáveis e/ou pruriginosos. A infecção subclínica é vista ao colposcópico após aplicação de ácido acético a 5% no canal vaginal e colo uterino, pode se manifestar em associação com displasia, sendo mais freqüente a displasia leve, e essa como a forma mais freqüente no colo uterino. Na infecção latente não há forma de lesões, somente o DNA do vírus pode ser detectado.

Ainda segundo o autor existem ainda algumas formas especiais de apresentação da infecção pelo HPV, tais como a Papulose Bowenóide e o Condiloma Acuminado Gigante. A primeira se relaciona com a infecção com subtipos oncogênicos de HPV (geralmente o HPV

16), e representa uma neoplasia intraepitelial de alto grau, manifesta-se clinicamente como lesões maculo-papulares múltiplas de coloração acinzentada ou rósea salmão, e uma superfície aveludada. Já o condiloma gigante (ou tumor) de Buschke-Loewenstein é uma variedade de carcinoma espinocelular, caracterizado como grandes massas verrucosas de crescimento lento, associado em geral com o HPV 6 e 11.

Os dados estatísticos mais recentes indicam que a incidência desse tipo de infecção depende do método de diagnóstico utilizado e da população avaliada. A faixa etária de maior acometimento situa-se entre 20 e 40 anos, com o pico de incidência entre 20 e 24 anos, tanto na população feminina como masculina. É importante registrar que há estudos demonstrando que a prevalência de infecção pelo HPV é maior na raça branca que na raça negra, sendo encontrada também nos indígenas.

Em relação à distribuição mundial do HPV temos países com maior incidência que outros, como ocorre nos EUA e na Inglaterra a incidência de verrugas genitais aumentou de 2,5 a 8 vezes durante as duas últimas décadas. Entre as americanas a incidência de condiloma acuminado cresceu de 13 para 106 casos por 100.000 casos por ano, entre os anos 50 até o final dos anos 70. Na Colômbia a incidência de HPV e câncer de colo uterino é muito elevada, ao contrário do que ocorre na Espanha ((BRANDÃO, LACERDA, XIMENES, 2010).

No Brasil, na região Nordeste, em especial Recife, temos um maior índice de HPV e câncer de colo uterino. No estado da Paraíba, segundo os ginecologistas o vírus do HPV atinge 50 a 70% da população feminina com vida sexual ativa. Ainda segundo os especialistas entre 93 e 130 mil mulheres estão com o vírus no estado (ARAÚJO, 2006).

3.3 Prevenção do HPV

A prevenção é considerada um conjunto de ações e medidas desenvolvidas de forma individual ou coletiva, com o objetivo de interpor o “processo natural da doença”. O conceito mais amplo de prevenção significa reduzir a morbidade e a mortalidade por causa de determinadas doenças, ou seja, são ações que tentam evitar a instalação da doença, ou permita detectá-la antes da sua manifestação clínica ou que reduzam os efeitos mórbidos quando a mesma já esta instalada (MORAES, BASSANI, 2005).

De acordo com Pollock et al (2006), há muitos meios de intensificar os esforços na prevenção e detecção precoce do câncer cervico-uterino. No Brasil, as campanhas de prevenção ou detecção precoce em mulheres assintomáticas (rastreamento), por meio de

exame citológico, estão presentes em todas as Unidades Básicas de Saúde, apesar de ainda existirem mulheres que nunca realizaram nenhum tipo de exame ginecológico, pois esta seria uma das melhores formas de detectar qualquer alteração.

Entretanto, existem alguns cuidados fundamentais na prevenção das DSTs como a infecção por HPV ou verrugas genitais. Entre os quais estão, reduzir o número de parceiros sexuais, pois quanto maior o número de parceiros, maior o risco de contrair e transmitir o vírus, uso consistente e correto de preservativos (masculinos ou femininos), para todos os parceiros sexuais, desde o início até o fim da relação sexual. O uso de preservativos reduz muito a probabilidade de se adquirir ou transmitir uma DST, inclusive o HPV, não compartilhar objetos de uso íntimo com outras pessoas e fazer higiene de objetos de uso comum antes do uso a exemplo de vaso sanitário, se houver suspeita de que o parceiro sexual tenha qualquer DST é recomendável consultar o profissional de saúde. Até que isto seja feito, também é recomendável abster-se das relações sexuais, até que o tratamento seja realizado. E por fim, não se auto-medicar, pois desta forma as DSTs pode ser mascaradas, ou seja, parece que foi tratada mais continua ativa.

No caso do HPV, o primeiro passo a ser dado é o de romper a cadeia de transmissão, para se evitar o surgimento de novos casos, o segundo passo são as ações educativas para a população em geral, para tentar conscientizar as pessoas sobre os fatores de riscos relacionados ao comportamento sexual, e a adoção de medidas preventivas. Nesse sentido, é necessário que a população adquira hábitos saudáveis para que haja uma redução a exposição de fatores de risco, ou seja, adotar o sexo seguro a fim de reduzir o risco de contaminação pelo HPV, praticar exercícios, evitar o uso de tabaco e bebidas alcoólicas. Ademais realizar visitas periódicas ao ginecologista também são medidas eficazes visto que, neste momento a mulher poderá realizar exames citologia oncótica, e ser imunizada ou ainda tirar algumas dúvidas acerca da infecção do HPV e desenvolvimento da doença.

3.4. Vacina para o HPV

Em 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil (ANVISA) regulamentou a comercialização da Vacina Quadrivalente Recombinante contra o Papilomavírus Humano (6, 11, 16 e 18). Mais recentemente também foi aprovada a Vacina Bivalente ou contra HPV oncogênico (16 e 18). Ambas são semelhantes, compostas pela proteína L1 do capsídeo viral produzida através de tecnologia recombinante para a obtenção

de partículas análogas às virais (VLPs), apresentando alta eficácia contra os HPV existentes na vacina (GIRALDO et al, 2008).

A vacina Gardasil do laboratório da Merck Sharp & Dohme (MSD), também chamada de quadrivalente, é composta por uma mistura de quatro tipos diferentes de VLP derivadas das proteínas L1 do capsídeo dos HPV 6, 11, 16 e 18. A Cervarix, conhecida por vacina bivalente ou vacina contra HPV oncogênico, é produzida pelo laboratório Glaxo Smith Kline (GSK), também é produzida através de tecnologia recombinante, no entanto, as técnicas utilizadas são para obter somente as VLP derivadas das proteínas L1 do capsídeo dos HPV 16 e 18 (GIRALDO et al, 2008).

A vacina contra o HPV estimula a produção de anticorpos específicos para cada tipo de HPV. Essa proteção contra a infecção vai depender da quantidade de anticorpos produzidos pelo indivíduo vacinado, pela presença destes anticorpos no local da infecção e a sua persistência durante um longo período de tempo.

De acordo com Santini (2007) indicação da vacina são para mulheres e homens que jamais tenham tido contato com HPV, especialmente antes do início da vida sexual. A quadrivalente é indicada para mulheres e homens entre 9 e 26 anos de idade. Nas mulheres atua na prevenção do câncer cervical, e alguns cânceres vulvares e vaginais causados pelo HPV tipos 16 e 18. Nos homens e mulheres atua na prevenção das verrugas genitais causadas por HPV tipos 6 e 11. A bivalente é indicada para uso em mulheres com idades entre 10 a 25 anos. Objetivando a prevenção do câncer do colo do útero causado por HPV tipos 16 e 18. Recomendadas também para aquelas já infectadas por algum tipo de HPV, nesta população, espera-se como benefício a prevenção contra os tipos 6,11,16 e 18 caso ainda não estejam contaminadas

A administração da vacina é feita através de três doses intramusculares, primeira dose escolha do paciente, segunda dose dois meses após a primeira e a terceira dose seis meses após a primeira dose. Flexibilidade de um mês na segunda dose e 2 meses na terceira dose. Mulheres grávidas não deverão receber a vacina. Se ocorrer gestação após a aplicação da primeira ou segunda dose, a próxima deverá ser suspensa. É recomendado aguardar no mínimo trinta dias para engravidar, após a aplicação da última dose.

Essas vacinas não protegem contra todos os tipos de HPV que podem causar o câncer cervical. Além do mais, algumas dúvidas ainda devem ser respondidas e investigadas acerca da eficácia das imunizações como: Qual o tempo de duração da imunidade da vacina? Haverá necessidade de reforço? Com que regularidade deve se fazer a vacina? Existirá um marcador imunológico para aferir a proteção? Será que a jovens vacinadas poderiam criar uma falsa

sensação de proteção quanto à necessidade de sexo seguro? Qual o impacto dos outros tipos virais do HPV para os quais a vacina não confere imunidade passando a contribuir para o aumento de outras DSTs? Sabendo-se do alto custo das vacinas, qual o custo-efetividade da vacinação em termos de saúde pública? Os homens também deveriam ser vacinados?

O Ministério da Saúde para avaliar periodicamente as condições de sua incorporação ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi instituído em julho de 2007 o Comitê Permanente de Acompanhamento da Vacina Anti-HPV. Esse comitê é formado por especialistas de vários órgãos, secretarias e coordenações ligadas ao ministério da saúde, ciência e tecnologia, além de Institutos e departamentos das Universidades de São Paulo e Rio de Janeiro.

Segundo BRASIL (2009b), para uma viabilização da vacina em âmbito nacional, é recomendo a integração do cuidado à saúde da mulher, a organização de laboratórios do SUS para identificação e monitoramento da infecção pelo HPV, a realização de estudos de prevalência de tipos específicos de HPV em áreas selecionadas no Brasil e estudos de custo-efetividade. Além disso, criar condições para a produção nacional da vacina, incluindo alternativas para a transferência de tecnologia, a exemplo do que ocorreu com outras vacinas do calendário oficial brasileiro.

3.5 Métodos para diagnóstico e Tratamento

Segundo o INCA (2008), a incorporação crescente de novas tecnologias de diagnóstico resultou em uma expansão da perspectiva de utilização de procedimentos e de programas de prevenção secundária do câncer. Sabe-se também que, quanto mais cedo o câncer é diagnosticado, maior será a chance de cura, de sobrevida e da qualidade de vida, além da relação efetividade/custo ser melhor.

O rastreamento e o diagnóstico precoce são procedimentos utilizados na tentativa de se descobrir o mais cedo possível uma doença, através dos sintomas e/ou sinais clínicos que o paciente apresente, sendo possível classificá-las como passíveis ou não passíveis de ter uma enfermidade.

Atualmente existem diversos métodos que podem ser utilizados para diagnosticar as lesões induzidas pelo HPV, entre eles estão a citologia oncológica, a colposcopia, o anatomopatológico (Biópsia). Já a identificação da infecção por HPV, propriamente dita, inclui os métodos biológicos, tais como as hibridizações moleculares de ácidos nucléicos, tipo

Souther Blot, Captura de Híbridos, Hibridização “in situ” e PCR - Reação em Cadeia de Polimerase (QUEIROZ, CANO, ZAIA, 2007).

O exame preventivo ou de Papanicolaou é por Giraldo et al (2008), definido como uma das melhores estratégias de saúde pública desenvolvidas para detecção e rastreamento precoce das lesões precursoras do câncer do colo uterino. Possui este nome em menção ao seu criador George Nicholas Papanicolaou, médico patologista nascido na Grécia e naturalizado norte-americano, que ao estudar alterações hormonais das células em diferentes fases do ciclo menstrual, observou que também era possível o diagnóstico das células tumorais do colo do útero.

Adotado para rastreamento na década de 50 em vários países, inclusive no Brasil, é considerado um exame efetivo, de baixo custo, projetado para identificar lesões pré-cancerosas em seus estágios iniciais, realizado através da coleta de material citológico obtido por técnica de escamação e esfoliação celular das superfícies externa (ectocérvice) e interna (endocérvice) do colo uterino.

A citologia oncótica está disponível gratuitamente nas USF em todo país, recomendado pelo Ministério da Saúde a todas as mulheres que tem ou já teve vida sexual ativa, especialmente se estiver na faixa etária dos 25 aos 60 anos de idade. Inicialmente, um exame deve ser feito a cada ano e, caso dois exames seguidos em um intervalo de um ano apresentarem resultado normal, o exame pode passar a ser feito a cada três anos. Vale ressaltar que o profissional de saúde em especial o Enfermeiro deve assegurar-se de que está preparado para realizar o procedimento e que possui material necessário para isso, sem esquecer que uma adequada coleta do material é de suma importância para o êxito do diagnóstico.

Em algumas mulheres, porém, o preventivo pode detectar uma lesão relacionada ao HPV. Estas lesões são atualmente divididas entre lesões de baixo grau também denominadas de Neoplasia Intra-epitelial Grau I - NIC I, Infecção pelo HPV ou Displasia Leve e, lesões de alto grau também denominadas de Neoplasia Intra-epitelial Grau II - NIC II, Neoplasia Intra-epitelial Grau III - NIC III, Displasia Moderada/Acentuada/Carcinoma in situ, uma denominação de lesão pré-maligna (BRASIL, 2006).

As mulheres que apresentarem resultados anormais no exame de Papanicolaou mostrando lesão de alto grau ou câncer deveram ser encaminhadas a colposcopia segundo recomendação do Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Câncer. Quando a conclusão é de lesão de baixo grau, ASCUS (atípias de significado indeterminado em células escamosas) ou AGUS (atípias de significado indeterminado em células glandulares), a recomendação é de

que o preventivo seja repetido em 6 meses e, caso o resultado se repita ou aumente a lesão, aí sim a paciente deve ser encaminhada para realização da colposcopia (BRASIL, 2006).

A colposcopia consiste em exame de avaliação visual do trato genital inferior feminino utilizando equipamento com lentes de aumento acopladas a uma fonte de luz, chamado colposcópio. Pode estar ligado a uma câmera e a imagem ser transmitida a um monitor, sendo então captada e registrada, permite ampliação e reconhecimento das áreas normais e acometidas pelo HPV. É solicitado para mulheres que apresentaram resultados anormais no exame de preventivo. Seu objetivo é esclarecer que alteração é esta, onde está localizada, sua extensão e natureza, se benigna, pré maligna ou maligna.

Durante o exame são passados alguns líquidos (Ácido acético e lugol iodo) na região genital feminina para visualizar e mapear melhor as lesões pré-cancerosas, não dói e a única coisa que é introduzida na paciente é o espécule vaginal, o mesmo que é utilizado para a coleta do preventivo. Verificada alguma anormalidade o profissional de saúde poderá realizar a retirada de uma pequena amostra do tecido doente e submetê-la à biópsia, o material colhido é encaminhado para exame histológico.

No caso da infecção latente quando nenhuma alteração é percebida no exame clínico ou ginecológico, o diagnóstico é feito através de técnicas modernas de Biologia Molecular por meio de testes de hibridização in situ, PCR (Reação em Cadeia da Polimerase) e Captura Híbrida. Este teste porém tem indicação muito precisa em casos de algumas alterações celulares provocadas pelo HPV, às chamadas alterações de significado indeterminado (AMARAL, 2009).

Estes exames são bem mais caro do que a colposcopia, identificam além da presença do HPV, o tipo viral envolvido, se de alto ou baixo risco e, no caso da captura híbrida, quantifica indiretamente a carga de vírus presente. Seu uso indiscriminado na população em geral, como um exame de rastreamento pode levar ao pânico aqueles pacientes que apresentam a forma transitória da infecção por HPV, contudo, essas informações podem indicar se a portadora tem maior ou menor risco de desenvolver uma neoplasia maligna.

3.6 Tratamento

O objetivo principal do tratamento da infecção pelo HPV é a remoção das verrugas sintomáticas, levando a períodos livres de lesões em muitos pacientes. Verrugas genitais freqüentemente são assintomáticas. Nenhuma evidência indica que os tratamentos atualmente

disponíveis erradicam ou afetam a história da infecção natural do HPV. A remoção da verruga pode ou não diminuir sua infectividade. Se deixados sem tratamento, os condilomas podem desaparecer, permanecer inalterados, ou aumentar em tamanho ou número. Nenhuma evidência indica que o tratamento do condiloma prevenirá o desenvolvimento de câncer cervical (BRASIL, 2009).

Planejar o tratamento juntamente com o paciente é importante porque muitos pacientes necessitarão de mais de uma sessão terapêutica. Deve-se mudar de opção terapêutica quando um paciente não melhorar substancialmente depois de três aplicações, ou se as verrugas não desaparecerem completamente após seis sessões. O balanço entre risco e benefício do tratamento deverá ser analisado no decorrer do processo para evitar tratamento excessivo. Raramente ocorrem complicações se os tratamentos são utilizados corretamente.

Nesse sentido, os pacientes deverão ser advertidos da possibilidade de cicatrizes hipo ou hipertróficas quando são utilizados métodos destrutivos. Também podem resultar, embora raramente, em áreas deprimidas ou hipertróficas, especialmente se o paciente não teve tempo suficiente para cicatrização total antes de uma nova sessão terapêutica. Mais raramente, o tratamento pode resultar em síndromes dolorosas incapacitantes, como vulvodínia ou hiperestesia do local tratado.

O tipo de tratamento a ser usado dependerá de alguns fatores tais como: o estágio da doença, o tamanho do tumor, o local e o número de lesões, custos, disponibilidade de recursos, conveniência, efeitos adversos e a experiência do profissional de saúde bem como outras alterações provocadas pelo HPV. Deve se levar em conta também, a preferência do paciente e a efetividade do tratamento, possíveis efeitos secundários e a experiência do médico neste campo.

Entretanto, nenhum dos tratamentos disponíveis é superior aos outros e nenhum tratamento será o ideal para todos os pacientes nem para todas as lesões, ou seja, cada caso deverá ser avaliado individualmente para a escolha da conduta mais adequada. Conforme relata Brasil (2006), os tratamentos disponíveis para condilomas acuminados são: Ácido tricloroacético (ATA), Podofilina, Crioterapia, Eletrocoagulação e Exérese cirúrgica.

As lesões do HPV pode-se encontrar localizada em várias partes dos órgãos genitais da mulher ou do homem entre elas estão as Lesões na genitália externa que pode ser tratada de varias maneiras, a exemplo do uso substancia de Podofilina 10-25% em solução alcoólica ou em tintura de Benjoim, Ácido tricloroacético (ATA) a 80-90% em solução alcoólica, Eletrocauterização ou Eletrocoagulação ou Eletrofulguração e Exérese cirúrgica (ROSENBLATT et all, 2007).

Na presença de lesões vegetantes do Colo Uterino deve-se excluir a possibilidade de tratar-se de uma neoplasia intra-epitelial antes de iniciar o tratamento. Estas pacientes devem ser referidas a um serviço de colposcopia para diagnóstico diferencial e tratamento. De acordo Rosenblatt et all (2007) nas Lesões Vaginais e do meato uretral trata-se com Ácido tricloroacético (ATA) a 80-90%, Podofilina 10-25%. Lesões anais usa-se Ácido tricloroacético (ATA) a 80-90% e Exérese cirúrgica e nas lesões orais somente a exérese cirúrgica.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. Tipo da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, de natureza descritiva com abordagem quantitativa e documental. As pesquisas exploratórias visam proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipótese. Apresentam como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Já as pesquisas descritivas, têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, as características mais significativas estão na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2002).

O método quantitativo na concepção de Richardson (1999) caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média e desvio-padrão, a mais complexa como coeficiente de correlação, análise de regressão etc.

Na pesquisa documental utilizam-se materiais que não receberam ainda um tratamento analítico ou que ainda podem ser reelaborados conforme os objetos da pesquisa, os quais são chamados por o autor de documentos de primeira mão (Gil, 2002).

4.2. Local do estudo

O presente estudo foi realizado no Município de Cajazeiras, localizado no sertão da Paraíba. Este Município conta, atualmente, com uma população estimada de 57 mil habitantes e encontra-se habilitado na Gestão Plena de Atenção Básica, pertencendo a 9ª Microrregião de Saúde. Possui quatorze Equipes de Saúde da Família cadastradas, sendo onze na zona urbana e três na zona rural, onde, em cada unidade atuam uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, recepcionista e vigilante.

Os dados foram coletados especificamente na sede da Secretaria Municipal de Saúde, no setor de sistema de informação direto do Boletim de Notificação de Casos Suspeitos de DST/AIDS.

4.3. População e amostra

A população do estudo foi constituída pelos casos de HPV notificados no Boletim de Notificação de Casos Suspeitos de DST/AIDS das quatorze Unidades de Saúde no ano de 2009. Deste modo, a amostragem foi composta por 1033 casos informados no Boletim de Notificação de Casos Suspeitos de DST/AIDS e pelas fichas de notificação/investigação de casos de HPV.

4.4. Instrumento e Coleta de dados

O instrumento de coleta foi composto de um roteiro com questões objetivas elaboradas a partir do Boletim de Notificação de Casos Suspeitos de DST/AIDS, documento padronizado pelo Ministério da Saúde para a notificação dos casos de HPV no Brasil. A Coleta de Dados foi realizada no mês de junho de 2010, após o deferimento do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e autorização da Secretária Municipal de Saúde de Cajazeiras – PB, em seguida os dados contidos Boletim de Notificação de Casos Suspeitos de DST/AIDS foram transcritos para o Instrumento de Coleta de Dados (Apêndice E).

4.5. Análise dos dados

Os dados foram analisados através da abordagem quantitativa, por intermédio da estatística descritiva onde foi calculada a taxa de incidência dos casos de HPV, foi realizado o levantamento dos casos segundo a faixa etária, quantidade de citológico realizado no município, quantidade de citológico realizado por unidade, número de casos de HPV por unidades de saúde, número de casos de HPV no município de Cajazeiras/PB no período estudado. Para identificar a taxa de incidência da doença, foi utilizado o cálculo de incidência o qual baseia-se na razão entre o número de casos novos de uma doença que ocorre em um intervalo de tempo determinado em uma população exposta ao risco de adquirir a doença no mesmo período, multiplicando o resultado por 10^n que é a base referencial da população. Os dados foram extraídos do Boletim de Notificação de Casos Suspeitos de DST/AIDS, processados pelo software Microsoft Excel em seguida apresentados na forma de gráficos e tabelas.

4.6. Posicionamento ético da pesquisa

A pesquisa foi realizada respeitando os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, normatizados pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS, pela resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996. Esta resolução regulamenta as pesquisas em seres humanos e asseguram aos participantes do estudo informações acerca dos seus objetivos, bem como o anonimato, a liberdade para o consentimento e desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo para sua assistência.

Pesquisa com seres humanos é aquela que, de forma individual ou coletiva, envolve o ser humano, de forma direta e indireta, em sua totalidade ou em partes, incluindo o manejo de informações ou materiais. Nesse sentido, a eticidade da pesquisa implica na leitura e assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte do entrevistado (a) para autorização da coleta de dados, este termo assegura a não identificação do pesquisando, assim como a manutenção do caráter confidencial das informações. Corroborando Costa (2000) afirma que a resolução incorpora os referenciais básicos da bioética, bem como os princípios éticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Assim, para cumprir com tais requisitos o TCLE (Apêndice C) desta pesquisa apresenta um teor informativo acerca do estudo, assim como uma solicitação de autorização para a coleta de dados.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentamos, a seguir, a análise dos dados, a qual foi organizada da seguinte forma: notificação dos casos de HPV no ano de 2009 a partir do Boletim de Notificação de Casos Suspeitos de DST/AIDS, taxa de incidência e questões relacionada a temática. Os resultados são apresentados em forma de tabelas e gráficos, visando favorecer a dimensão dos resultados encontrados.

No município de Cajazeiras/PB foram registrados no Boletim de Notificação de Casos Suspeitos de DST/AIDS 79 casos de HPV no ano de 2009. Segundo o DATASUS, a estimativa da população feminina em idade fértil entre 15 a 49 anos, para o município de Cajazeiras/PB, no ano de 2009 foi de 17.515 mulheres. Considerando que 75% da população é SUS dependente.

Estudiosos afirmam que é necessário considerar o processo de notificação de casos de HPV e o registro sistemático, é oportuno para informação correta do sistema de informação, uma vez que para avaliar a representatividade dos dados, depende da organização e cobertura da vigilância epidemiológica. Embora as atividades desenvolvidas nas UBS não se restrinjam à notificação, elas têm fundamental importância para o sistema de vigilância Epidemiológica e envolve todos os profissionais de saúde possibilitando maior consistência e melhor qualidade dos dados.

A taxa de incidência de HPV no município de Cajazeiras/PB no ano de 2009 foi de 0,045% por 100 mil habitantes. Conforme Pereira (2008, p.77) “a incidência reflete a dinâmica com que os casos aparecem no grupo”. Na epidemiologia representa a intensidade com que acontece a morbidade em uma população. Desse modo, a incidência de doença em uma população constitui a ocorrência de casos novos relacionados à unidade de intervalo de tempo, dia, semana, mês ou ano. Onde seu coeficiente baseia-se na razão entre o número de casos novos de uma doença que ocorre em um intervalo de tempo determinado em uma população demarcada exposta ao risco de adquirir a referida doença no mesmo período, multiplicando resultado por 10^n , que é a base referencial da população (ROUQUAYROL, 2003).

A redução da taxa de incidência reflete na diminuição do risco de adoecimento por determinada patologia. Essa redução pode ser conseguida através de melhoria nas ações de saúde, busca ativa e notificação dos casos e controle de determinadas doenças. Nesse sentido, é de extrema importância que a equipe de saúde da família trabalhe em conjunto,

principalmente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pessoas que mais conhecem a população, para juntos realizarem ações de saúde resolutivas.

É importante destacar que a análise das informações sobre a incidência do HPV apresentada nessa pesquisa foi realizada com prudência, visto que essa taxa de incidência foi calculada baseada nos registros do Boletim de Notificação de Casos Suspeitos de DST/AIDS, boletins que são repassados mensalmente pelas UBS para a secretaria de saúde municipal cujas informações são sujeitas a variações face aos problemas de subnotificação que envolvem os trabalhos das UBS como a exemplo as trocas constantes de profissionais enfermeiros das UBS e outros relacionados os sistemas de informação do nosso país.

Além desta perda de informações no envio das bases, é importante comparar a quantidade de exames informados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) com a apresentada no SISCOLO, a fim de dimensionar adequadamente as perdas em cada estado e tomar as providências necessárias para minimizar a subestimação de informações, o que interfere diretamente no alcance das metas pactuadas.

De acordo com Gazzeta et al (2005) os registros tanto mundiais como locais do HPV são subnotificados, uma vez que parte da população faz seu diagnóstico e tratamento nos serviços privados, onde os quais não são notificados. Sendo assim, os sistemas alcançam aproximadamente, a metade do estimado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004). Dessa forma, a interpretação dos dados tem que ser cautelosa, pois a sua qualidade depende do sistema de busca de casos e de registros de cada região.

Tabela 1: Quantidade de exames citopatológico coletado nas UBS do município de Cajazeiras nas faixas etária de 14 anos a 64 anos e mais, no ano de 2009.

Variável	Frequência	%
Faixa Etária		
>14	00	0
15-19	88	9
20-24	125	12
25-29	194	19
30-34	175	17
35-39	159	15
40-44	141	14
45-49	70	7
50-54	44	4
55-59	15	1
60-64	13	1
> 64	09	1
Total	1033	100

A tabela 1 apresenta a quantidade de exames citopatológico coletado nas UBS do município de Cajazeiras/PB nas faixas etária de 14 anos e 64 anos e mais, no período de Janeiro a Dezembro de 2009.

Observa-se pelos dados da tabela acima que em 2009, foram coletados 1.033 exames citopatológicos nas 14 UBS no município de Cajazeiras/PB. Em função de dificuldades relacionadas ao sistema de informação, não é possível saber quantos desses exames foram realizados para controle de exames alterados e quantos foram exames de rotina. Assim, enquanto não houver uma chave primária (cartão SUS), não será possível saber quantas mulheres realizaram o exame no período, na faixa etária preconizada pelas diretrizes do Ministério da Saúde que é de 25 a 59 anos.

Dados desta mesma tabela permitem evidenciar a faixa etária e a frequência de mulheres que mais compareceu para realização do exame citopatológico. Dessa feita, a faixa etária de 25 a 29 anos apresenta 19% dos exames coletados, de 30 a 34 foram 17%, 35 a 38 15%, 20 a 24 12 %, 50 a 54 4%.

Através desses dados verificamos que a maioria da coleta realizada nas 14 UBS do município de Cajazeiras/PB no ano de 2009, foi em mulheres com idade entre 25 e 29 anos. Ainda em relação a tabela 1, percebemos que na faixa etária de 25 a 59 anos foram coletados 798 exames citopatológico, correspondendo a 77% de toda coleta no ano de 2009.

Segundo Pereyra e parellada 2003, a maior parte da coleta de exame preventivo do colo uterino é realizada em mulheres com menos de 35 anos. No entanto, as ações de controle do colo do útero dependem da cobertura da população-alvo, compreendida entre 25 e 59 anos de idade.

O Ministério da Saúde recomenda a toda mulher que tem ou já teve atividade sexual a submeter-se o exame citopatológico do colo do útero periódico, especialmente se estiver na faixa etária entre 25 e 59 anos de idade. Os índices da Tabela 1 mostram que a realização da prevenção do câncer do colo do útero da cidade estudada, embora apresente-se abaixo do esperado, abrange mulheres na faixa etária prioritária, contribuindo assim, para diminuição dos indicadores de mortalidade por câncer do colo do útero (VILLA, PEREIRA, 2009).

De acordo com os autores supracitados, inicialmente, um exame deve ser feito a cada ano e, caso dois exames seguidos (em um intervalo de um ano) apresentarem resultado normal, o exame pode passar a ser feito a cada três anos. O conhecimento da finalidade desse exame influencia a mulher a se submeter ao mesmo, resultando em uma maior e mais consciente procura, enquanto que a desinformação sobre a doença e o exame, prejudica a mulher na procura dos cuidados preventivos. O câncer do colo do útero apresenta aspectos

epidemiológicos, etiológicos e evolutivos conhecidos que permitem sua detecção em estágio inicial, com grande chance de cura, a realização do exame é relativamente simples e acessível na rede pública de saúde.

Todos os anos os municípios brasileiros pactuam com o Ministério da Saúde metas para Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde. No que diz respeito a prevenção do câncer do colo uterino este indicador permite avaliar a oferta de exames, de acordo com a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde. A meta pactuada pelos municípios pressupõe-se a razão de 0,30 como a oferta mínima para o alcance de 80% da população-alvo.

Neste sentido, observa-se que o município de Cajazeiras/PB pactuou para o ano de 2009 a meta de 0,30, até o momento da coleta de dados maio de 2010 essa pactuação tinha sido avaliada pelos órgãos responsáveis somente até o mês de outubro do ano de 2009 que atingiu um percentual de 0,17%. No entanto, o que foi possível conhecer é que foram realizadas 1.033 coletas de exame citopatológico nas 14 UBS e a população que mais realizou exame se encontrava na faixa etária de 25 a 59 anos que é a população alvo para o Ministério da Saúde. Diante dos dados obtidos na pesquisa pode-se observar que o município estudado não conseguiu atingir a sua meta pactuada com o Ministério da Saúde, nesse sentido os gestores e profissionais de saúde devem se unir para juntos elaborar um plano de trabalho e corrigir os problemas identificados. Sendo assim, para o município possa alcançar a meta pactuada para prevenção do câncer do colo uterino, a equipe de saúde da família poderá realizar as seguintes ações de saúde: captação das mulheres na faixa etária preconizada (25 a 59 anos) pelos ACS nas suas micro áreas, reformas e adequações de algumas Unidades solicitadas pela Atenção Básica, contratação do laboratório Citoclínica para leitura dos exames citopatológicos que garanta a entrega dos exames em tempo hábil, realização da campanha de prevenção do câncer do colo uterino no período, com todos os profissionais da rede de saúde e apoio da mídia, negociação do serviço permanente de laboratório para realização de leitura das lâminas dos exames citopatológicos, colposcopia, biopsia, solicitação de medicamentos para garantir o tratamento das afecções ginecológicas diagnosticadas no citopatológicos e contratação de profissionais pela Atenção Básica que darão suporte na intensificação da coleta dos exames.

Tabela 2: Faixa etária mais acometida pelo HPV no ano de 2009 no município de cajazeiras/PB.

Variável	Frequência	%
Faixa Etária		
<14	0	0
15-19	08	10
20-24	16	20
25-29	19	24
30-34	16	20
35-39	08	10
40-44	07	9
45-49	03	5
50-54	01	1
55-59	00	0
60-64	01	1
> 64	00	0
Total	79	100

A tabela 2 apresenta a faixa etária mais acometida pelo HPV no ano de 2009 no município de Cajazeiras/PB, verifica-se, portanto, a existência de 79 casos de HPV. Destes, a faixa etária mais atingida foi a de mulheres com idade entre 25 e 29 anos, destas 19 apresentaram casos de HPV, o que corresponde a 24% dos casos notificados com HPV. Em seguida com 20% a faixa etária de 20 a 24 anos e 30 a 34 anos, 35 a 39 anos e de 15 a 19 anos 10%. As demais faixas etárias, de 55 a 59 anos e acima de 64 anos não apresentaram nenhum caso de HPV diagnosticado no ano de 2009.

Pôde-se observar que a faixa etária mais acometida pelo HPV atinge mulheres entre 25 e 29 anos de idade. Este fato pode ser explicado pelo aumento da atividade sexual nesta faixa etária o que possibilita uma maior frequência de vulvovaginites fazendo com que as mulheres procurem mais os serviços de saúde para realizarem consulta de enfermagem e o exame de citológico. Outro fato observado é que a faixa etária mais acometida pelo vírus foi também a que mais procurou o serviço de saúde para realização do papanicolau, correspondendo a 19% de toda coleta notificada no ano de 2009 no município de Cajazeiras/PB.

Segundo Pereyra e Parellada 2003, a incidência de infecção pelo HPV é mais elevada após os primeiros anos da atividade sexual, entre jovens de 18 a 38 anos de idade, sendo concordante com os achados desta pesquisa quando comparamos a proporcionalidade das alterações em relação à faixa etária.

Dados epidemiológicos evidenciam que quanto mais cedo a mulher se tornar sexualmente ativa e quanto maior o número de parceiros sexuais, maiores são os riscos de adquirir o vírus HPV, fator determinante para o câncer do colo de útero caso a mulher não realize um tratamento. De acordo com o Programa Gestão – Pactos pela vida, no Brasil morreram 7 mil mulheres por ano na última década devido ao câncer uterino. Este número é assustador, principalmente ao constatar que a doença do colo do útero é evitável, uma vez que as ações para seu controle contam com tecnologias para o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras, permitindo a cura de, aproximadamente, 100% dos casos diagnosticados em fase inicial. O programa “VIVA MULHER”, lançado pelo Ministério da Saúde, em 1997, foi um avanço para o controle do câncer ginecológico, e visa cumprir um papel fundamental: a defesa da vida das mulheres brasileiras (BRASIL, 2008).

Segundo o BRASIL (2010), o exame citopatológico (Papanicolaou), com qualidade e periodicidade, é um dos pilares para prevenção e detecção precoce deste câncer. O impacto das ações de controle depende da cobertura da população-alvo, prioritariamente as mulheres de 25 a 59 anos, além do tratamento adequado das lesões identificadas.

Tabela 3 - Quantidades de exames citopatológico realizados por UBS no município de Cajazeiras, no período de janeiro a dezembro de 2009.

Variáveis	Frequência	%
UBS		
José Leite Rolim	261	25
São José/PAPS	234	23
Vital Rolim	112	11
Amélio Cartaxo	102	10
Maria José Jesus	93	9
José Jurema	76	7
Sol Nascente	64	6
Simão de Oliveira	41	4
Cristo Rei	11	2
Divinópolis	10	1
João Bosco Braga	10	1
Higino Dias	08	1
Mutirão	08	1
Elvira Dias	03	1
Total	1033	100

A tabela 3 apresenta os dados referentes a quantidade de exames citopatológico coletados por UBS no município de Cajazeiras/PB, no período de Janeiro a Dezembro de 2009. Dados da tabela indicam a distribuição dos 1.033 exames de papanicolau realizados no período de Janeiro a Dezembro de 2009 em todas as UBS do município de Cajazeiras/PB.

No que concerne a quantidade de exames coletados por UBS, os dados da tabela acima apontam para uma maior realização de coleta na UBS José Leite Rolim com 261 coletas, seguida pela UBS São José /PAPS que apresenta 234 coletas; com 112 coletas registradas a UBS Vital Rolim, com 64 coletas a UBS Sol Nascente, com 41 coletas a UBS Simão de Oliveira, com 08 coletas as UBS Higino Dias e Mutirão e com 03 coletas a UBS Elvira Dias.

A UBS que apresentou o maior número na realização do exame citopatológico foi a UBS José Leite Rolim com 25% dos exames coletados no ano de 2009. Isso se explica pelo fato dessa unidade estar localizada em um bairro que é muito populoso, e que a referida UBS é referência para estágios de alunos da graduação em enfermagem onde estes realizam atividades educativas com ênfase para a saúde da mulher, isso contribui para uma maior adesão por parte da população feminina na realização do exame.

Outra UBS que apresenta uma significativa porcentagem com 23% de exames realizados foi a São José (Posto de Atenção Primária a Saúde), fato que pode ser explicado, em virtude desta ser uma unidade escola vinculada a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), onde a mesma possui na sua estrutura uma equipe multiprofissional formada por 03 médicos, por duas Enfermeiras, técnicos em enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, pessoal de apoio e estudantes da Graduação em enfermagem e medicina, além de alunos da Escola Técnica de Saúde que fazem parte da UFCG, Campus de Cajazeiras. Essa UBS passa a ser para o município de Cajazeiras uma unidade de referência em termos de atendimento e prestação de serviços.

A UBS Vital Rolim coletou 112 exames em seguida a Amélio Cartaxo coletou 102 e a Maria José de Jesus com 93. Torna-se importante ressaltar que essas UBS localizam-se em bairros populosos, com um grande número de famílias, e mesmo assim só foi informado a secretaria de saúde esses valores de coletas acima citados, que na visão do pesquisador representa uma quantidade pequena para o tamanho da população existente nesses bairros.

É preciso registrar ainda que outras UBS a exemplo da José Jurema, Sol Nascente, Simão de Oliveira, Cristo Rei, foram as que menos realizaram coletas de exame, na visão do pesquisador esses dados mostram uma falha nos serviços das UBS, pois não se concebe que essa unidade durante todo o ano tenha um atendimento tão pequeno no que diz respeito a coleta de exames citológicos.

Diante dos resultados acima citados acredita-se que esses valores tão discrepantes podem ser decorrentes da falta de profissionais qualificados para realização da coleta de exame, ou ainda da rotatividade existente de profissionais de enfermagem nas UBS, ou por falha no repasse das informações referentes a coleta de exames citopatológicos a secretaria municipal de saúde.

Convém que os profissionais reconheçam a necessidade da estruturação de uma agenda de trabalho contínua e dinâmica nas UBS, no sentido de possibilitar a aproximação entre serviço de saúde, profissionais e comunidade de mulheres assistidas. Sob essas considerações, pressupõe-se a necessidade de melhorar as ações e agenda de trabalhos das UBS, no intuito de informar e motivar às práticas de ações preventivas no tocante a saúde da mulher.

Partindo-se do princípio de que a prevenção tem se destacado como a melhor estratégia contra o câncer de colo uterino é, portanto, fundamental que os serviços de saúde estejam estruturados para orientar a população a respeito de sua principal finalidade, já que a sua realização periódica permite identificar em estágios iniciais lesões pré cancerígenas, contribuindo de forma significativa na redução da mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco (AGUETONI; PIRES, 2007).

O gráfico 1 a seguir a quantidade de casos de HPV diagnosticados por UBS no município de Cajazeiras/PB ano de 2009.

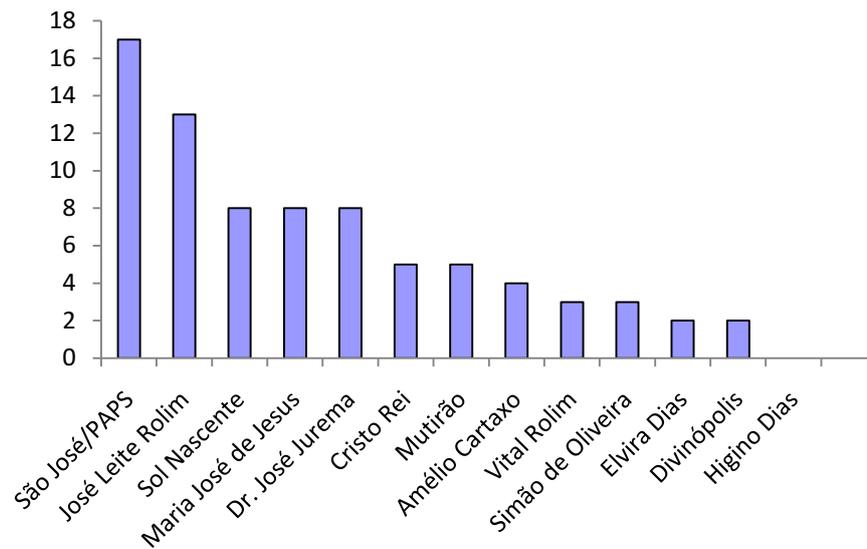


Gráfico 1: Números de casos de HPV por UBS no ano de 2009.

Segundo dados extraídos do gráfico 1 acima, a UBS São José/PAPS apresenta 17 casos de HPV correspondendo a 21%, seguida da UBS José Leite Rolim com 13 casos representando 19%, com 08 casos 12% as UBS Maria José de Jesus as UBS, Sol Nascente e Dr. José Jurema, com 5 casos 6% as UBS Cristo Rei e Mutirão, a UBS Higino Dias não apresentou nenhum caso de HPV no ano de 2009.

Conforme mostra o gráfico acima, a UBS São José/PAPS é a Unidade com maior número de casos de HPV diagnosticados na cidade de Cajazeiras/PB no ano de 2009, com 17 casos 21%, seguida pela UBS José Leite Rolim com 13 casos 19%. Entendemos que este resultado deve-se em parte a localização das mesmas, pois estão inseridas em áreas periféricas da cidade, em bairros relativamente pobres, de caráter socioeconômico reduzido. Nesta perspectiva, considera-se que as mulheres residentes nestes bairros estão expostas a um maior risco de infecção por HPV.

Outra explicação pode estar associada à demanda de alunos e ações de saúde que são realizadas nas referidas UBS, a exemplo de visitas domiciliares realizadas por alunos estagiários juntamente com ACS no intuito de informar e captar as mulheres na faixa etária priorizada pelo o ministério a procurem a unidade para realização do exame preventivo do câncer do colo do útero.

De acordo com Brasil (2006), vários são os fatores de risco identificados para o câncer do colo do útero, entre eles: fatores sociais, ambientais e os hábitos de vida, tais como: baixas

condições sócio-econômicas, início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros sexuais, tabagismo, higiene íntima inadequada e o uso prolongado de contraceptivos orais.

Dentre as outras unidades pesquisadas foi possível observar que as UBS Vital Rolim e Simão de Oliveira apresentaram 03 casos equivalendo a 4%, as mesmas estão localizadas no centro da cidade em questão. O pesquisador entende que esses dados notificados são valores baixos em comparação a população adscrita. Outrossim, podem ser decorrentes em partes, por algumas mulheres residentes na área de abrangência da UBS prefira o setor privado para realização do exame preventivo. Desta forma, caso o exame dessa mulher tenha como diagnostico o HPV, o mesmo não será notificado juntamente a secretaria de saúde do município. Com isso, explica-se em partes a pequena quantidade de casos de HPV notificados nestas unidades.

A UBS Elvira Dias e Divinópolis tiveram 02 casos equivalentes a 2%, as mesmas estão localizadas na zona rural do município de Cajazeiras, onde apresenta uma população considerável. Vale ressaltar que as mesmas diferentemente das outras unidades localizadas na zona urbana, não possui atendimentos todos os dias. A UBS Higino Dias Moreira localizada na zona rural não apresentou nenhum caso de HPV.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como principal objetivo investigar a incidência de HPV na população feminina do município de Cajazeiras/PB no período de Janeiro a Dezembro de 2009, identificar a faixa etária da população feminina mais acometida pelo o HPV e conhecer as USF que apresentam maiores números de casos do HPV.

A infecção genital pelo HPV é considerada a DST mais freqüente em todo mundo, representando um problema de saúde pública importante devido à sua alta prevalência e transmissibilidade. No Brasil, esse quadro vem se modificando aos poucos e o aparecimento de lesões precursoras está ocorrendo cada vez mais precocemente, devido à iniciação cada vez mais antecipada das atividades sexuais associada aos demais fatores de risco.

Os resultados obtidos no estudo revelam que a taxa de incidência de HPV no município de Cajazeiras/PB no ano de 2009 foi de 0,045% por 100 mil habitantes. Podemos afirmar que esses dados são subnotificados, pois houve muitas divergências de informações, nos Boletins de Notificação que são repassados a secretaria municipal de saúde com os livros de registros das referidas UBS.

Observou-se ainda que no período de Janeiro a Dezembro de 2009, foram realizadas pelas 14 UBS do município de Cajazeiras/PB 1.033 coletas de exames cervicovaginais. Deste total, 79 exames mostraram resultados compatíveis com infecção pelo HPV. Quanto à faixa etária mais acometida pelo HPV, as mulheres com idade entre 25 e 29 anos, apresentaram maior índice de infecção pelo vírus. Observa-se ainda que a faixa etária de 25 a 29 anos, além de ser a que mais apresentou caso de infecção pelo HPV, também foi a que mais procurou as UBS no ano de 2009 no município estudado.

Com relação à quantidade de exames citopatológico realizado por UBS no município de Cajazeiras/PB no ano de 2009, a UBS José Leite Rolim e a São José/PAPS foi a que mais realizou coletas cervicovaginais, enquanto que, a UBS Elvira Dias neste mesmo período foi a que menos realizou.

Com relação à UBS que mais apresentou casos de HPV, a UBS São José/PAPS no período de Janeiro a Dezembro de 2009, destaca-se como sendo a Unidade que apresentou maior índice de casos. Em contrapartida aparece a UBS Higino Dias sem nenhum caso diagnosticado.

Com os dados obtidos nesta pesquisa, percebe-se que o município de Cajazeiras, não cumpriu a Metas para Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, no que diz respeito a prevenção do câncer do colo uterino, pois a meta pactuada para 2009 foi de 0,30 e até o momento da coleta desta pesquisa essa pactuação tinha sido avaliada pelos órgãos responsáveis somente até o mês de outubro do ano de 2009 atingindo um percentual de 0,17%.

Diante de tais resultados, para reduzir esses problemas o município precisa desenvolver algumas ações como colocar ao alcance da população feminina exames preventivos e ações educativas, acompanhar as mulheres que tem diagnósticos positivos de HPV, bem como desenvolver ações para motivá-las a realizarem o exame. Para isso, é necessário a implantação e/ou a implementação de programas efetivos, eficazes e permanentes nos serviços de saúde.

Outro ponto a ser melhorado no município é com relação às notificações e envios de Boletins de Notificação de Casos Suspeitos de DST/AIDS a secretaria de saúde do município, pois foi constatado na pesquisa que muitas das UBS deixavam de enviar os seus boletins mensalmente para notificação das DST e vulvovaginites.

Os profissionais da saúde que atuam nas UBS devem ter a educação como papel fundamental para atuar na prevenção e detecção precoce de doenças. Diante das representações encontradas neste estudo, no que se refere ao HPV, é preciso continuar orientando as mulheres a manter a rotina de realização do exame de papanicolau,

Espera-se que o estudo tenha fornecido informações relevantes sobre o assunto e que possa subsidiar os profissionais de saúde, em especial o profissional Enfermeiro na avaliação das ações atualmente desenvolvidas e na identificação das necessidades de planejamento e implementação de novas estratégias que objetivem a promoção e manutenção da saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

AGUENTONI, D; PIRES, J. S. D. B. Acompanhamento de mulheres com alteração positiva no exame citopatológico: um estudo de caso. Disponível em: http://www.repositorio.seap.pr.gov.br/arquivos/File/artigos/saude/acompanhamento_de_mulheres_com_alteracao_positiva_no_exame_citopatologico.pdf.

AMARAL et al. Associação de lesões anorretais em portadoras de infecção genital por HPV e neoplasia cérvico-uterina. **Revista Brasileira de Colo Proctologia**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, ed. Abril/Junho 2009.

ARAÚJO, R. Papiloma Vírus Humano HPV atinge de 50% a 70% das mulheres. **Jornal da Paraíba**, Campina Grande, 23/07/2006. Pág. 04.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GENITOSCOPIA (ABG). Disponível em < http://www.colposcopy.org.br/espaco_mulher.php>. Acesso em: 2 de abril de 2010.

BARRAVIERA, B. **Vacinas**: guia de referência. Petrópolis, RJ: EPUB, 2007.

BEZERRA, S. J S. Perfil de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. V. 17, nº 2, p. 143-148, 2005.

BRANDÃO, V. C. R. A. B; LACERDA, H.R; XIMENES, R. A. A. Frequência de Papiloma Vírus Humano e Chlamydia trachomatis em gestantes. **Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde**. V.19, nº. 1, jan/març. Brasília. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 13**: Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. Instituto Nacional de Câncer. 3. ed. atual. amp. Rio de Janeiro: 2008.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: **incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009b.

COSTA, F. S. G. **Metodologia da pesquisa**: coletânea de textos. Ed. Ideia. João Pessoa, 2007.

FIOREZI, e. et al. Conhecimento sobre Papilomavírus humano entre universitários da área da saúde. **Revista Científica dos Profissionais de Enfermagem Brasil**. Rio de Janeiro v. 03, n 1 p 04 – 09, 2004.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo. Atlas, 2002.

GIRALDO, P. C. *et al.* Prevenção da Infecção por HPV e lesões associadas com o uso de vacinas. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. V. 20, nº 2, p. 132-140. 2008.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

MEDEIROS, P. F; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Rev. Estudos Feministas**. vol. 17, nº: 01. Florianópolis Jan/Apr. 2009.

MORAES, M.C. BASSANI, D.P.S. Aspectos psicológicos do infectado pelo HPV. IN CARVALHO, J.J.M OYAKAMA,N.(Editores). **I Consenso Brasileiro de HPV**; papilomavirus humano. São Paulo: BG, 2005.Cap. 8, p 129-134.

NAKAGAWA, N; SCHIRMER; J; MÁRCIA, B. Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Revista Brasileira de Enfermagem**. vol. 63, nº 2. Brasília, mar/abr. 2010.

NICOLAU, Sérgio Mancini. Existe câncer do colo uterino sem HPV? **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, vol.49, nº 3, Julho/Set. 2003.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: Teoria e Prática. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2008.

PEREYRA, E. A. G.; PARELLADA, C. I. **Entendendo Melhor a Infecção pelo Papilomavírus Humano**, São Paulo: Arstmed. 2003.

PIVA, M. R. *et al.* Papiloma escamoso em lábio inferior após excisão de mucocele. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac**. Camaragibe v.9, n.4, p. 15-18, out./dez.2009.

POLLOCK, R. E. et al, União Internacional Contra o Câncer (UICC). **Manual de oncologia clínica**. 8. Ed. São Paulo, 2006.

QUEIROZ, A. M. A; CANO, M. A; ZAIA, J. E. O papiloma vírus humano (HPV) em mulheres atendidas pelo SUS, na cidade de Patos de Minas – MG. **RBAC**, 2007. vol. 39, nº 2, p. 151-157.

ROSENBLATT, C, et al. **Infecção pelo Papilomavirus Humano (HPV)**: HPV na prática clínica. Editora Atheneu. São Paulo, 2007.

ROUQUEYROL, M. Z; GOLDBAUUM, M. **Epidemiologia**, Rio de Janeiro: MEDISI, 2003.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3ª. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTINI, L. A. Uma vacina à procura de uma política. **Revista Rede Câncer**. vol. 10, n 5. São Paulo, Dez. 2007.

SOUSA, L. B; PINHEIRO, A. K. B; BARROSO, M. G. T. Ser mulher portadora do HPV: uma abordagem cultural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. vol. 42, n 4. São Paulo, Dez. 2008.

VILLA, M. C. E; PEREIRA, W. R. **As práticas e a atenção no câncer do colo do útero no Estado do Mato Grosso – uma abordagem crítica**. Ver. Eletrônica de enfermagem. Vol. 11, n 4.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa intitulada “**INCIDÊNCIA DE PAPILOMA VÍRUS HUMANO (HPV) NA POPULAÇÃO FEMININA NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS/PB NO PERÍODO DE 2007 A 2009**” está sendo desenvolvida por **Diógenes Ferreira da Silva**, aluno do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação dos Professores, Dr. Francisco Fábio Marques da Silva e pela Enfermeira Esp. Eliane de Sousa Leite. Os objetivos do estudo são: Conhecer a incidência da infecção genital por Papiloma Vírus Humano (HPV) nos últimos três anos (2007-2009) na população feminina no município de Cajazeiras, Paraíba. E desenvolver uma assistência de Enfermagem qualificada as mulheres portadoras dessa patologia

Para viabilizar a investigação proposta, solicito sua permissão para coletar dados do Sistema de Informação SISCOLO. Gostaria de deixar claro que sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores, podendo desistir a qualquer momento da pesquisa.

Gostaria de requerer também a sua anuência para disseminar o conhecimento produzido deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido no anonimato. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Vale ressaltar que, os pesquisadores levarão em consideração as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução 196/96 nas fases de planejamento, empírica e de disseminação do processo de pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse termo.

Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

Assinatura da Coorientadora

Assinatura da Pesquisadora Orientador

Assinatura do aluno Pesquisador

Telefone para contato:

Prof. Dr. Francisco Fábio Marques da Silva. Tel. (83) 35312000

Enfermeira Esp. Eliane de Sousa Leite. Tel: (83) 87494823

Diógenes Ferreira da Silva (Discente da Graduação em Enfermagem – CFP – UFCG) Tel: (83) 88387813

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA

INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

Fórmula para cálculo de incidência do Papiloma Vírus Humano - HPV:

Nº de casos novos de uma doença ocorrentes em
determinada comunidade em um certo período de tempo

Coeficiente de incidência = $\frac{\text{Nº de casos novos de uma doença ocorrentes em determinada comunidade em um certo período de tempo}}{\text{Nº de pessoas expostas ao risco de adquirir a doença no referido período}} \times 10^n$

Nº de pessoas expostas ao risco de adquirir a doença no
referido período

Ano da notificação: _____

1. Faixa Etária mais acometida pelo HPV no ano de 2009.
2. Quantidade de citológico realizado no município de Cajazeiras/PB no ano de 2009.
3. Quantidade de citológico realizado por Unidades Básica de Saúde no ano de 2009.
4. Números de casos de HPV por Unidades Básica de Saúde no ano de 2009.
5. Números de casos de HPV no município de Cajazeiras/PB no ano de 2009.

ANEXOS

ANEXO A

ANEXO B**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA-PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP****FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB****PROJETO: CAAE 0175.0.133.000-10****PARECER****X APROVADO**

NÃO APROVADO

PENDENTE

TITULO: *Incidência de Papilomavírus Humano (HPV) na população feminina no município de CajazeirasPB no ano de 2009***PESQUISADOR(A)/ORIENTADOR(A): Francisco Fábio Marques da Silva****ORIENTANDO(A): Diógenes Ferreira da Silva**

PARECER: O presente Projeto de Pesquisa tendo como Objetivo Geral “Investigar a taxa de incidência da infecção genital por Papiloma Vírus Humano (HPV) na população feminina no município de Cajazeiras-PB, no ano de 2009”; nos traz, a priori, relevância científica, consoante proposta apresentada pelo Orientador e Orientando supracitados. Doutra forma, após analisado o conteúdo do texto do presente Projeto, mormente vir atender, in totum, requisitos do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB consoante Resolução do Conselho Nacional de Saúde de n. 196 do ano de 1996, passo a definir, em síntese, meu Parecer:

Sou pelo Parecer pela APROVAÇÃO do Projeto. Salvo melhor juízo.

Campina Grande, 02/06/2010

Relator: 11