

## ARTIGO ORIGINAL

***Frequência de anormalidades nos exames de Papanicolaou em usuárias do Sistema Único de Saúde em Criciúma - 2004*****Ângela Mendes Bergamo<sup>I</sup>, Maria Inês da Rosa<sup>I, II, III</sup>, Stela Maris de Jezus Castro<sup>III</sup>, Iara Denise Endruweit Battisti<sup>III</sup>, Fábio Rosa Silva<sup>I, II</sup>, Bruno Rosa Silva<sup>I, II</sup>****Resumo**

**Introdução:** O teste de Papanicolaou é considerado altamente sensível. Sua precisão em diagnosticar os casos verdadeiros de lesões cervicais pré-neoplásicas e neoplásicas tem sido descrita entre 75% a mais de 90% dos casos. Os resultados falso-negativos, no entanto, são responsáveis por cerca de 10% dos casos de câncer invasivo.

**Objetivo:** Analisar frequência das lesões precursoras de câncer cervical entre as citologias oncológicas coletadas na rede pública de Criciúma, no ano de 2004.

**Metodologia:** Estudo transversal descritivo, com uma amostra de 424 mulheres. O processo de amostragem foi estratificado proporcional à faixa etária.

**Resultados:** A idade média das mulheres da amostra foi de 36,5 anos ( $\pm 14,86$  anos) e aproximadamente 40% delas não completou o ensino fundamental. 79% das mulheres já havia realizado o exame de Papanicolaou, 63% não utilizava anticoncepcional oral. Dos exames realizados 60,5% apresentaram material satisfatório. A frequência de ASCUS ou mais foi de 3,8%.

**Conclusão:** A frequência de alterações citológicas encontradas no presente estudo foi de 3,8%, em ordem decrescente de acordo com a gravidade da lesão. A frequência do relato da realização de Papanicolaou prévio foi adequado conforme os 80% recomendados pela

Organização Mundial de Saúde.

**Descritores:** 1. Teste de Papanicolaou;  
2. Lesões precursoras;  
3. Cancer cervical.

**Abstract**

**Introduction:** the Pap test is considered highly sensitive. Its accuracy in diagnosing the cases of true pre-invasive cervical lesions and cancer has been reported between 75% to over 90% of cases. The false-negative results however, are responsible for about 10% of cases of invasive cancer.

**Objective:** to analyze the frequency of the precursors lesions of the cervical cancer in Pap test between users of Public Health in Criciúma in 2004.

**Methods:** sectional study with 424 women. The sampling was stratified proportionally to age.

**Results:** the average age of the women in the sample was 36.5 years old ( $\pm 14.86$ ). Approximately 40% of them studied in an Elementary school or below, 79% of the women realized Previous Pap test, 63% did not use the Oral contraceptive. In Pap test 60.5% showed satisfactory material. The ASCUS or more frequency was 3.8% (16/425).

**Conclusion:** the frequency of citological alteration found in this study was of 3.8%, in decreasing order according to the lesion severity. The frequency of the Pap test realization was appropriate according to the recommend by the World Health Organization (80%).

<sup>I</sup>Curso de Graduação em Medicina Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma-SC,

<sup>II</sup>Laboratório de Epidemiologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense<sup>II</sup>,

<sup>III</sup>Curso de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre -RS.

**Key-words:** 1. *Pap test*;  
2. *Precursors lesions*;  
3. *Cervical cancer*.

## Introdução

O câncer de colo do útero é a segunda neoplasia mais comum entre mulheres no mundo, com cerca de 500.000 novos casos diagnosticados a cada ano<sup>1</sup>.

Nas últimas duas décadas, o enigma do câncer cervical começou a ser elucidado e atualmente foi identificada a infecção pelo Papilomavírus humano (HPV) como seu agente etiológico, transmitido sexualmente<sup>2,3,4</sup>. Em 1995, a *International Agency for Research on Cancer* (IARC) avaliou todos os dados relevantes da carcinogênese do HPV e concluiu que existiam evidências suficientes que o HPV16 e HPV18 sejam causadores do câncer cervical<sup>5</sup>.

Aproximadamente 40% das mulheres sexualmente ativas são infectadas pelo HPV<sup>6</sup>.

Apenas a infecção pelo HPV não é capaz de levar a uma transformação maligna, sendo que a história natural das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de baixo grau é caracterizada por regressão espontânea, e apenas pequena percentagem persiste e evolui para câncer<sup>7</sup>.

Vários co-fatores têm sido associados com o desenvolvimento do câncer cervical invasivo como paridade, uso de contraceptivos orais, tabagismo, imunossupressão, particularmente relatado em paciente com vírus da imunodeficiência humana (HIV), infecções com outras doenças sexualmente transmissíveis e deficiências nutricionais<sup>8</sup>.

O diagnóstico pode ser feito, de maneira indireta, através do exame clínico, exames de rastreamento de Papanicolaou, colposcopia e anatomopatológico e, de maneira direta, através da identificação de seqüências de DNA de HPV com técnicas de hibridização molecular.

Apesar do sucesso do rastreamento, pela citologia, existem limitações, sendo a mais importante os resultados falso-negativos<sup>9,10</sup>. Desses falso-negativos, um terço é atribuído a erro de interpretação e dois terços por amostra escassa e preparação das lâminas<sup>11</sup>.

As evidências da eficácia do exame de Papanicolaou foram exaustivamente estudadas por vários estudos randomizados, consensos nacionais e internacionais, e

revisões evidenciaram sua eficácia<sup>12,13,14,15</sup>.

O objetivo desse estudo foi de realizar foi analisar frequência das lesões precursoras de câncer cervical (ASCUS, lesão de baixo grau, lesão de alto grau) entre as citologias oncóticas coletadas na rede pública de Criciúma, no ano de 2004.

## Métodos

Foi realizado estudo observacional transversal, analisando-se exames citopatológicos realizados pela rede Pública de Saúde no Laboratório Municipal de Criciúma, no ano de 2004. O processo de amostragem foi estratificado proporcional à faixa etária. Dentro de cada faixa etária, os exames foram escolhidos de forma aleatória sistemática, deste modo, cada exame (usuária do SUS que fez o exame especificado no ano 2004) teve a mesma probabilidade de pertencer à amostra numa mesma faixa etária. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado considerando variabilidade máxima  $p = 0,5$ , nível de confiabilidade igual a 95%, erro de 0,05 e uma população finita (mulheres na faixa etária de 15 a 79 anos, em 2004) igual a 101221 (fonte: IBGE). Obteve-se uma amostra de tamanho igual a 422 testes. Para cada faixa-etária, determinou-se o *passo de amostragem*, ou seja, o número “k” de elementos entre cada coleta. O processo iniciou-se pelo sorteio do primeiro elemento entre os “k” primeiros, em seguida, salta-se “k” elementos para então coletar o segundo elemento e assim sucessivamente até a coleta do último elemento da amostra.

## Resultados

No ano de 2004 foram realizados 12.637 exames citopatológicos na rede pública de Criciúma. O número total de exames foi dividido em grupos de acordo com sua faixa etária e, aleatoriamente, foram retirados os 425 exames que fizeram parte da amostra, conforme a metodologia do estudo (Tabela 1). Entre as mulheres estudadas, 19,3% tinham acima de 50 anos, ou seja, estavam em menopausa presumida, 3,6% fazia uso de Terapia Hormonal e 1,4% apresentava ou já havia apresentado sangramento após a menopausa.

As 425 mulheres que participaram da amostra aleatória do estudo tiveram seus exames citopatológicos coletados nas 48 Unidades de Saúde do município de Criciúma. As unidades com maior número de exames analisados, em ordem decrescente de frequência foram

a Rede Feminina de Combate ao Câncer com 11,1% dos exames, Santa Bárbara com 9,4% e Rio Maina com 5,9%. As demais variaram de 4,5% (Próspera) a 0,2% Mina União.

A idade das pacientes variou de 15 a 79 anos, com uma média de 36,52 ( $\pm 14,84$ ) anos. A escolaridade predominante foi o ensino fundamental incompleto (49,5%), seguido pelo ensino fundamental completo (21,2%) e pelo ensino médio completo (20,6%). O número de mulheres analfabetas e daquelas com ensino superior completo foi semelhante, 4,5% e 4,2% respectivamente

Quanto à realização do teste de Papanicolaou, a maioria das pacientes relata já tê-lo realizado anteriormente. O dispositivo intra-uterino foi pouco citado como método anticoncepcional entre as pacientes. O uso de anticoncepcional oral foi relatado por 32,8% das pacientes. No momento do exame, apenas 2 mulheres referiram estar grávidas e 32 (9%) relataram já ter tido sangramento vaginal após a relações sexuais.

As características do colo uterino foram descritas pelos diversos profissionais da saúde (médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem) que acompanharam a paciente durante a coleta do exame. Entre as 425 mulheres estudadas, 38 tinham sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis e 68 apresentaram alterações na inspeção do colo do útero.

Mais de 60% (257/425) dos exames estudados apresentaram material satisfatório. As células endocervicais estiveram ausentes em 24,5% dos exames, e 10,8% dos mesmos foram classificados como amostra satisfatória mas limitada por material purulento (Tabela 2). Apenas 4 exames se apresentaram dentro dos limites da normalidade

Entre as pacientes estudadas, 92,9% apresentaram sinais de inflamação cervical, 53,4% apresentaram metaplasia escamosa e 90,1% não tiveram sinais de atrofia com inflamação.

Além da possibilidade da avaliação de alterações inflamatórias, pré-neoplásicas e neoplásicas, o exame colpocitológico permitiu observar a presença de agentes microbiológicos específicos. A Tabela 3 mostra a frequência dos diversos microorganismos encontrados. Os achados mais frequentes foram Bacilos e Cocos. O valor total ultrapassa o número da amostra porque uma mesma mulher pode apresentar mais de um agente infeccioso.

O total de diagnósticos alterados foi de 3,8%. Considerou-se como resultados alterados o conjunto dos

seguintes diagnósticos: atipias celulares de significado indeterminado (ASCUS), lesão escamosa intraepitelial de baixo grau (LIEBG), lesão escamosa intraepitelial de alto grau (LIEAG), incluindo NIC II, NIC III e carcinoma *In situ*, carcinoma escamoso invasivo, adenocarcinoma *In situ* e adenocarcinoma invasivo. A prevalência das lesões isoladamente foi de 1,9% para ASCUS, 1,4% LIEBG 0,4% LIEAG. Não foram encontrados, nenhum caso de atipia glandular de significado indeterminado e adenocarcinoma.

Quando os resultados da colpocitologia foram relacionados à faixa etária pode-se observar que os resultados alterados (isto é, ASCUS ou mais) tiveram uma distribuição semelhante na faixa etária de 15 a 24 e 35 a 44 anos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

## Discussão

O câncer de colo do útero é a segunda neoplasia mais comum entre mulheres no mundo e, ao contrário do câncer de mama, que apresenta incidência maior em regiões brasileiras mais ricas, o câncer de colo uterino está associado a regiões de baixo nível socioeconômico. Mesmo assim, o estado de Santa Catarina, com elevado potencial econômico, apresenta taxas de incidência elevada (22,5 por 100.000 mulheres)<sup>16</sup>.

Um aspecto importante na elaboração de qualquer política de saúde é determinar o nível de escolaridade da população atendida. Desta forma, observamos que a maior parte das mulheres atendidas na rede pública de Criciúma apresenta baixa escolaridade. Evidenciamos um pequeno índice de analfabetismo (4,5%) quando comparado ao resultado encontrado por Motta *et al*<sup>17</sup> (2001), de 9,2%, entre as mulheres atendidas pelo ambulatório de ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Entretanto, o número de mulheres com ensino fundamental, completo ou incompleto, foi semelhante, 70,7% em Criciúma e 72% em São Paulo.

A cobertura do teste de Papanicolaou, no ano de 2004, na rede pública de saúde do nosso município foi de 79,2%. Este dado foi encontrado perguntando-se à paciente, durante a coleta do material, se ela já havia realizado o teste de Papanicolaou alguma vez. Estudo transversal, de base populacional, realizado na cidade de Pelotas-RS, entre os anos de 1999 e 2000, 72,2% das mulheres apresentavam exames citopatológicos atualizados (nos

últimos três anos)<sup>18</sup>.

Pérez-Stable *et al* (1994)<sup>19</sup>, em um estudo transversal com amostra aleatória de mulheres latinas e americanas, observou uma cobertura do teste de Papanicolaou de 86,7% (latinas) e 88,4% (americanas) nos últimos três anos. Outro estudo transversal realizado na Inglaterra, com amostra aleatória de 600 mulheres com idade inferior a 65 anos, encontrou uma cobertura de 77%, alguma vez na vida<sup>20</sup>.

O principal objetivo do nosso trabalho foi avaliar a prevalência das citologias oncóticas com resultados alterados, na rede pública de Criciúma, no ano de 2004. Esta prevalência foi de 3,8%, distribuindo-se da seguinte forma: 1,9% de ASCUS, 1,4% de NIC I, 0,2% de NIC II e 0,2% de NIC III.

Comparando com a literatura, nossos dados são semelhantes ao encontrados por Roberto Neto *et al* (2001)<sup>21</sup> examinando 2.278 mulheres, segundo a técnica de Papanicolaou, no município de Naviraí/MS. Este trabalho encontrou uma prevalência de 3,3% de alterações citológicas referidas como ASCUS (1,1%), AGUS (0,5%), LIEBG (0,9%), LIEAG (0,7%) e câncer invasor (0,1%). Zeferino *et al* (2000)<sup>22</sup> em um estudo de série temporal, encontrou um total de 2,4% diagnósticos alterados, na cidade de Campinas.

Por outro lado, Gontijo R.C. *et al* (2005)<sup>23</sup> encontrou 10,4% das citologias oncológicas alteradas em um estudo descritivo de corte transversal, que avaliou o desempenho da citologia oncológica na detecção de lesões cervicais neoplásicas e pré-neoplásicas, em uma unidade básica de saúde da região de Campinas.

Estudo transversal, que pesquisou as lesões precursoras de câncer de colo uterino, pelo exame de Papanicolaou, em 2.397 mulheres de 15 a 29 anos no município de Rio Branco/Acre, encontrou 6,4% de alterações epiteliais cervicais. A frequência elevada de lesões precursoras em faixa etária abaixo do esperado evidencia a exposição precoce aos fatores de risco, o que antecipa o desenvolvimento do câncer de colo uterino<sup>24</sup>.

Em nosso estudo, das 425 citologias colhidas 257 (60,5%) foram satisfatórias. A categoria satisfatória mas limitada por purulento foi encontrada em 46 (10,8%) dos exames e 104 (24,5%) não apresentaram células endocervicais. Zeferino *et al* (2000)<sup>22</sup> comparando as amostras do canal cervical e do fundo de saco no diagnóstico de neoplasia do colo uterino, encontrou um percentual de 75% de células endocervicais no grupo que utilizou espátula de Ayre e a escova cytobrush para

colher amostra da ectocévice e do canal cervical. No grupo de mulheres com amostra da ectocévice, fundo de saco e canal cervical, com a espátula de Ayre e a escova cytobrush, este número foi de 70,6% e no grupo que utilizou somente a espátula de Ayre para colher amostra da ectocévice e do fundo de saco, o número foi 18,2%.

Elias *et al* (1983)<sup>25</sup>, em estudo com mulheres de 35 a 55 anos de idade, observaram que o percentual de esfregaços com células endocervicais diminui progressivamente com o aumento da faixa etária, e que as taxas de resultados alterados são maiores nos esfregaços com células endocervicais.

Embora a colpocitologia oncótica não seja um exame específico para o diagnóstico de infecções cervicovaginais, pode-se observar elevada frequência da presença de microorganismos como Cocos, Bacilos e *Gardnerella vaginalis*, em detrimento de agentes tradicionalmente associados a vaginites como fungos e trichomonas.

A frequência dos microorganismos encontrados nas citologias oncóticas do nosso estudo foi diferente da encontrada por Motta *et al* (2001.)<sup>17</sup>. Nosso estudo encontrou uma frequência de 13,6% de *Gardnerella vaginalis*, o estudo realizado no ambulatório de ginecologia do HC/USP observou uma frequência de 8,6% deste microorganismo.

Sabe-se que a sinusorragia pode ser um sintoma inicial de neoplasia cervical, que ocorre devido invasão do estroma cervical provocando ulceração da mucosa e exposição dos vasos sanguíneos. Em nosso estudo não houve significância estatística entre lesões precursoras do câncer cervical e sinusorragia.

Uma das possíveis limitações deste estudo, poderia ser o fato de os exames serem realizados por citotécnicos, subestimando as alterações encontradas pois somente os exames triados como alterados, são enviados ao médico patologista. Porém, este viés é atenuado pelo controle de qualidade realizado em todos os exames com resultados alterados ou suspeitos acrescidos de 10% de todos os exames realizados.

A cobertura do exame de Papanicolaou entre as mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde de Criciúma, foi de 79,2%, significando que a cobertura deste exame, em nossa cidade é adequado, segundo preconizado pela OMS. Então, por quê ainda temos em Criciúma taxas elevadas de mortalidade por câncer de colo do útero, semelhante ao resto do Brasil, se atingimos uma cobertura adequada pelo exame de Papanicolaou?

Como todos os resultados alterados são revisados por patologistas, a sensibilidade de detectar os casos verdadeiramente positivos não está sendo questionada. O problema é a especificidade do exame, ou seja, afirmar que é negativo quando realmente é negativo. Os falsos negativos seriam os responsáveis pela falta de detecção precoce do câncer de colo?

Como poder-se-ia aumentar a especificidade desses exames? Se o controle de qualidade não está conseguindo detectar estes casos, seria interessante reavaliar este sistema e, da mesma forma, aumentar a capacitação de todas as pessoas envolvidas com a citologia oncológica, desde a coleta até a leitura da lâmina.

Finalmente, o conhecimento da prevalência das lesões precursoras e da própria neoplasia cervical deverá enfatizar a importância dos programas de educação em saúde. Estes programas devem informar às mulheres, principalmente das faixas etárias mais acometidas sobre a importância da realização do exame de Papanicolaou, bem como da sua periodicidade e seguimento das lesões já diagnosticadas.

Contribuição de cada autor:

Ângela Bergamo e Maria Inês da Rosa: concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, revisão crítica do artigo.

Stela Castro e Iara Batisiti: Projeto, análise estatística, redação artigo.

Fábio Silva e Bruno Silva: coleta de dados na pesquisa e metodologia, redação do artigo.

### Referências Bibliográficas:

1. Parkim DM. Global cancer statistics in year 2000. *Lancet Oncol* 2001;2:533-43.
2. Bosch FX, Lorincz A, Munoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002; 55(4):244-65.
3. Bosh FX, Shiffman M, Salomon D. Introduction: Future Research directions in the epidemiology of human papillomavirus and cancer. *J Natl Inst Monogr* 2003; 31:1-2.
4. Van der Graaf I, Molijn A, Doornwaard H, Quint W, van Doorn L-J, van den Tweel J. Human Papillomavirus and long risk of cervical neoplasia. *Am J Epidemiol* 2002; 156(2):158-64.
5. International Agency for Research on Cancer (IARC). Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Human papillomavirus. Lyon (France): IARC 1995; Vol 65.
6. Ho GY, Bierman R, Beardsley L, Chang CJ, Burk RD. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med* 1998; 12;338(7):423-8.
7. Wright TC Jr, Ellerbrock TV, Chiasson MA, Van Deranther N, Sun XW. Cervical intraepithelial neoplasia in women infected with human immunodeficiency virus: prevalence, risk factors, and validity of Papanicolaou smears. *New York Cervical Disease Study. Obstet Gynecol* 1994; 84:591-7.
8. Hildesheim A, Wang SS. Host and viral genetics and risk of cervical cancer: a review. *Virus Research* 2002; 89:229-240.
9. Franco EL, Duarte-Franco E, Ferenczy, A. Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. *CMAJ* 2001; 164(7): 1017-1025.
10. Petticrew MP, Sowden AJ, Lister-Sharp D, Wright K. False-negative results in screening programmes: systematic review of impact and implications. *Health Technol Assess* 2000; 4(5):1-120.
11. McCrory DC, Matchar DB, Bastian L, Datta S, Hasselblad V, Hickey J, Myers E, Nanda K. Evaluation of cervical cytology. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 1999; 5:1-6.
12. Smith RA, Cokkinide V, Eyre HJ. American Cancer Guidelines for early detection of cancer. *CA Cancer J Clin* 2005; 55:31-44.
13. Sarakanarayanan R, Gaffikin L, Jacob M, Sellors J, Robles S. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. *Int J Gynecol Obst* 2005; 89:S4-S12.
14. Valdespino VM, Valdespino VE. Cervical cancer screening: state of the art. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2006;18(1):35-40.
15. Lazcano-Ponce E, Alonso P, Ruiz-Moreno JA, Hernandez-Avila M. Recommendations for cervical cancer screening programs in developing countries. The need for equity and technological development. *Salud Publica Mex*. 2003; 45 Suppl 3:S449-62.
16. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas de Incidência e Mortalidade No Brasil, 2006. Acessado em 29/03/2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/versaofinal.pdf>.
17. Motta EV, Fonseca AM, Bagnoli VR, Ramos LO, Pinotti JA. Colpocitologia em ambulatório de

- ginecologia preventiva. Ver Assocm Med Bras 2001; 47(4): 302-310.
18. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Gigante D P, Menezes AMB, Macedo S, Borba AT et al . Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Sau Pub 2003 ; 19(1): 191-197.
  19. Pérez-Stable EJ, Otero-Sabogal R . Self-reported use of cancer screening tests among latin@s and anglos in prepaid health plan. Arch Intern Med 1994; 154:1073-81.
  20. Schwartz M. Women's knowledge and experience of cervical screening: a failure of health education and medical organization. Community Med 1989; 11;279-89.
  21. Roberto Neto A, Ribalta JCL, Focchi J, Baracat EC. Avaliação dos Métodos Empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino do Ministério da Saúde. Rev. Bras. Ginecol. Obstet 2001; 23(4): 209-215.
  22. Zeferino LC, Catharino JMR, Araujo MAS, Silva ACB, Vedoato SR, Tmbascia JK et al. Desempenho das amostras do canal endocervical e do fundo de saco no diagnóstico da neoplasia do colo uterino. Rev Bras Ginecol Obstet. 2000; 22(3):129-34.
  23. Gontijo RC, Derchain SFM, Montemor EBL, Sarian LOZ, Serra MMP, Zeferino LC, et al . Pap smear, hybrid capture II, and visual inspection in screening for uterine cervical lesions. Cad Sau Pub 2005; 21(1):141-9.
  24. Leal EAS, Leal Júnior OS, Guimarães MH, Vitoriano MN, Nascimento TLC, Costa OLN. Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do município de Rio Branco – Acre. Rev Bras Ginecol Obstet 2003; 25(2):81-86.
  25. Elias A, Linthorst G, Bekker B, Vooijs PG. The significance of endocervical cells in the diagnosis of cervical epithelial changes. Acta Cytol. 1983; 27(3):225-9.

**Tabela 1.** Número de mulheres que realizaram exame de Papanicolaou na rede pública de Criciúma, no ano de 2004, estratificadas por faixa etária.

Faixa Etária	População feminina em 2004	Total de exames em 2004	Amostra
15 a 20 anos	14603	1.048 (8,2%)	61
20 a 29 anos	23445	3.276(25%)	98
30 a 39 anos	25089	2.459(19,4%)	105
40 a 49 anos	18732	3.409(26%)	79
50 a 59 anos	10205	1.643(13%)	43
60 a 69 anos	5898	646(5,1%)	25
70 a 79 anos	3249	156(1,2%)	14
<b>Total</b>	<b>101221</b>	<b>12.637</b>	<b>425</b>

**Tabela 2-** Adequabilidade do Material colhido na rede pública de Criciúma, Santa Catarina, no ano de 2004.

Adequabilidade	N (%)
Satisfatório	257 (60,5)
Satisfatório mas limitado por presença de sangue	11 (2,6)
Satisfatório mas limitado por purulento	46 (10,8)
Satisfatório mas limitado por áreas espessas	1 (0,2)
Satisfatório mas limitado por dessecamento	4 (0,9)
Satisfatório mas limitado por ausência de células endocervicais	104 (24,5)
Satisfatório mas limitado por outras causas	2 (0,5)

**Tabela 3** - Diagnósticos da presença de agentes específicos à colpocitologia oncótica

	N	%
Lactobacilos	247	58,1
Cocos	103	24,2
Bacilos	98	23,1
Candida sp	32	7,5
<i>Trichomonas vaginalis</i>	2	0,5
<i>Gardnerella vaginalis</i>	58	13,6
Vírus do grupo herpes	1	0,2
Clamídia	0	0
Actinomicetes	0	0

**Endereço para Correspondência:**

Maria Inês da Rosa.  
Rua Cruz e Souza, 510  
Bairro: Pio Correa  
Criciúma - SC  
CEP: 88811-550