



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**PAULA BRUNO MONTEIRO**

**DINÂMICA DE OFERECIMENTO E REALIZAÇÃO DE COLETA DE  
CITOLOGIA ONCÓTICA CERVICAL EM GESTANTES DE FORTALEZA**

**FORTALEZA**

**2016**

**PAULA BRUNO MONTEIRO**

**DINÂMICA DE OFERECIMENTO E REALIZAÇÃO DE COLETA DE  
CITOLOGIA ONCÓTICA CERVICAL EM GESTANTES DE FORTALEZA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Mestrado em Saúde Pública da  
Universidade Federal do Ceará

Orientação: Prof. Dr. Francisco Herlânio  
Costa Carvalho

Co-orientação: Profa. Dra. Zenilda  
Vieira Bruno

**FORTALEZA**

**2016**

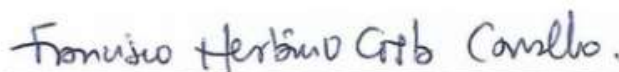
PAULA BRUNO MONTEIRO

DINÂMICA DE OFERECIMENTO E REALIZAÇÃO DE COLETA  
DE CITOLOGIA ONCÓTICA CERVICAL EM GESTANTES DE  
FORTALEZA

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Mestrado em Saúde Pública  
do Departamento de Saúde Coletiva da  
Universidade Federal do Ceará, como  
parte dos requisitos para obtenção do  
título de Mestre em Saúde  
Pública. Área de concentração: Saúde  
Coletiva.

Aprovada em: 25/02/2016

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Francisco ~~Herlânio~~ Costa Carvalho (Orientador) Universidade  
Federal do Ceará (UFC)



Prof. ~~Dra.~~ Zenilda Vieira Bruno (Co-orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Prof. Dr. José Eleutério Junior  
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Prof. Dr. Luciano Correia  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

---

M779d

Monteiro, Paula Bruno.

Dinâmica de oferecimento e realização de coleta de citologia oncótica cervical em gestantes de Fortaleza / Paula Bruno Monteiro. – 2016.  
52 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado em Saúde Pública, Fortaleza, 2016.

Orientação: Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho.

Coorientação: Profa. Dra. Zenilda Vieira Bruno.

1. Cuidado Pré-Natal. 2. Neoplasias do Colo. 3. Biologia Celular. I. Título.

---

CDD 618.24

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus por ter me dado saúde e força para alcançar meus objetivos.

À Universidade Federal do Ceará, seu corpo docente, direção e administração pela oportunidade de aprendizado.

Ao Prof. Dr. e orientador Francisco Herlânio Costa Carvalho, pela orientação, apoio e confiança.

Agradeço à minha mãe e co-orientadora, Prof Dra. Zenilda Vieira Bruno, minha heroína e meu maior exemplo, pelo seu amor, atenção, carinho e incentivo.

À minha família, pelo apoio incondicional.

Ao meu namorado, José Pitombeira Malveira Neto, pela compreensão e incentivo.

À todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, e da realização desse sonho, o meu muito obrigada.

## RESUMO

O câncer de colo uterino foi responsável pelo óbito de 265 mil mulheres no mundo em 2012. Com exceção do câncer de pele, esse tumor é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura, quando diagnosticado precocemente. O teste citopatológico convencional (Papanicolaou) é a principal estratégia de programas de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil e no mundo. Sabe-se que, em países em desenvolvimento, muitas mulheres só procuram os Serviços de Saúde quando apresentam sintomas de doenças ou durante a gravidez. Portanto, a gravidez pode ser uma boa oportunidade de realizar uma colpocitologia com o objetivo de prevenção do câncer do colo uterino. O presente estudo teve o objetivo de avaliar a dinâmica de oferecimento e realização de coleta de citologia oncótica para rastreamento de câncer de colo uterino em gestantes em Fortaleza-CE. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa do tipo transversal. A pesquisa foi desenvolvida na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, com amostra de 318 pacientes. Para análise univariada e bivariada foi utilizado o programa estatístico SPSS. Apenas 11% das pacientes aproveitaram as consultas pré-natais para realizar o exame citopatológico do colo do útero. Entre as 283 (89%) pacientes que não realizaram sua prevenção de câncer de colo uterino na gestação, a grande maioria, 80,9% não o fez devido o profissional de saúde não ter oferecido. Na análise das variáveis demográficas e socioeconômicas, o grupo de pacientes que exerciam atividade remunerada apresentou prevalência maior, estatisticamente significativa, de realizar o exame durante a gravidez quando comparadas às mulheres que não trabalhavam (RP: 2,19; IC95%1,00-4,87; p: 0,043). Pacientes cuja gravidez foi considerada de alto risco (RP: 3,15; IC95%1,52-6,54; p<0,001), que fizeram o pré-natal na MEAC (RP: 2,77; IC95% 1,48-5,19; p0,001), que realizaram todas as consultas com médico (RP: 2,95; IC95% 1,53-5,69; p: 0,003), não ter posto de saúde perto de casa (RP: 3,22; IC95% 1,44-7,21; p: 0,026) e consciência do não risco da coleta durante a gestação (RP: 5,05; IC95% 2,16-11,83; p < 0,001) apresentaram prevalência significativamente maior de terem seu exame citopatológico realizado durante o pré-natal. Pode-se concluir que a frequência de oferecimento e realização da coleta colpocitológica é muito baixa e que é necessário realizar programas de

conscientização dos profissionais de saúde da importância e segurança da realização da prevenção do câncer de colo uterino durante as consultas pré-natais.

**Palavras-chave:** pré-natal; câncer de colo; citologia; qualidade pré-natal.

## ABSTRACT

Cervical cancer was responsible for the death of 265,000 women in the world in 2012. With the exception of skin cancer, this tumor is the one with the greatest potential for prevention and cure when diagnosed early. The conventional Pap test (Papanicolaou) is the main strategy of screening programs for cervical cancer in Brazil and worldwide. It is known that, in developing countries, many women only seek health services when they show symptoms of disease or during pregnancy. Therefore, pregnancy can be a good opportunity to conduct a Pap smear with the aim of preventing cervical cancer. This study had the objective of assess the dynamics of offering and performing cytology collection for screening cervical cancer in pregnant women in Fortaleza-CE. This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach. The research was conducted at the Maternity School Assis Chateaubriand (MEAC), with a sample of 318 patients. Univariate and multivariate analysis was performed using SPSS statistical software. Only 11% of all patients and 10.8% of patients over 25 years took advantage of the prenatal consultations to make the Pap smear. Among the 283 (89%) patients who did not realize cervical cancer prevention in pregnancy, the majority, 80.9%, did not do it because the health professional had not offered. In the analysis of demographic and socioeconomic variables, the group of patients who were employed at the time showed the highest prevalence of taking the exam during pregnancy compared to women who did not work (PR: 2.19; 95% CI 1.00 to 4.87; p: 0.043). Patients that had the pregnancy considered high risk pregnancy (PR: 3.15; 95% CI 1.52 to 6.54; p <0.001), that had prenatal care at MEAC (PR: 2.77; 95% CI 1.48 -5.19; p 0.001), that made all consultations with a physician (PR: 2.95; 95% CI 1.53 to 5.69; p: 0.003), that did not have a health center close to home (PR: 3.22; 95% CI 1.44 to 7.21; p: 0.026) and that knew that the exam could be done during pregnancy (PR: 5.05; 95% CI 2.16 to 11.83; p <0.001) had significantly higher prevalence of having their Pap smear performed during prenatal care. It can be concluded that the frequency of offering and the realization of cervical cytological collection was very low and that it is necessary to conduct awareness programs for health professionals on the importance and safety of



performing the prevention of cervical cancer during prenatal visits.

**Key words:** prenatal care; cervical cancer; smear test; prenatal quality.

## SUMÁRIO

Introdução.....	10
Justificativa.....	16
Objetivo.....	17
Revisão de Literatura.....	18
Hipóteses.....	21
Metodologia.....	24
Artigo.....	31
Referências bibliográficas.....	47
Apêndice I –Questionário.....	50
Apêndice II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	53
Apêndice III – Outros resultados.....	54

## 1. INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino (CCU) foi responsável pelo óbito de 265 mil mulheres no mundo, em 2012, sendo que 87% desses óbitos ocorreram em países em desenvolvimento. Estima-se que 15.590 novos casos de câncer de colo uterino tenham sido diagnosticados em 2014 no Brasil, um risco de 15,33 para cada 100 mil mulheres, sendo o terceiro câncer mais incidente em mulheres no Brasil e o segundo no Nordeste, atrás apenas do câncer de Mama. No Ceará, o risco chegou a 20,27 para 100 mil mulheres, um dos maiores do Brasil. O tipo histológico mais comum do câncer do colo do útero é o carcinoma de células escamosas, representando cerca de 85% a 90% dos casos, seguido pelo adenocarcinoma (INCA, 2015).

O principal fator de risco para o desenvolvimento de lesões intraepiteliais de alto grau e do câncer do colo do útero é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Contudo, essa infecção, por si só, não representa uma causa suficiente para o surgimento da neoplasia, faz-se necessária sua persistência. A idade também interfere nesse processo: a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que, acima dessa idade, a persistência é mais frequente. O tabagismo eleva o risco de desenvolvimento do câncer do colo do útero, sendo proporcional ao número de cigarros fumados por dia e aumenta, sobretudo, quando o ato de fumar é iniciado em idade precoce (INCA, 2015).

O HPV tem um DNA vírus que possui atualmente mais de 100 genótipos diferentes catalogados: os genótipos 6 e 11 estão frequentemente relacionados aos condilomas genitais, por isso são considerados como de baixo risco oncogênico; já os HPV 16 e 18 são classificados como de alto risco oncogênico por estarem associados ao câncer cervical (DIAS *et al.*, 2014).

Com exceção do câncer de pele, esse tumor é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura, quando diagnosticado precocemente. O teste citopatológico convencional (Papanicolaou) é a principal estratégia de programa de rastreamento do câncer do colo do útero no mundo (INCA, 2015).

Segundo dados da literatura sobre causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde, o óbito por câncer do colo uterino é classificado como evitável pela prevenção primária em 30%, pela prevenção secundária em 50% e pela prevenção terciária em 20%. Ressalta-se que as avaliações das mortes por carcinoma cervical podem ser incluídas nas condições claramente usadas como indicadores da qualidade da assistência em saúde (MALTA; DUARTE, 2007).

Em 2014 passou a ser disponibilizada, no setor público, a vacina quadrivalente recombinante contra o HPV cujo nome comercial é Gardasil® (produzida pelo laboratório Merck), que oferece cobertura contra os tipos 6,11,16, e 18. As vacinas contra o HPV como forma de prevenção primária, têm como objetivo evitar o desenvolvimento das lesões precursoras, justificando desta forma a implantação na rede de saúde pública. Essa vacina vem demonstrando ser um excelente meio de prevenção às infecções atribuídas ao HPV e suas lesões associadas, além de ser altamente eficaz contra os sorotipos virais específicos. Vale a pena ainda ressaltar que o acompanhamento através do exame preventivo de colo de útero (citopatológico ou Papanicolaou), deve continuar ser realizado anualmente, mesmo em mulheres vacinadas, a fim de acompanhar a redução da ocorrência de câncer na população e de lesões associadas aos outros tipos e subtipos de HPV, os quais a vacina não oferece cobertura (NUNES; ARRUDA; PEREIRA, 2015).

No Brasil, a estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde é o exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o exame citopatológico do colo uterino deve alcançar uma cobertura de no mínimo 80% da população feminina entre 25 e 49 anos, para ter real efetividade na prevenção do carcinoma cervical (WHO, 2006).

A prevenção do CCU é relativamente barata quando levamos em consideração a relação custo/benefício. Por outro lado, a maioria dos problemas da população não depende diretamente de alta tecnologia para sua prevenção ou controle, mas da assunção da responsabilidade pelos profissionais de saúde quanto ao seu papel de educadores e formadores de uma consciência sanitária junto às mulheres, incentivando-as a prática do

exame preventivo e fortalecendo sua participação social no processo (SOARES *et al.*, 2010)

A realidade é que muitas vezes quando é feito o diagnóstico do carcinoma, este já se encontra em estado avançado. No Brasil, com base em dados coletados em 96 centros oncológicos, entre 1995 e 2002, observou-se que 45,5% das pacientes com câncer de colo uterino encontravam-se nos estágios III ou IV no momento do diagnóstico (BLUMENTHAL; GAFFIKIN, 2005). Para a efetividade do programa de controle do câncer do colo do útero, faz-se necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade dos serviços e ações da linha de cuidado, bem como o tratamento e o seguimento das pacientes (INCA, 2015).

Sabe-se que, em países em desenvolvimento, muitas mulheres só procuram os Serviços de Saúde quando apresentam sintomas de doenças ou durante a gravidez. Portanto, a gravidez pode ser uma boa oportunidade de realizar uma colpocitologia com o objetivo de prevenção do câncer do colo uterino. A taxa de lesões pré-cancerígenas detectadas durante o pré-natal está em torno de 1% e, apesar da alta frequência, existem relativamente poucos estudos para estabelecer diretrizes baseadas em evidências (AMORIM; MELO, 2009).

Alguns estudos sobre câncer de colo uterino durante a gravidez mostram que, no momento do diagnóstico, 70% a 80% das gestantes apresentam lesões no estágio I, enquanto fora da gravidez apenas 42% dos diagnósticos são realizados neste estágio (NYGÅRD *et al.*, 2007) (JACOBS; CHANG; SALTI, 2004). Como a maioria dessas lesões é assintomática, seu diagnóstico inicial quase sempre ocorre em consultas de controle, mais frequentes durante o pré-natal (NYGÅRD *et al.*, 2007; VAN CALSTEREN; VERGOTE; AMANT, 2005).

O câncer do colo uterino é a neoplasia maligna mais comum durante a gravidez. Nos Estados Unidos, cerca de 2 a 7% de mulheres apresentam alguma alteração na colpocitologia. Apesar de alguns fatores reduzirem a qualidade da amostra coletada durante a gravidez (aumento das secreções cervicais e presença de células decíduais que podem ser confundidas com

atipias), a citologia cervical está validada e mostra-se efetiva e segura durante este período, além de evitar o problema da oportunidade perdida (AMORIM; MELO, 2009).

A prevenção ou diagnóstico do câncer de colo uterino durante a gravidez é recomendada pelo Ministério da Saúde. Faz parte da rotina pré-natal a inspeção do colo uterino, a coleta de exame citopatológico (quando o último exame tiver sido realizado há 36 meses ou mais) e o toque vaginal bimanual (AMORIM; MELO, 2009) (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde preconiza os seguintes parâmetros de qualidade da assistência pré-natal: início do acompanhamento até a 12<sup>a</sup> semana de gestação; realização de no mínimo seis consultas; solicitação de exames complementares (no 1<sup>o</sup> trimestre: hemograma; tipagem sanguínea e fator Rh; coombs indireto se Rh negativo; glicemia em jejum; teste para sífilis e anti-HIV; sorologia para toxoplasmose e hepatite B; urocultura e urina rotina; ultrassonografia obstétrica; citopatológico de colo de útero se for necessário. E no 3<sup>o</sup> trimestre: hemograma; glicemia em jejum; coombs indireto se Rh negativo; VDRL; Anti-HIV; Sorologia para hepatite B; repetir o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente; urocultura e urina tipo I; bacterioscopia de conteúdo vaginal a partir de 37 semanas de gestação) e verificação da situação vacinal quanto ao tétano e hepatite B (BRASIL, 2012).

A assistência pré-natal é um importante componente da atenção à saúde das mulheres. Práticas realizadas rotineiramente durante essa assistência estão associadas a melhores desfechos perinatais. Segundo recomendações do Ministério da Saúde, a assistência pré-natal deve se dar por meio da incorporação de condutas acolhedoras; do desenvolvimento de ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias; da detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional; de estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto; e do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alta complexidade (VIELLAS *et al.*, 2014).

Assim como tem políticas públicas que visam à qualidade da assistência pré-natal, alguns autores mostram que existem fatores indispensáveis para que isso ocorra, como exemplos: um atendimento integral; a organização do serviço; a capacitação dos profissionais e a utilização de recursos adequados; e os requisitos básicos para promoção da saúde e prevenção das principais complicações (PEREIRA; GUIMARÃES; LANZA, 2014).

No estudo de Pereira, Guimarães e Lanza em 2014, realizado em Minas Gerais, observou-se que em um serviço onde a aferição da pressão arterial ocorreu em 100% das gestantes, a verificação do peso corporal variou de 95,6% a 100%, e quando analisados os cartões 97,3% desses havia registros dos exames laboratoriais do primeiro trimestre preconizados pelo Ministério da Saúde. Porém observou-se uma grande fragilidade na pesquisa de edema, no exame clínico das mamas e na coleta de citologia oncótica, no qual somente 13% gestantes foram submetidas a essa avaliação.

Nesse mesmo estudo ao avaliar o componente básico da qualidade do pré-natal proposto pelo Ministério da Saúde, verificou-se que somente 34,8% das gestantes atendidas na unidade de saúde em estudo tiveram acesso a uma assistência adequada. Mostrando como ainda temos uma assistência precária onde apenas alguns exames são realizados mesmo com a média de consultas pré-natais de 8,1 no estudo (PEREIRA; GUIMARÃES; LANZA, 2014).

O Cartão da Gestante foi criado no Brasil em 1988, com o propósito de armazenar informações, facilitando a comunicação entre os profissionais que realizavam a assistência pré-natal e os que realizavam o parto. Seu uso se popularizou nos serviços de saúde pública, funcionando como um mecanismo de comunicação entre os níveis de atenção. Por isso, recomenda-se que nele deva conter o máximo de informações, evitando que procedimentos ou exames que protejam o feto e a mãe sejam negligenciados ou repetidos desnecessariamente. Contudo, o cartão está sujeito à incompletude de registros pelos profissionais que assistem ao pré-natal e às perdas ou extravios pela gestante que, algumas vezes, têm dificuldades quanto ao entendimento dos registros anotados (SANTOS NETO *et al.*, 2012).

A ausência de informações sobre a saúde materno-infantil nos cartões pode expressar diretamente a qualidade dos serviços de assistência pré-natal e limitar a produção de dados para gerar informações fundamentais à organização e ao planejamento dos serviços pré-natais (SANTOS NETO *et al.*, 2012).

Os registros revelam a passagem da gestante pelos serviços, os campos em branco nos cartões sugerem a ausência dessa passagem ou a passagem sem registro (sub-registro). Devem conter no cartão informações advindas da anamnese, antecedentes obstétricos e os exames clínicos de mama e toque vaginal (SANTOS NETO *et al.*, 2012).



## 2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica por ser o câncer de colo uterino responsável por muitos óbitos no Brasil e ter esse tumor um grande potencial de prevenção e cura, quando diagnosticado precocemente. O teste citopatológico convencional (Papanicolaou) é a principal estratégia de programas de rastreamento do câncer de colo do útero no mundo, ou seja, tem-se um potencial altíssimo de diagnóstico e uma elevada mortalidade de um câncer altamente curável.

Em virtude de grande parte das mulheres só procurarem o serviço de saúde quando tem alguma queixa ou para a realização do pré-natal e este tem uma alta cobertura das gestantes em todo o Brasil, o pré-natal pode ser uma grande oportunidade de se ter contato com as mulheres em idade fértil e realizar a prevenção do câncer de colo. Porém, esse momento tem sido frequentemente negligenciado. O conhecimento de um programa preventivo e dos fatores relacionados à sua baixa adesão pode auxiliar na aplicação de políticas públicas mais efetivas e alinhadas à realidade territorial.

Por acreditar que essa oportunidade é de grande valia e pela carência de estudos no nordeste que quantifiquem e expliquem o porquê da resistência da coleta de colpocitologia, resolveu-se realizar o presente estudo.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar a dinâmica de oferecimento e realização de coleta de citologia oncótica para rastreamento de câncer de colo uterino em gestantes em Fortaleza-CE.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- i. Estimar a taxa de realização de coleta de citologia oncótica em gestantes na cidade de Fortaleza.
- ii. Identificar fatores associados à realização da coleta.
- iii. Comparar a taxa de realização de coleta de citologia oncótica em gestantes entre 18 e 24 anos e maiores de 25 anos.
- iv. Avaliar a qualidade da assistência pré-natal em Fortaleza e sua associação com realização ou não da coleta citológica.

#### 4. REVISÃO DE LITERATURA

Os estudos têm demonstrado que a prevalência de mulheres gestantes com câncer de colo uterino gira em torno de 5% no Brasil. Em estudo retrospectivo, realizado no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) em um Hospital de São Paulo, foram analisados 191 casos de mulheres com câncer de colo uterino, dentre eles foram encontrados 11 prontuários de mulheres gestantes, representando 5,7% da amostra estudada, dentre as mulheres gestantes com câncer de colo uterino a maioria estava entre 30 e 49 anos de idade no momento do diagnóstico e a maioria era branca e solteira. (NOVAIS; LAGANÁ, 2009)

O pré-natal tem uma alta cobertura em todo o Brasil como mostrado na pesquisa Nascer no Brasil, publicada em 2014, e é uma grande oportunidade na prevenção e diagnóstico do câncer de colo uterino que vem sendo perdida. A cobertura da assistência pré-natal atingiu 98,7%, tendo 75,8% das mulheres iniciado o pré-natal antes da 16ª semana gestacional e 73,1% delas compareceram a seis ou mais consultas. O pré-natal foi realizado, sobretudo, em unidades básicas (89,6%), públicas (74,6%), pelo mesmo profissional (88,4%), em sua maioria médicos (75,6%), e 96% receberam o cartão de pré-natal (VIELLAS *et al.*, 2014).

Porém a qualidade do pré-natal vem sendo questionada e um dos quesitos em que vemos mais deficiência é exatamente no exame ginecológico. Estudo realizado no município do Rio Grande-RS, com 230 puérperas entrevistadas, constatou que a idade gestacional média de ingresso no pré-natal foi de 12 semanas, verificando-se que 68,3% das pacientes o iniciaram no primeiro trimestre. A média de consultas realizadas por gestante foi de 7,3; verificando-se que 72,2% delas fizeram seis ou mais consultas e que as gestantes apresentavam dois ou mais exames ecográficos durante a gravidez, sendo realizados em média 2,3 exames por pacientes. O número máximo de ultrassonografias realizadas por uma única paciente foi de 15 exames (GONÇALVES *et al.*, 2009).

Ainda no estudo de Gonçalves 2009, foi verificado que 37,5% gestantes que fizeram o pré-natal, realizaram o exame clínico das mamas. Já o exame colpocitológico do colo uterino foi realizado em 33,6%, das 155 gestantes, que apresentavam indicação (exame há 36 meses ou mais). As pacientes que realizaram pré-natal por convênios, particulares, ou no Hospital Universitário da FURG tiveram maior probabilidade de estarem com o exame colpocitológico atualizado do que as puérperas que fizeram o acompanhamento pré-natal no SUS (p-valor < 0,001). Das pacientes de acompanhamento particular ou por convênio 62,6% (n=57) realizaram citologia oncótica, do hospital universitário (FURG) 75,6% (n=34), e as que tiveram seu pré-natal feito no SUS apenas 38,3% (n=36), sendo essa diferença significativa (GONÇALVES *et al.*, 2009).

Torna-se importante ressaltar que entre as 155 pacientes que tinham indicação de coletar citologia cervical no pré-natal, existia um grupo de 74 (47,7%) gestantes que referiram nunca ter realizado este procedimento durante toda a sua vida e que nenhuma destas pacientes foi submetida ao exame colpocitológico durante o pré-natal. Quando comparada a realização de ultrassonografia verifica-se que enquanto que 73 (98,6%) delas realizaram o exame de ultrassonografia, sendo que 38 (52,1%) o fizeram, pelo menos, duas vezes durante a gestação (GONÇALVES *et al.*, 2009).

Em estudo mais recente realizado no município do Rio Grande, 193 mulheres (43,4%), antes do pré-natal, referiram nunca terem sido submetidas ao exame citopatológico na vida. No final deste, a prevalência do exame de prevenção atualizado foi de 59,1%, sendo que 36% das pacientes permaneceram sem nunca terem coletado o exame de citologia. O fato de a paciente ter realizado o acompanhamento pré-natal associa-se significativamente à melhora na cobertura do exame citopatológico do colo uterino (IC95% no início: 35,3-42,5 e IC95% no final: 53,6-64,6)  $p < 0,001$ . Apesar do baixo índice de prevalência o estudo mostrou que 95,3% das puérperas entrevistadas tinham conhecimento sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino (GONÇALVES *et al.*, 2011).

Em estudo realizado em Caxias do Sul (RS), no ano de 2002, observou-se que 96,8% das gestantes haviam realizado ultrassonografia obstétrica,

enquanto o exame das mamas foi realizado em 74,5%, e o exame colpocitológico em apenas 51% das grávidas entrevistadas (TREVISAN *et al.*, 2002).

Alguns estudos comparativos do pré-natal realizado pelo Programa de Saúde da Família (PSF) e o pré-natal realizado na Unidade de Saúde tem indicado não haver diferença na maioria dos exames, porém na coleta da prevenção para câncer de colo houve diferença significativa. Como exemplo pode se referir o estudo conduzido em Montes Claros, ao norte de Minas Gerais, que avaliou os indicadores de saúde da mulher com trezentas entrevistas em áreas assistidas por equipes de saúde da família e 299 entrevistas com mulheres residentes em áreas de abrangência dos centros de saúde tradicionais. Constatou-se que a realização do Papanicolaou durante o pré-natal pelo PSF foi de 43,5% e pelo Centro de Saúde foi de 21,1%. Apesar da diferença significativa e a melhora com o PSF ainda são consideradas muito baixas as porcentagens de mulheres que realizaram o exame durante o pré-natal em Montes Claros. (CALDEIRA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2010).

Outro estudo que também tinha como objetivo comparar o sistema de saúde tradicional com o PSF, no município de Rio Grande no Rio Grande do Sul, relatou que em referência aos exames realizados durante a gestação (hemograma, exame de urina, exame de HIV e exame para sífilis), os dois grupos apresentaram porcentagens próximas a 100%, não havendo diferenças significativas. Também não houve diferença significativa na realização do exame ginecológico, mas, neste caso, as proporções foram baixas em ambos os grupos (40,8% vs. 35,8%). Porém, fazer exame ginecológico não significou fazer prevenção câncer de colo uterino. Enquanto no PSF realizou citologia em 46,6% das gestantes, os postos tradicionais o fizeram em apenas 28,9%, sendo essa diferença estatisticamente significativa. (MENDOZA-SASSI *et al.*, 2011).

Em Terezina, Piauí, estudo realizado com 44 adolescentes, com objetivo de avaliar a qualidade do pré-natal, mostrou que 22,7% das pacientes começaram o pré-natal com 17 ou mais semanas. E que, considerando o número de consultas de pré-natal, apenas 39,1% das gestantes foi para sete

consultas ou mais. Porém acerca dos exames, 68,2% realizaram a citologia oncológica, 75% exames nas mamas, e todas tipagem sanguínea, sumário de urina e glicemia em jejum. Entretanto, 81,8% não receberam informação sobre o tipo de parto durante o pré-natal (VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012).

Estudo realizado em Fortaleza, que tinha como objetivo avaliar a assistência pré-natal oferecida na rede básica de saúde, considerando sua estrutura, seu processo e resultado, mostrou que a planta física foi considerada ótima em 43,3% , os recursos humanos foram considerados satisfatórios em 56,7%, enquanto o apoio laboratorial foi considerado ótimo em 73,3%. No entanto, esta pesquisa mostra ainda que é muito pequeno o percentual de gestantes que realizaram, no mínimo, seis consultas pré-natais e todos os exames básicos (1,81%), demonstrando a precariedade do pré-natal na cidade de Fortaleza (ROCHA; DA SILVA, 2012).

Outro estudo realizado em Fortaleza em 2009, mostrou que quanto à realização de exame preventivo Papanicolaou prévio, grande parte das gestantes (250; 80,6%) já se submeteu a ele. Porém a respeito da realização do exame preventivo durante a atual gestação, a maioria (287; 82,9%) não o realizou. Constatou-se significância estatística entre a escolaridade das gestantes e o fato de elas já terem realizado o exame de prevenção do câncer cervicouterino alguma vez na vida ( $p < 0,001$ ), podendo-se inferir que quanto maior a escolaridade, maior a probabilidade de essa mulher ter realizado o exame de prevenção do câncer do colo uterino pelo menos uma vez na vida (PEIXOTO *et al.*, 2012).

Entretanto, não houve relação entre a escolaridade e a realização do exame durante a gestação ( $p = 0,109$ ), fato que pode estar relacionado à cultura errônea de que gestantes não podem realizar o exame dado o risco de aborto ou parto prematuro. O estudo identificou que as gestantes, em sua maioria, tinham entre 20 e 34 anos (67,5%); possuíam renda de até um salário mínimo (90,9%); vivenciaram a menarca entre 9 e 13 anos (71,6%); iniciaram a vida sexual entre 11 e 19 anos (88,4%); tiveram de 2 a 5 parceiros sexuais (54,6%);

negaram a realização de tratamento prévio para DST (66,1%) e não realizaram o exame preventivo durante a gestação (82,9%) (PEIXOTO *et al.*, 2012).

## **5. HIPOTÉSES**

Uma pequena parcela das mulheres realiza a coleta de citologia oncológica para rastreamento de câncer de colo uterino durante o pré-natal em Fortaleza-CE.

A taxa de oferecimento pelo profissional responsável pela atenção pré-natal é muito baixa.



## **6. METODOLOGIA**

### **6.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa do tipo transversal. O intuito do estudo descritivo é observar, descrever e documentar os aspectos da situação analisada. Já o estudo transversal é aquele em que a coleta de dados ocorre em um único espaço de tempo, sendo útil para descrever uma situação, muito utilizado para avaliar programas de saúde devido ao baixo custo e ser de rápida realização (MASSAD; ORTEGA; SILVEIRA, 2004).

### **6.2 Local de estudo**

A pesquisa foi desenvolvida na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

A MEAC faz parte do Complexo de Hospitais Universitários da Universidade Federal do Ceará, promovendo o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência terciária à saúde materno-infantil. Dentre suas diversas atividades de atenção a saúde da mulher, há atendimento de pré-natal de alto risco, pronto atendimento para emergências obstétricas e assistências a trabalhos de parto e parto para gestações de baixo e alto risco de toda a cidade de Fortaleza e do interior do estado do Ceará.

Na MEAC, no ano de 2014, a unidade de emergência realizou 18.124 atendimentos originando 5.605 internamentos. As pacientes são provenientes de todas as regionais de Fortaleza como mostra a Tabela 1. Por esta razão a emergência da MEAC foi escolhida para ser realizada a coleta da amostra (MEAC – RELATÓRIO INSTITUCIONAL ASSISTENCIAL 2014).

Tabela 1. Regionais de Fortaleza das quais as pacientes da MEAC são provenientes.

<b>Regional</b>	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>V</b>	<b>VI</b>	<b>Total</b>
<b>N</b>	288	112	1003	666	1149	250	3468
<b>%</b>	8,3	3,23	28,92	19,2	33,1	7,21	100

Tabela 2. População de Fortaleza dividida em regionais em 2010.

<b>Regional</b>	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>V</b>	<b>VI</b>	<b>Total</b>
<b>N</b>	363912	363406	360551	297648	541511	525157	2452185
<b>%</b>	14,8	14,8	14,7	12,1	22,1	21,4	100

### 6.3. Período de estudo

As coletas foram realizadas no período de Janeiro à Outubro de 2015.

### 6.4 População e Amostra

A população da pesquisa foi composta por mulheres que realizaram pré-natal na cidade de Fortaleza com idade maior ou igual à 18 anos.

O tamanho da amostra foi calculado pelo Programa Epi-Info levando em consideração os parâmetros: 37.577 crianças nasceram em Fortaleza no ano de 2012, a prevalência das gestantes que realizam o exame citopatológico do colo uterino durante o pré-natal 25% e erro amostral de 5%, acrescido de 10% (n+10%), totalizando 315 puérperas com nível de confiança de 95%. A amostra analisada foi composta por 318 mulheres.

#### 6.4.1 Critérios de Inclusão

Mulher, com idade igual ou maior que 18 anos que estivesse no terceiro trimestre gestacional ou no puerpério imediato e tenha comparecido a no mínimo uma consulta pré-natal na cidade de Fortaleza. Compareceram a emergência da Maternidade Escola Assis Chateaubriand no período de coleta

e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) para utilização dos seus dados no presente estudo.

#### **6.4.2. Critérios de exclusão**

Pacientes sem o cartão de pré-natal no momento da entrevista, pacientes que realizaram o pré-natal fora de Fortaleza ou pacientes sem condições clínicas de responder às perguntas presentes no questionário de investigação, por exemplo: alterações no nível de consciência, choque, coma, etc.

#### **6.5 Coleta de dados**

A coleta de dados foi feita na Maternidade Escola Assis Chateaubriand através de aplicação de questionário epidemiológico elaborado pelos pesquisadores para o presente estudo (Apêndice 1).

As pacientes foram questionadas, na emergência ou na enfermaria de puerpério/ alojamento conjunto da MEAC, pelo pesquisador e/ou por investigadores previamente treinados, em ambiente confortável e privativo. Foram lidas as perguntas para a paciente, no momento em que a mesma estava aguardando a consulta médica ou tratamento especializado, ou ainda no puerpério imediato, nas primeiras 48 horas após o parto.

A paciente foi informada da importância do estudo e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido para utilização dos seus dados (Apêndice 2).

##### **6.5.1 Questionário**

No questionário existem perguntas sobre perfil socioeconômico, gestações, qualidade do pré-natal, número de consultas realizadas, conhecimento e realização do exame citopatológico. (Quadro 1).

**Quadro 1.** Variáveis analisadas.

Variáveis demográficas	Idade, religião, estado civil, raça, trabalhar fora, profissão e local de moradia, número de pessoas no domicílio.
Variáveis socioeconômicas	Escolaridade, escolaridade da mãe, escolaridade do pai, renda familiar e renda per capita.
Fatores de risco	Uso de álcool e uso de tabaco.
Antecedentes obstétricos	Número de gestações, número de abortos, idade do filho mais novo, e idade do filho mais velho.
Características do pré-natal atual	Regional onde foi realizado o pré-natal, serviço de saúde que realizou o pré-natal, nº de consultas, idade gestacional na primeira consulta, profissional que realizou o pré-natal, se o parceiro acompanhou as consultas, nº de consultas que o parceiro acompanhou, exames solicitados durante o pré-natal, nº de Ultrassonografias (US), se foi realizado exame de mama, existência de posto de saúde perto da moradia e classificação de risco do pré-natal.
Exame citopatológico de colo uterino	Tempo da última prevenção, realização de prevenção durante a gestação, motivo para a não realização durante o pré-natal, recebeu o resultado do exame, o

	resultado do exame deu sugestivo para câncer, consciência do não risco da coleta durante a gestação.
Preenchimento do cartão pré-natal	Exames realizados, nº de US, idade gestacional na primeira US, exame de mama, existência do resultado da prevenção, resultado da prevenção, pré-natal de alto risco.

Após as perguntas, foi conferido o cartão pré-natal, para posterior análise da qualidade do preenchimento e para a confirmação das respostas da paciente.

#### **Definição de algumas variáveis independentes utilizadas**

Trabalhar fora - foi interpretado como exercer uma atividade remunerada, não necessariamente ela precisasse se deslocar todos os dias.

Renda per capita - foi calculada pela renda somada de todos os membros da casa que exerciam uma atividade remunerada e dividida pelo número de pessoas que moravam na casa.

Uso de álcool e uso de tabaco - foi considerado consumo de álcool e tabaco em todas as proporções, mesmo que a paciente relatasse consumir apenas nos fins de semana, porém foi criada uma categoria para as pacientes que costumavam ingerir álcool ou fumar, mas não o fizeram durante a gestação.

Regional onde foi realizado o pré-natal - foi considerado a regional onde começou o pré-natal, devido algumas pacientes terem relatado começar no posto de saúde e depois serem encaminhadas para serviços de alto-risco.

Serviço de saúde que realizou o pré-natal - foram considerados todos os serviços de saúde em que a paciente realizou consulta, pois em todos eles a paciente poderia ter realizado a prevenção de câncer de colo uterino.

Existência de posto de saúde perto da moradia - Foi considerado perto se a paciente relatasse que ia a pé para as consultas ou não ter necessidade de pegar algum transporte.

Consciência do não risco da coleta durante a gestação – Se a paciente ao final do pré-natal sabia que poderia ser realizada a coleta durante o pré-natal, mostrando que a mulher emponderada poderia esclarecer outras mulheres sobre a citopatologia durante pré-natal.

## **6.6 Análise dos dados**

Após a coleta, os dados foram codificados e agrupados utilizando os Softwares Epi Info versão 7.0 para Windows e Excel 2010. Os resultados foram expressos sob a forma de gráficos e tabelas, sendo posteriormente analisados, interpretados e comparados com estudos preexistentes na literatura que abordem semelhante temática.

### **6.6.1 Análise descritiva (univariada)**

Foram calculadas frequências absolutas e relativas para todas as variáveis categóricas. Já para as variáveis numéricas foram calculadas médias, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo.

### **6.6.2 Análise de comparações (bivariada) – Dados categóricos**

#### **- Teste Qui-quadrado**

Utilizado para verificar relação significativa entre o comportamento de duas variáveis categóricas.

#### **- Teste Exato de Fisher**

Uma alternativa ao teste Qui-quadrado. Também utilizado para comparações envolvendo duas variáveis categóricas. Substitui o teste Qui-quadrado quando a disposição dos dados dentro da tabela de contigência apresenta baixos valores esperados (usualmente usa-se como ponto de corte o valor 5).

Para análise univariada e multivariada foi utilizado o programa estatístico SPSS, onde foram utilizados os testes estatísticos indicados para cada variável e foi considerado um valor de  $p$  menor do que 0,05 como estatisticamente significativa.

### **6.7 Aspectos Éticos**

Foram seguidos todos os princípios éticos para pesquisa com seres humanos respeitando a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que regulamenta os aspectos éticos - legais da pesquisa em seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – Universidade Federal do Ceará com o número de parecer 701.106 e só teve início após a sua aprovação.

Foram preservados os preceitos bioéticos fundamentais de respeito ao indivíduo, da autonomia, da beneficência e da justiça. Aos participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, bem como os direitos a serem resguardados através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## DINÂMICA DE OFERECIMENTO E REALIZAÇÃO DO PAPANICOLAOU EM GESTANTES DE CAPITAL NORDESTINA

### Resumo

Objetivo: Avaliar a dinâmica de oferecimento e realização de coleta de citologia oncológica para rastreamento de câncer de colo uterino em gestantes em Fortaleza-CE. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal e descritivo. A pesquisa foi desenvolvida na Maternidade Escola Assis Chateaubriand em Fortaleza, com amostra de 318 pacientes. Foram calculadas frequências absolutas e relativas, médias, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo para análise univariada. Já para a análise bivariada foi usado o Teste Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher e foi considerado  $p > 0,05$  como estatisticamente significativo. Resultados: Do total de pacientes 11% aproveitaram as consultas pré-natais para realizar o exame citopatológico. Entre as 283 pacientes que não realizaram sua prevenção na gestação, 80,9% não o fez devido o profissional de saúde não ter oferecido. O grupo de pacientes que exerciam atividade remunerada ( $p=0,043$ ), cuja gravidez foi considerada de alto risco ( $p < 0,001$ ), que fizeram o pré-natal na MEAC ( $p=0,001$ ), que realizaram todas as consultas com médico ( $p:0,003$ ) que não tinham posto de saúde perto de casa ( $p=0,026$ ) e saber que poderia realizar o exame durante a gestação ( $p=0,001$ ) apresentaram prevalência significativamente maior de terem seu exame realizado durante o pré-natal. Conclusão: A frequência de oferecimento e realização da coleta colpocitológica é muito baixa. Os fatores associados à realização foram: ter trabalho remunerado, gestação considerada de alto risco, realização do pré-natal com médico e em instituição de referência, não ter posto de saúde próximo da residência e ter conhecimento que o exame poderia ser realizado durante a gestação.

**Palavras-chave:** pré-natal; câncer de colo; HPV; qualidade pré-natal

### ABSTRACT



**Objective:** Assess the dynamics of offering and performing cytology collection for screening of cervical cancer in pregnant women in Fortaleza-CE. **Methodology:** This is a descriptive study. The research was conducted at the Maternity School Assis Chateaubriand in Fortaleza, with a sample of 318 patients. Absolute and relative frequencies, average, median, standard deviation, minimum and maximum were calculated for univariate analysis. As for the bivariate analysis it was used the chi-square test and Fisher's exact test and it was considered  $p < 0.05$  as statistically significant. **Results:** Of all patients, 11% took advantage of the prenatal consultations to perform the Pap test. Among the 283 patients who did not realize their prevention during pregnancy, 80.9% did not do it because the health professional did not offer. The groups of patients that had paid job ( $p = 0.043$ ), that pregnancy was considered of high risk ( $p < 0.001$ ), that made the prenatal visits at MEAC ( $p = 0.001$ ), that had done all appointments with a doctor ( $p = 0.003$ ), that had no health center close to home ( $p = 0.026$ ) and that knew that the exam could be done during pregnancy ( $p = 0.001$ ) had significantly higher prevalence of having their Papanicolaou test done during the prenatal care. **Conclusion:** The frequency of offering and performing cytological collection was very low. Factors associated with achievement were: paid jobs, high risk pregnancy, conducting prenatal consultation by a doctor and at a reference institution, not having health center near the residence and having the knowledge that the examination could be performed during pregnancy.

## **INTRODUÇÃO**

O câncer de colo uterino foi responsável pelo óbito de 265 mil mulheres no mundo em 2012. Estima-se que 15.590 novos casos de câncer de colo uterino tenham sido diagnosticados em 2014 no Brasil, sendo o terceiro câncer mais incidente em mulheres e o segundo no Nordeste, atrás apenas do câncer de Mama. No Ceará, o risco chegou a 20,27 para 100 mil mulheres, um dos maiores do Brasil (1).

O carcinoma uterino, quando diagnosticado e tratado previamente, constitui uma causa de óbito evitável. O diagnóstico precoce possibilita que o tratamento seja efetivo, o que lhe confere um dos mais altos potenciais de

prevenção e cura entre todos os tipos de câncer. O exame preventivo é realizado nas unidades básicas de saúde, com atendimento gratuito para todas mulheres, e é muito eficaz na detecção do câncer do colo uterino (2).

No Brasil, a estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde é o exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), este exame deve alcançar uma cobertura de no mínimo 80% da população feminina entre 25 e 49 anos, para ter real efetividade na prevenção do carcinoma cervical (3).

Segundo estudo realizado nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, no ano de 2011, a cobertura nacional do exame de Papanicolaou era de 74,3%. O estudo tinha o objetivo de analisar a proporção da realização deste exame e a associação com o índice de desenvolvimento humano (IDH). Foi encontrado que a cada aumento em um desvio padrão do IDH havia um aumento em 7% na proporção de realização do exame nos últimos três anos, mostrando a desigualdade da realização entre as capitais brasileiras. Em Fortaleza, por exemplo, com IDH de 0,754, em torno de 72% das mulheres realizou o exame preventivo nos últimos três anos, confirmando a baixa cobertura do mesmo (4).

Estudo realizado em Fortaleza, 2009, mostrou que durante a gestação, a minoria (17,1%) realizou o exame preventivo. Constatou-se significância estatística entre a escolaridade das gestantes e o fato de elas já terem realizado o exame de prevenção do câncer cervicouterino alguma vez na vida (5)

Sabe-se que, em países em desenvolvimento, muitas mulheres só procuram os Serviços de Saúde quando apresentam sintomas de doenças ou durante a gravidez. Portanto, a gravidez pode ser uma boa oportunidade de realizar uma colpocitologia com o objetivo de prevenção do câncer do colo uterino (6).

O presente estudo teve o objetivo de estimar a taxa de realização de coleta de citologia oncótica em gestantes na cidade de Fortaleza e identificar fatores associados a não realização do mesmo.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de estudo transversal, no qual foram aferidos: a frequência de exame citopatológico realizado durante o pré-natal e os fatores associados à realização deste exame, com 318 gestantes ou puérperas que realizaram o acompanhamento pré-natal na cidade de Fortaleza-Ceará. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) - Universidade Federal do Ceará (UFC) com o número de parecer 701.106.

A coleta de dados de deu na MEAC, que faz parte do Complexo de Hospitais Universitários da Universidade Federal do Ceará, promovendo o ensino, a pesquisa e a assistência à saúde materno-infantil. Dentre suas diversas atividades de atenção à saúde da mulher, há atendimento de pré-natal de alto risco, pronto atendimento para emergências obstétricas e assistências a trabalhos de parto para gestações de risco habitual e alto risco de toda a cidade de Fortaleza e do interior do estado do Ceará.

Na MEAC, no ano de 2014, a unidade de emergência realizou 18.124 atendimentos originando 5.605 internamentos. As pacientes são provenientes de todas as regionais de Fortaleza. Por esta razão a MEAC foi o local escolhido para ser realizada a coleta da amostra.

O tamanho da amostra foi calculado pelo Programa Epi-Info levando em consideração os parâmetros: 37.577 crianças nasceram em Fortaleza no ano de 2012, a prevalência das gestantes que realizam o exame citopatológico do colo uterino durante o pré-natal 25% e erro amostral de 5% acrescido de 10% ( $n+10\%$ ), totalizando 315 puérperas para nível de confiança de 95%.

Os critérios de inclusão foram: idade igual ou maior que 18 anos, que estivesse no terceiro trimestre gestacional ou puérpera, que tivesse comparecido a no mínimo uma consulta pré-natal na cidade de Fortaleza e que tivesse assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídas as pacientes que tinham realizado o pré-natal fora de Fortaleza ou

pacientes sem condições clínicas de responder as perguntas do questionário de investigação.

Ao final do trabalho de campo, foram realizadas 318 entrevistas. O grupo de entrevistadores foi composto por pesquisadores treinados para a aplicação do questionário estruturado. O questionário foi aplicado as grávidas e às puérperas durante a internação hospitalar. Esse instrumento continha variáveis demográficas, socioeconômicas, dados referentes ao pré-natal atual, questionamentos sobre a realização e motivos da não realização do exame citopatológico do colo uterino durante o pré-natal.

Para todas as variáveis categóricas foram calculadas frequência absoluta (n) e relativa (%). Para as variáveis numéricas além de frequências foram calculadas médias, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo. Para cada cruzamento foram calculadas as frequências (absolutas e relativas), razão de prevalência e respectivos intervalos de confiança. Os testes estatísticos utilizados para avaliar associações bivariadas foram o Qui-quadrado ou Exato de Fisher. Os casos em que a paciente não respondeu à pergunta foram retirados para a análise estatística multivariada. Utilizou-se o programa SPSS versão 22. Considerou-se  $p < 0,05$  como significância estatística.

## **RESULTADOS**

A média de idade foi de 27,9 anos (DP 6,1; 18-43) onde 69,8% tinham mais que 25 anos, 61,9% das pacientes eram pardas, 55,7% eram católicas e que 81,1% eram casadas ou com união estável.

A média de anos estudados pelas pacientes foi de 10,3 (DP 2,9; 1-19) onde 77,4% das pacientes relataram nove ou mais anos de escolaridade. A renda per capita de 70% era menor que um salário e 65,7% referiram renda familiar de até dois salários mínimos, mesmo que 64,5% das mulheres estivessem exercendo atividade remunerada antes do parto. A escolaridade média, de anos estudados, pelos pais foi de 5,8 anos (DP 4,0; 0-16).

Quanto ao tabagismo, 87,1% das pacientes referiram nunca terem fumado e 6,3% afirmaram continuar fumando na gravidez. Em relação ao

etilismo, 69,5% referiram não consumir bebida alcoólica e 23,9% costumavam ingerir, porém pararam durante a gravidez.

Nos antecedentes obstétricos, temos que a média de gestações foi de 2,4 (DP 1,5; 1-9). Verificou-se que 66,7% das mulheres referiam duas ou mais gestações e 27% referiram já ter abortado anteriormente.

Em relação ao acompanhamento pré-natal da gravidez atual, 72,6% das pacientes o realizaram em Unidades Básicas de Saúde (USB), 32,4% na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) e 6% em outro serviço especializado em pré-natais de alto risco. O restante das pacientes, 5,7% fez o pré-natal por algum tipo de convênio de saúde complementar ou em consultórios particulares. As pacientes podem ter feito o pré-natal em mais de uma unidade, sendo realizada a colpocitologia em uma ou outra, o que não invalida o questionamento, visto que é obrigação do profissional saber quais exames já foram realizados, inclusive a citologia oncótica.

As pacientes começaram o pré-natal com 11,9 (DP 5,6; 2-40) semanas em média, sendo 45,3% ingressou o pré-natal antes das 12 semanas. A média foi de 7,2 consultas (DP 3; 1-20), sendo a maioria das pacientes 56,9% com sete consultas ou mais durante o pré-natal e em 49,7% das pacientes o pai do bebê acompanhou pelo menos uma consulta. Dos que acompanharam, a média foi de 4,1 (DP 2,8; 1-14) consultas.

Em relação aos outros exames realizados, que são características para análise de qualidade pré-natal, tivemos que 97,5% fez sumário de urina, 94,3% tipagem sanguínea, 96,5% pesquisa para o vírus HIV, 94,7% teste de Hepatite B e C, 93,1% realizou glicemia em algum momento da gestação, 89,3% fez pesquisa para Sífilis e 98,4%, das pacientes realizaram pelo menos um exame de Ultrassonografia (US), sendo a média de US de 3,8 (DP 2; 0-14).

Trinta e cinco participantes (11%) realizaram o exame citopatológico do colo do útero durante as consultas pré-natais - 48,1% delas sabiam que poderia realizar o exame durante a gestação. Entre as 283 (89%) pacientes que não realizaram prevenção de câncer de colo uterino, 10,4% (29) já havia

realizado a menos de três anos. A grande maioria, 80,9% (229), não o fez devido o profissional de saúde não ter oferecido e as demais 8,7 % (25) referiram não ter realizado o exame por medo de sangramento ou abortamento.

Pode-se observar que após o pré-natal 67% das pacientes tinham realizado o exame preventivo nos últimos três anos, estando assim consideradas atualizadas e 33% estavam com o exame desatualizado. Dos 33%, metade nunca foram submetidas ao mesmo.

O grupo de pacientes que exerciam atividade remunerada apresentou prevalência 1,2 vezes maior ( $p=0,04$ ), de realizar o exame durante a gravidez quando comparadas às mulheres que não trabalhavam. Dentre as outras variáveis socioeconômicas nenhuma outra teve relevância significativa estatisticamente (Tabela 1).

Ter gravidez de alto risco, fazer pré-natal na MEAC, realizar todas as consultas com médico, não ter posto de saúde perto de casa e saber que poderia realizar o exame durante a gestação foram considerados fatores de proteção, significativos, para que as pacientes tivessem seu exame citopatológico realizado durante o pré-natal (Tabela 2).

Não foi vista diferença estatística quando comparada as três categorias de idade, as 18-24 anos, as de 25-35 e 36 ou mais. Porém é possível ver que quando comparar-se as de 25-35 e 36 anos ou mais temos uma prevalência de 1,26 vezes maior de ser realizada a prevenção durante o pré natal nas pacientes de 36 anos ou mais.

Não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre os fatores obstétricos de paridade, número de consultas realizadas, idade gestacional na primeira consulta, exames sanguíneos realizados durante o pré-natal e US.

**Tabela 1.** Características socioeconômicas das participantes que realizaram o exame citopatológico durante a gestação Fortaleza 2015.

Variáveis	n(%) total	n(%) realizou a prevenção	RP (IC 95%)	p-valor
<b>Idade</b>				
18 à 24	96(30,2)	11 (31,4)	1,30 (0,63 - 2,68)	0,124
25 à 35	182(57,2)	16 (45,7)	1,00	
36 ou mais	40(12,6)	08(22,9)	2,26 (1,04 - 4,92)	
<b>Religião</b>				
Católica	177(55,7)	23(65,7)	1,63(0,72 - 3,67)	0,546
Evangélica	106(33,3)	09(25,7)	1,00	
Não possui	34(10,7)	03(8,6)	1,04(0,27 - 4,1)	
Outra	1(0,3)	-	-	
<b>Estado Civil</b>				
Casada/Convivente	258(81,1)	26(74,3)	1,59(0,79 - 3,2)	0,400
Solteira	57(17,9)	09(25,7)	1,00	
Outro	3(0,9)	-	-	
<b>Exerce atividade remunerada</b>				
Sim	205(64,5)	28(80)	2,2(0,99 - 4,87)	0,043
Não	113(35,5)	07(20)	1,00	
<b>Renda Familiar (em salários mínimos)</b>				
Menos de 1	22 (6,9)	01 (3,0)	1,00	0,348
1 à 2	187 (58,8)	24 (72,7)	2,84 (0,4 - 19,97)	
Mais que 2	102 (32,1)	08 (24,2)	1,73 (0,23 - 13,1)	
<b>Escolaridade (anos)</b>				
Até 8 anos(1º grau)	72 (22,6)	06 (17,1)	1,00	0,429
9 ou mais	246 (77,4)	29 (82,8)	1,39 (0,6 - 3,23)	
<b>Uso de álcool</b>				
Sim	20(6,3)	-	-	0,248
Não	222(69,8)	25 (71,4)	1,00	
Normalmente sim, mas na gravidez não	76(23,9)	10 (28,6)	1,16 (0,59 - 2,31)	
<b>Uso de tabaco</b>				
Sim	20(6,3)	-	-	0,325
Não	227(87,1)	33 (94,3)	1,19 (0,31 - 4,61)	
Normalmente sim, mas na gravidez não	20(6,3)	02 (5,7)	1,00	

**Tabela 2.** Análise dos antecedentes obstétricos entre as participantes que realizaram o preventivo durante o pré-natal. FORTALEZA 2015.

Variáveis	n(%) total	n(%) realizou a prevenção	RP(IC 95%)	p-valor
<b>Número de gestações</b>				
Nuliparas	105 (33)	24 (68,6)	1,08 (0,55 - 2,12)	0,821
Multiparas	213 (67)	11 (31,4)	1,00	
<b>Número de abortos</b>				
1	59(68,6)	07(63,6)	1,00	0,546
2	21(24,4)	04(36,4)	1,61 (0,52 - 4,94)	
Mais que 2	06(7)	-	-	
<b>Pré-natal de alto-risco</b>				
Sim	149(46,9)	25 (71,4)	3,15 (1,52 - 6,54)	<0,001
Não	168(52,8)	09 (25,7)	1,00	
Não respondeu	01(0,3)	01(2,9)	-	
<b>Posto de saúde perto de casa</b>				
Sim	300 (94,4)	29 (82,9)	1,00	0,026
Não	16 (5,6)	06(17,14)	3,22 (1,44 - 7,21)	
<b>Pré-natal em UBS</b>				
Sim	231 (72,6)	21 (9,1)	1,00	0,078
Não	87 (27,4)	14 (16,2)	6 1,76 (0,94 – 3,31)	
<b>Pré-natal MEAC</b>				
Sim	103 (32,4)	20 (60)	2,77(1,48 – 5,19)	0,001
Não	215 (67,6)	15 (40)	1,00	
<b>Nº de Consultas pré-natais</b>				
Até 6 consultas	137 (43,1)	12 (34,3)	1,00	0,258
7 ou mais	181 (56,9)	23 (65,7)	1,46 (0,75 - 2,83)	
<b>Idade gestacional na primeira consulta</b>				
Até 12 semanas	206 (64,8)	24 (68,6)	1,16 (0,59 - 2,28)	0,665
12 ou mais	109 (34,3)	11 (31,4)	1,00	
Não sabia	03 (0,9)	-	-	
<b>Profissional que realizou o pré-natal</b>				
Médico	100 (31,4)	20 (57,1)	2,95(1,53 – 5,69)	0,003
Enfermeiro	25 (7,9)	02 (5,7)	1,18(0,28 – 4,93)	
Médico e enfermeiro	193 (60,7)	13 (37,2)	1,00	
<b>Paciente sabia que poderia fazer a prevenção durante a gestação</b>				
Sim	153 (48,1)	29 (82,9)	5,05(2,16 -11,83)	<0,001
Não	160 (50,3)	06(17,14)-	1,00	
Não respondeu	05 (1,6)	-	-	
<b>Teve acompanhante durante pré-natal</b>				
Sim	159 (50)	16 (45,7)	1,00	0,577
Não	159 (50)	19 (54,3)	1,20 (0,64 - 2,24)	



## DISCUSSÃO

No presente estudo encontrou-se que apenas 11% das pacientes realizaram o exame citopatológico do colo do útero durante as consultas pré-natais, mesmo 48,1% delas sabendo que poderiam realiza-lo. E o mais preocupante foi que 80,9% das pacientes que não realizaram, a grande maioria, não o fez devido o profissional de saúde não ter ofertado. Indicando que possa existir uma separação entre os programas de saúde, na visão dos profissionais de saúde, de prevenção de câncer de colo uterino (CCU) e a assistência pré-natal. Não enxergando que o pré-natal é uma ótima oportunidade para se realizar a prevenção, sabendo que às vezes a paciente não vai ao posto para realizar a prevenção de CCU, mas vai para as consultas pré-natais.

Outra situação preocupante encontrada foi que um pouco mais de 16% das pacientes terminaram o pré-natal sem nunca ter realizado o exame citopatológico (CP). Estando essas pacientes em grande risco.

Avaliando a frequência de realização do exame CP na gravidez, consegue-se dimensionar a perda de oportunidade no pré-natal. Em Fortaleza, Peixoto e colaboradores encontraram que apenas 17,1% das pacientes realizaram CP durante o pré-natal, o que corrobora com o resultado do presente estudo de 11%. Em outras cidades do Brasil apesar de baixas, tem-se uma perspectiva melhor, como em Rio Grande/RS em que 33,6% realizaram, em Caxias do Sul / RS que encontraram 51%, em Terezina/PI encontraram 68,2% e em Montes Claros/MG viu-se diferença entre o PSF que foi de 43,5% e pelo Centro de Saúde foi de 21,1% (5, 7-10)

Ainda se agrava mais quando paramos para analisar a frequência de paciente que fizeram o pré-natal e mesmo assim continuaram sem nunca ter feito um exame preventivo. Falcão et al. encontraram que 2,8% das entrevistadas nunca tinham realizado o preventivo na vida. Em outros estudos Gonçalves et al. encontraram que em 2009 incríveis 47,7% e em 2011, 36% das pacientes permaneceram sem nunca terem coletado o exame de citologia oncológica mesmo após o pré-natal. Em nosso estudo essa frequência chegou à 16%. (7, 11, 12)

Para se ter uma noção do risco em que essas pacientes estão, em estudo em Roraima, com pacientes diagnosticadas com câncer de colo, 71,6% relataram nunca terem realizado exames preventivos ginecológicos até o momento da suspeita clínica do câncer. Das pacientes que já haviam sido submetidas ao exame preventivo, somente 5% o haviam realizado regularmente até a data do diagnóstico. Mostrando a importância do exame clínico regular (13).

Outro objetivo do estudo foi caracterizar as pacientes que realizavam o exame durante o pré-natal e foi encontrada significância estatística que ter gravidez de alto risco, fazer pré-natal na MEAC (instituição de referência), realizar todas as consultas com médico, não tem posto de saúde perto de casa e saber que poderia realizar o exame durante a gestação. Em Rio Grande também encontraram que realizar pré-natal em serviço universitário apresenta maior probabilidade de estarem com o exame colpocitológico atualizado do que as puérperas que fizeram o acompanhamento pré-natal em unidades básicas (7).

É importante ressaltar que não se viu diferença estatisticamente significativa entre os fatores obstétricos de paridade, número de consultas realizadas, idade gestacional na primeira consulta, exames sanguíneos realizados durante o pré-natal e US.

A escolaridade é considerada significativa na realização do exame, porém essa mesma característica não aparece como significativa quando as pacientes estão grávidas como constado por Peixoto et al. que fizeram a comparação antes da gravidez e com puérperas e encontrou um  $p < 0,001$  e  $p = 0,109$ , respectivamente (5).

Pesquisa descritiva realizada em Diamantino-MT, com objetivo de investigar os motivos da adesão e não adesão de mulheres à realização do exame colpocitológico, mostrou que em 80% das mulheres o que as incentivou a realizar o exame foram as orientações da equipe de saúde. E que 46,6% das mulheres sente vergonha em realizar o exame colpocitológico, seguido por falta de tempo e constrangimento. Mostrou ainda que não há interferência da religião na não aderência e a mesma estaria mais ligada maior incidência,

assim como no presente estudo em que não houve diferença significativa entre as religiões e em que 80,9% das pacientes que não realizaram o exame preventivo no pré-natal, não fizeram por não ter sido ofertado pelos profissionais de saúde (14).

Das pacientes 48,1% sabiam que poderiam fazer o exame durante o pré-natal, apenas 19,1% o fizeram. Ressaltando a importância do interesse e segurança dos profissionais de saúde em oferecer e esclarecer a paciente do não risco em realizar a citologia durante a gravidez. O que vai de encontro com o pensando de estudiosos e como os profissionais costumam justificar a falta da realização da citologia como foi relatado por Santos et al em que dizem: “a não realização do exame devido o serviço de saúde ser muito distante, e porque não estão ‘sentindo nada’, como relatado pelos profissionais saúde da atenção primária” (2).

Nesta pesquisa, o conhecimento das mulheres a respeito da finalidade do Papanicolaou esteve associado significativamente à procura espontânea pelo exame ( $p=0,003$ ), corroborando a ideia de que informação aumenta a busca por cuidados preventivos. A origem desta informação é um importante fator, verificando-se no estudo que o recebimento de informação na Unidade de Saúde esteve associado a maior proporção de realização do exame nos últimos três anos ( $p=0,008$ ) (15).

Entre as características sociodemográficas, observou-se associação estatisticamente significativa entre a adesão ao exame durante o pré-natal e ter trabalho remunerado ( $p=0,04$ ), o mesmo foi encontrado em outro estudo de Fortaleza e em Rio Branco. Neles 42,6% e 82,5% da população estudada respectivamente exerciam atividade remunerada, já no presente estudo 64% das pacientes exerciam alguma atividade remunerada. Porém em Feira de Santana e Florianópolis, apesar de terem grande número de mulheres que trabalhavam fora, 54,8% e 70,9%, respectivamente, não houve diferença estatisticamente significativa (12, 16-18). Vale lembrar que tais estudos não foram realizados com pacientes grávidas, pode ter uma ligação com a cultura local. Deve-se levar em consideração que algumas empresas exigem exames

periódicos dos funcionários, o que aumentaria as chances da realização de exames preventivos.

No estudo de Peixoto 80,6% das mulheres já havia se submetido ao exame alguma vez na vida, para Sadovsky 77%, para Falcão 97,2% todos em Fortaleza, concordando com o nosso estudo que mostrou que 84% já havia realizado o exame alguma vez. Apesar de mostrar uma alta cobertura do exame quando comparamos a proporção de mulheres que estão atualizadas, ou seja, fizeram a menos de 3 anos, vemos que muito ainda tem que ser feito como mostrado por Sadovsky 72% e no presente estudo apenas 66,7% estavam atualizadas, indo de encontro com encontrado com Falcão que encontrou que 90,3% tinham realizado o CP à menos de 3 anos (4, 5, 12).

Mesmo estando na mesma cidade existe uma leve diferença entre as populações estudadas, exceto por Falcão que encontrou uma prevalência bem maior, porém o estudo foi realizado em uma comunidade apadrinhada por uma universidade de Fortaleza, evidenciando que onde se tem um melhor serviço, com mais atenção e atendimento à população, se tem um percentual maior de cobertura e atualização de exame preventivo. Os outros estudos, incluindo o presente, foram realizados com amostras mais abrangentes, onde se tinha participantes de toda a cidade.

Em outras cidades do Brasil, tem-se que algumas não conseguem atingir os 80% recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Em Rio Branco/AC foi de 75,3%, em Rio Grande/RS 59,1% e em Santo Ângelo/RS 68%, já outras cidades conseguem como Manaus/AM que estava 86,9%, Guarapuava/PR com 80%, Boa Vista/RR foi de 85,6% e Feira de Santana/BA com 87,4% de mulheres atualizadas(11, 15-17, 19-21).

Mostrando grande variação entre os programas de saúde e seus resultados, principalmente por que a prevenção do câncer de colo é realizada, na sua maioria, nos serviços de saúde de responsabilidade municipal, como postos de saúde e programas de saúde da família, apresentando variações inclusive dentro do mesmo Estado.

Quando apresentado em estudo nacional, Sadovsky *et al* identificaram uma cobertura desse exame em média de 74,3%. No Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizado em 2008, apontou uma proporção 78,4% da população feminina de 25 a 64 anos que refere ter sido submetida a exame preventivo do CCU nos últimos 3 anos(4, 22).

A cobertura do Papanicolau não é baixa só no Brasil, a cobertura de Papanicolau na Argentina (2009) foi de 60,5%, já em países desenvolvidos como nos Estados Unidos (2006) a cobertura fica em torno de 83%, no Reino Unido (2006) 80% e no Canada (2006) 73% (23).

Em estudo em Mato Grosso a frequência de mulheres que fizeram o preventivo a menos de 2 anos foi de 64%. Mas o que mais chamou a atenção do autor foi o fato de somente uma gestante ter realizado o exame preventivo durante o pré-natal no ano todo (24).

Por fim pôde-se concluir que a prevalência de realização da citologia oncológica em Fortaleza vem sendo muito abaixo do recomendado, principalmente durante o pré-natal, deixando claro a perda de oportunidade dos profissionais de saúde em não ofertar e esclarecer que o exame pode ser realizado durante a gestação. São necessárias ações de educação continuada para os profissionais da atenção básica, mostrando a importância de não se perder essa oportunidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INCA. Estimativa 2014 Incidência de Câncer no Brasil. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp2015> [cited 2015 03 de fevereiro de 2015].
2. Santos MA, de Cássia Audickas R, Coutinho SC, da Silva J, do Nascimento Souza L. A importância da prevenção do câncer do colo uterino: em pauta o exame de papanicolaou. *Recien-Revista Científica de Enfermagem*. 2014(12):15-20.
3. WHO. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice: World Health Organization; 2006.
4. Sadovsky ADId, Poton WL, Reis-Santos B, Barcelos MRB, Silva ICMd. Human Development Index and secondary prevention of breast and cervical cancer: an ecological study. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015;31(7):1539-50.
5. Peixoto CR, Lima TM, Costa CCd, Freitas LV, Oliveira ASd, Damasceno AKdC. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2012;16(2):171-7.
6. Amorim MaMaR, Melo AaSdO. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia* 2009;31(3):148-55.
7. Gonçalves CV, Costa JSDd, Duarte G, Marcolin AC, Lima LCdV, Garlet G, et al. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal: uma inversão de valores. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(3):290-5.
8. Trevisan MdR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *RBGO*. 2002;24(5).
9. Caldeira AP, Oliveira RMd, Rodrigues OA. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(s2).
10. Vilarinho LM, Nogueira LT, Nagahama EEI. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. *Esc Anna Nery*. 2012;16(2):312-9.
11. Gonçalves CV, Duarte G, Costa JSDd, Quintana SM, Marcolin AC. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2501-10.
12. Falcão GB, Ibiapina FLP, Feitosa HN, Feitosa TSA, Lacerda PDd, Braga JU, et al. Factors associated with Pap smear for the prevention of cervical cancer in a low income urban community. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2014;22(2):165-72.
13. FERREIRA MLS. Epidemiologia e impacto economico do cancer de colo de utero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(8):386-92.
14. Ormonde Jr. JC, de Oliveira LD, Sá RM. FATORES DE ADESÃO E NÃO ADESÃO DAS MULHERES AO EXAME COLPACITOLÓGICO. *Gestão e Saúde*. 2015;6(1):pag. 184-200.
15. Corrêa DAD, Villela WV, de Almeida AM. DESAFIOS À ORGANIZAÇÃO DE PROGRAMA DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM MANAUS-AM1. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2012;21(2):395-400.
16. Alves AdS, Coutinho I, Segatto JCM, Silva LA, Silva MDdS, Katz L. Evaluation of the adequacy of tracking and diagnosis of gestational Diabetes Mellitus in pregnant women attending a hospital unit in two municipalities in the São Francisco Valley Region-Northeast Brazil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2014;14(1):39-46.
17. Borges M, Dotto LMG, Koifman RJ, Cunha MdA, Muniz PT. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. *Cad saúde pública*. 2012;28(6):1156-66.
18. Gasperin SI, Boing AF, Kupek E. Cobertura e fatores associados à realização do exame

de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Cad saúde pública*. 2011;27(7):1312-22.

19. Bim CR, Pelloso SM, Carvalho MDdB, Previdelli ITS. Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):940-6.

20. Casarin MR, Piccoli JdCE. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. Education in Health for Prevention of Uterine Cervical Cancer in Women in Santo Ângelo, State of Rio Grande do Sul, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3925-32.

21. Navarro C, da Fonseca AJ, Sibajev A, de Andrade Souza CI, Araújo DS, de Freitas Teles DA, et al. Cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero em região de alta incidência. *Revista de saúde pública*. 2015;49:1-8.

22. Silva NC, Rocha TAH, Rodrigues RB, Barbosa ACQ. Equidade na Atenção Primária à Saúde da Mulher: uma análise do Brasil e suas regiões. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2014;38(2):243-65.

23. Drösler SE, Klazinga NS, Romano PS, Tancredi DJ, Aoiz MAG, Hewitt MC, et al. Application of patient safety indicators internationally: a pilot study among seven countries. *International Journal for Quality in Health Care*. 2009:mzp018.

24. Santos TBA, Siqueira MFC, Pereira QL. PERFIL DAS MULHERES QUE REALIZARAM O EXAME PAPANICOLAU EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO DO MÉDIO ARAGUAIA MATO-GROSSENSE. *Revista Eletrônica Interdisciplinar*. 2014;1(11).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMORIM, M. A. M. A. R.; MELO, A. A. S. D. O. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria** v. 31, n. 3, p. 148-155, 2009.

BLUMENTHAL, P. D.; GAFFIKIN, L. Cervical cancer prevention: making programs more appropriate and pragmatic. **Jama**, v. 294, n. 17, p. 2225-2228, 2005. ISSN 0098-7484.

BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. SAÚDE, M. D. 2012.

CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, R. M. D.; RODRIGUES, O. A. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. s2, 2010.

DIAS, I. C. C. et al. CÂNCER DE COLO DO ÚTERO, GENOTIPAGEM DO PAPILOMA VÍRUS HUMANO (HPV) EM MULHERES QUILOMBOLAS DE UM MUNICÍPIO BRASILEIRO: ACEITABILIDADE DA VACINA. **Cadernos de Pesquisa**, 2014. ISSN 2178-2229.

GONÇALVES, C. V. et al. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal: uma inversão de valores. **Rev Assoc Med Bras**, v. 55, n. 3, p. 290-5, 2009.

GONÇALVES, C. V. et al. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2501-2510, 2011.

INCA. Estimativa 2014 Incidência de Câncer no Brasil.

<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>, 2015.

Acesso em: 03 de fevereiro de 2015.

JACOBS, I. A.; CHANG, C.; SALT, G. I. Coexistence of pregnancy and cancer. **The American surgeon**, v. 70, n. 11, p. 1025-1029, 2004. ISSN 0003-1348.

MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 765-76, 2007.

MASSAD, E.; ORTEGA, N. R.; SILVEIRA, P. S. **Métodos quantitativos em medicina**. Editora Manole Ltda, 2004. ISBN 8520414125.

MENDOZA-SASSI, R. A. et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cad saúde pública**, v. 27, n. 4, p. 787-96, 2011.



NOVAIS, T. G. G.; LAGANÁ, M. T. C. Epidemiologia do câncer de colo uterino em mulheres gestantes usuárias de um serviço de pré-natal público. **Saúde Coletiva**, v. 6, n. 27, p. 7-13, 2009. ISSN 1806-3365.

NUNES, C. B. D. L.; ARRUDA, K. M.; PEREIRA, T. N. APRESENTAÇÃO DA EFICÁCIA DA VACINA HPV DISTRIBUÍDA PELO SUS A PARTIR DE 2014 COM BASE NOS ESTUDOS FUTURE I, FUTURE II, E VILLA et al. **Acta Biomédica Brasiliensia**, v. 6, n. 1, p. 1-9, 2015. ISSN 2236-0867.

NYGÅRD, M. et al. Effect of an antepartum Pap smear on the coverage of a cervical cancer screening programme: a population-based prospective study. **BMC health services research**, v. 7, n. 1, p. 10, 2007. ISSN 1472-6963.

PEIXOTO, C. R. et al. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 171-177, 2012. ISSN 1415-2762.

PEREIRA, N. M.; GUIMARÃES, B. N. S.; LANZA, F. M. Avaliação da adequação da assistência pré-natal em uma unidade tracional da atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2014. ISSN 2236-6091.

ROCHA, R. S.; DA SILVA, M. G. C. Assistência pré-natal na rede básica de fortaleza-ce: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado-doi: 10.5020/18061230.2012. p344. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 25, n. 3, p. 344-355, 2012. ISSN 1806-1230.

SADOVSKY, A. D. I. D. et al. Human Development Index and secondary prevention of breast and cervical cancer: an ecological study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1539-1550, 2015. ISSN 0102-311X.

SANTOS, M. A. et al. A importância da prevenção do câncer do colo uterino: em pauta o exame de papanicolaou. **Recien-Revista Científica de Enfermagem**, n. 12, p. 15-20, 2014. ISSN 2358-3088.

SANTOS NETO, E. T. D. et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1650-1662, 2012.

SOARES, M. C. et al. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 1, p. 90-6, 2010.

TREVISAN, M. D. R. et al. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **RBGO**, v. 24, n. 5, 2002.

VAN CALSTEREN, K.; VERGOTE, I.; AMANT, F. Cervical neoplasia during pregnancy: diagnosis,

management and prognosis. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 19, n. 4, p. 611-630, 2005. ISSN 1521-6934.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. saúde pública**, v. 30, n. supl. 1, p. S85-S100, 2014. ISSN 0102-311X.

VILARINHO, L. M.; NOGUEIRA, L. T.; NAGAHAMA, E. E. I. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 2, p. 312-319, 2012.

WHO. **Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice**. World Health Organization, 2006. ISBN 9241547006.

## APÊNDICE I



### QUESTIONÁRIO PRÉ-NATAL: A VALIOSA OPORTUNIDADE PERDIDA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Questionário nº: \_\_\_\_  
Nº do prontuário: \_\_\_\_\_

#### CARTÃO PRÉ-NATAL

- 01. Idade da Paciente? \_\_\_\_\_ anos** 1 \_\_\_\_
- 02. Em qual regional ela fez o pré-natal? \_\_\_\_\_** 2 \_\_\_\_
- 03. Quais exames estão descritos no cartão pré-natal? (pode marcar mais de um)** 3 \_\_\_\_
- |                                |                             |
|--------------------------------|-----------------------------|
| a) tipagem sanguínea           | f) glicemia                 |
| b) sumário de urina            | g) VDRL                     |
| c) Pesquisa de HIV             | h) Pesquisa de toxoplasmose |
| d) Pesquisa pra Hepatite C e B | i) Ultrassonografia         |
| e) Nenhum                      | j) Não lembra/ Não sabe     |
- 04. Se fez ultrassonografia, quantas? \_\_\_\_\_** 4 \_\_\_\_
- 05. A primeira ultrassonografia estava com quantas semanas? \_\_\_\_\_** 5 \_\_\_\_
- 06. Foi examinada a mama? \_\_\_\_\_** 6 \_\_\_\_
- |              |        |
|--------------|--------|
| a) Sim       | b) Não |
| i) Não conta |        |
- 07. Tem anotado no cartão pré-natal se fez o exame preventivo/citopatológico? \_\_\_\_\_** 7 \_\_\_\_
- |        |        |
|--------|--------|
| a) Sim | b) Não |
|--------|--------|
- 08. Se sim qual foi o resultado? \_\_\_\_\_** 8 \_\_\_\_
- 09. O Pré-natal foi considerado de alto-risco? \_\_\_\_\_** 9 \_\_\_\_
- |               |        |
|---------------|--------|
| a) Sim        | b) Não |
| i) Não consta |        |

#### QUESTIONÁRIO FACE A FACE

- 10. Quantas semanas você está? \_\_\_\_\_ semanas( )puérpera** 10 \_\_\_\_
- 11. Qual seu local de residência nos últimos 2 anos? \_\_\_\_\_** 11 \_\_\_\_
- |  |
|--|
| a) Fortaleza- CE, qual regional? _____ |
| b) Outra cidade                        |
| z) Não Respondeu                       |
- 12. Qual seu estado civil? \_\_\_\_\_** 12 \_\_\_\_
- |                      |                        |
|----------------------|------------------------|
| a) Casada/Convivente | d) Separada/Divorciada |
| b) Solteira          | z) Não respondeu       |
| c) Viúva             |                        |
- 13. Qual sua religião? \_\_\_\_\_** 13 \_\_\_\_
- |               |                        |
|---------------|------------------------|
| a) católica   | d) Outra. Qual? _____  |
| b) evangélica | e) Não possui/Não sabe |
| c) espírita   | z) Não respondeu       |
- 14. Quantos anos VOCÊ possui de escolaridade? \_\_\_\_\_ anos** 14 \_\_\_\_
- 15. Quantos anos o seu MÃE possui de escolaridade? \_\_\_\_\_ anos** 15 \_\_\_\_
- 16. Quantos anos o seu PAI possui de escolaridade? \_\_\_\_\_ anos** 16 \_\_\_\_
- 17. Você trabalha fora? \_\_\_\_\_** 17 \_\_\_\_
- |                  |        |
|------------------|--------|
| a) Sim           | b) Não |
| z) Não Respondeu |        |

18. Se Sim, Qual sua profissão? \_\_\_\_\_? 18 \_\_\_\_\_
19. Qual sua renda familiar mensal aproximada? (em reais): \_\_\_\_\_ reais. 19 \_\_\_\_\_
20. Quantas pessoas são sustentadas com essa renda? \_\_\_\_\_ pessoas. 20 \_\_\_\_\_
21. Qual sua cor ou raça? 21 \_\_\_\_\_
- a) Branca d) Amarela (origem oriental)  
b) Negra e) Indígena ou de origem indígena  
c) Parda/ mulata z) Não respondeu
22. Tem algum posto de saúde perto de sua casa? 22 \_\_\_\_\_
- a) Sim c) Não sabe  
b) Não z) Não respondeu
23. Você realizou pré-natal nessa gestação? 23 \_\_\_\_\_
- a) Sim b) Não  
z) Não Respondeu
- Se Fortaleza, em qual regional você fez seu pré-natal? \_\_\_\_\_
24. Seu Pré-natal foi considerado de alto-risco? 24 \_\_\_\_\_
- a) Sim c) Não sabe  
b) Não z) Não respondeu
25. Onde realizou o pré-natal? 25 \_\_\_\_\_
- a) Unidade Básica de Saúde  
b) Pré-natal de alto risco em serviço especializado  
c) Clínica privada  
d) MEAC  
e) Outro \_\_\_\_\_  
z) Não sabe /Não respondeu
26. Qual o número de consultas que você realizou nesse pré-natal? \_\_\_\_\_ consultas 26 \_\_\_\_\_
27. Idade gestacional na primeira consulta? \_\_\_\_\_ semanas 27 \_\_\_\_\_
28. Qual o profissional que realizou pré-natal? 28 \_\_\_\_\_
- a) Médico  
b) Enfermeiro  
c) Médico e enfermeiro  
d) Não lembra/ Não sabe  
e) Não respondeu
29. Seu parceiro ou o pai da criança foi a alguma consulta pré-natal? 29 \_\_\_\_\_
- a) Sim b) Não  
z) Não Respondeu
30. Se sim, quantas? \_\_\_\_\_ consultas 30 \_\_\_\_\_
31. Quais exames foram solicitados, mesmo que não tenha realizado: (pode marcar mais de um) 31 \_\_\_\_\_
- a) Tipagem sanguínea f) Glicemia  
b) Sumário de urina g) VDRL  
c) Pesquisa de HIV h) Pesquisa de toxoplasmose  
d) Pesquisa pra Hepatite C e B i) Ultrassonografia  
e) Nenhum j) Não lembra/ Não sabe  
z) Não respondeu
32. Se fez ultrassonografia, quantas? \_\_\_\_\_ 32 \_\_\_\_\_
33. Foi examinada a mama durante as consultas pré-natais? 33 \_\_\_\_\_
- a) Sim b) Não  
z) Não Respondeu
34. Quantas gestações você teve, incluindo abortos? \_\_\_\_\_ 34 \_\_\_\_\_
35. Alguma das gestações resultou em aborto? 35 \_\_\_\_\_
- a) Sim b) Não  
z) Não Respondeu
36. Se Sim, quantas? \_\_\_\_\_ 36 \_\_\_\_\_
37. Qual a idade do filho mais novo? \_\_\_\_\_ anos 37 \_\_\_\_\_
38. Qual a idade do seu filho mais velho? \_\_\_\_\_ anos 38 \_\_\_\_\_
39. Há quanto tempo foi sua última prevenção?(exame preventivo/citopatológico) 39 \_\_\_\_\_
- a) durante a gestação e) 2 anos  
b) 1 ano f) 3 anos

- c) Mais de 3 anos                              g) Nunca fez  
 d) Não sabe/ Não lembra                      z) Não respondeu
- 40. Se foi realizado durante a gestação, quantas semanas tinha o bebê quando foi realizado o exame? \_\_\_\_\_ semanas** 40\_\_\_\_\_
- 41. Se não fez exame preventivo/citopatológico durante a gravidez, qual foi o motivo? (Pode marcar mais de uma opção).** 41\_\_\_\_\_
- a) Não foi ofertado  
 b) Teve medo de abortar  
 c) Teve medo de sangrar  
 d) Medo de fazer mal ao bebe  
 e) Já havia realizado há menos de 3 anos  
 f) Desconhecia a existência do exame  
 g) Não sabia a importância do exame  
 h) Outro \_\_\_\_\_  
 z) Não respondeu
- 42. Você recebeu o resultado do exame preventivo/citopatológico?** 42\_\_\_\_\_
- a) Sim    c) Não sabe  
 b) Não    z) Não respondeu
- 43. Se recebeu, deu algum resultado sugestivo de câncer?** 43\_\_\_\_\_
- a) Sim    c) Não sabe  
 b) Não    z) Não respondeu
- 44. Você acha que realizar o exame preventivo/citopatológico durante a gestação oferece risco à gestação ou ao bebê?** 44\_\_\_\_\_
- a) Sabia    b) Não sabia  
 z) Não respondeu
- 45. Faz uso de álcool?** 45\_\_\_\_\_
- a) Sim    b) Não  
 c) Normalmente sim, mas durante a gravidez não.  
 z) Não respondeu
- 46. Você fez uso de tabaco?** 46\_\_\_\_\_
- a) Sim    b) Não  
 c) Normalmente sim, mas durante a gravidez não.  
 z) Não respondeu

## APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado “Pré-natal: a valiosa oportunidade perdida na prevenção do câncer de colo uterino”, que tem por objetivo geral Avaliar a dinâmica de oferecimento e realização de coleta de citologia oncótica para rastreamento de câncer de colo uterino em gestantes em Fortaleza-CE.

Você participará respondendo um questionário na Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem nenhum prejuízo para seu tratamento na Instituição. As informações obtidas serão analisadas sigilosamente. Os dados e informações coletados serão utilizados apenas para compor os resultados desta pesquisa, portanto sendo resguardado seu anonimato.

Ressalto que o presente termo (TCLE) foi confeccionado em duas vias, ficando uma via com a pesquisadora e a outra com o sujeito da pesquisa.

Não haverá despesas pessoais para a participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Haverá benefício plausível para a instituição. No final do estudo, ao analisarmos os dados colhidos, forneceremos as conclusões do estudo. O participante tem direito a ser mantido atualizado sobre os resultados do projeto.

Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre a questão ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Rua Coronel Nunes de Melo, S/N - Rodolfo Teófilo - 60430-270 - (85) 3366.8502 / Fortaleza – Ceará.

Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se desejar concordar em participar deste estudo, solicitamos que assine o espaço abaixo.

---

Assinatura do pesquisador

---

Assinatura do participante do estudo

### APÊNDICE III - OUTROS RESULTADOS

Participaram do estudo pacientes de todas as regionais de Fortaleza (tabela 3). Porém na tabela não estão representadas todas as pacientes, devido algumas pacientes não residiram na cidade de Fortaleza, apesar de terem realizado o pré-natal na mesma.

**Tabela 3.** Distribuição da amostra por regional

Regional	I	II	III	IV	V	VI	centro	Total
<b>N</b>	43	07	62	54	119	21	04	310
<b>%</b>	13,5	2,2	19,5	17	37,4	6,6	1,3	97,5

Quando avaliamos a qualidade pré-natal, não vimos diferença significativa entre os parâmetros utilizados e a realização do exame de citologia oncológica durante o pré-natal (tabela 4).

Quando colocamos o exame das mamas como desfecho, foi encontrado que: Trabalhar fora ( $p=0,002$ ), escolaridade dos pais ( $p=0,007$ ), ter feito na MEAC ( $p=0,004$ ), ter tido mais de 5 consultas ( $p=0,022$ ) e ter anotado no cartão os exames realizados durante o pré-natal como Tipagem sanguínea ( $p=0,050$ ), Pesquisa de Hepetite B e C ( $p=0,007$ ), Glicemia ( $p=0,016$ ) pesquisa de Sífilis ( $p=0,024$ ) e pesquisa de toxoplasmose ( $p=0,027$ ) foram considerados fatores de proteção, significante, para a realização do exame das mamas durante a gravidez.

Com isso foi possível ver ao contrário do encontrado do encontrado no exame citopatológico o exame das mamas tem uma relação com a qualidade pré-natal. Esses resultados serão analisados melhor e posteriormente serão publicados.