



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

DAYANA MARIA DE SOUSA TAVARES

**PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER CERVICAL EM
MULHERES ATENDIDAS EM UM SERVIÇO DE GINECOLOGIA**

**FORTALEZA-CE
2018**

DAYANA MARIA DE SOUSA TAVARES

PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER CERVICAL EM
MULHERES ATENDIDAS EM UM SERVIÇO DE GINECOLOGIA

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem - Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ana Karina Bezerra Pinheiro

FORTALEZA-CE

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

T229p Tavares, Dayana Maria de Sousa.
PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER CERVICAL EM MULHERES
ATENDIDAS EM UM SERVIÇO DE GINECOLOGIA : Estudo quantitativo, descritivo, exploratório,
documental, retrospectivo. / Dayana Maria de Sousa Tavares. – 2018.
49 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2018.

Orientação: Prof. Dr. Ana Karina Bezerra Pinheiro.

Coorientação: Prof. Me. Eveliny Silva Martins.

1. Papilomavírus humano. 2. Fator de risco. 3. Neoplasia do Colo do Útero. 4. Exame ginecológico. 5.
Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

DAYANA MARIA DE SOUSA TAVARES

PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER CERVICAL EM
MULHERES ATENDIDAS EM UM SERVIÇO DE GINECOLOGIA

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem - Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: ____ / ____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª.Dr^ª. Ana Karina Bezerra Pinheiro
Universidade Federal do Ceará (UFC)
ORIENTADORA

Prof^ª. Ms. Eveliny Silva Martins
Universidade Federal do Ceará (UFC)
1º MEMBRO

Prof^ª. Ms. Gilmara de Lucena Beserra
Universidade Federal do Ceará (UFC)
2º MEMBRO

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, por ter me dado saúde e força para superar todas as dificuldades em momentos que me senti tão aflita e sem perspectivas. Graças a Ele tive forças para continuar no caminho.

Aos meus pais, Fontaine e Graça, por todo apoio concedido durante esses cinco anos. Meu todo amor por vocês.

A minha mãe que se fez tão presente, desde do dia que ingressei a faculdade ao dia que estou saindo. Obrigada por todas as palavras, pelos conselhos, pelo amor, pela honestidade, pelo afeto, pela amizade. A senhora é a pessoa a qual me espelho para a vida.

A minha família, irmãos, tios (as), primos (as), avó, cunhada (o) e sobrinhas que a todo o momento se mantiveram na torcida, orando e acreditando em mim e ao meu companheiro, Jorge, obrigado pelo carinho, a paciência e por sua capacidade de me trazer paz na correria de cada semestre.

A minha orientadora, Ana Karina, por ter me acolhido e ser sempre muito paciente. Obrigada por todos os ensinamentos desde o oitavo semestre que me fizeram perceber o quão grandiosa és como professora e como ser humano.

À professora Eveliny Martins, que com confiança e empenho me auxiliou desde início da pesquisa, apesar do curto período de tempo, fez-se especial.

A minha companheira de pesquisa, Luana, que se fez tão presente nos momentos de alegria e desespero. Amiga, a coleta de dados ficou mais divertida ao seu lado.

Ao meu trio da universidade, Camila e Luana que dividiram comigo esses cinco anos de convivência cheios de risadas, alegrias, histórias, atribulações e tantos momentos que me fazem lembrar como vocês deixaram o ambiente da universidade mais leve para mim. Vocês fizeram parte de todo o processo diariamente e agradeço por ter desfrutado dessa amizade que vai além da universidade. A Fernanda, que por dois anos nos acompanhou nessa história e que ficou sempre sendo lembrada por todos. A Marília, por todos os momentos divididos no PROCAD, etapa que foi tão importante em nossas vidas e que ajudou a nos aproximar e viver essa amizade nos dias de hoje.

Aos que formam a equipe do CEDEFAM, por nos receber tão bem e a todos os funcionários do Departamento de Enfermagem que também contribuíram nessa longa caminhada.

Muito obrigada!

RESUMO

Objetivou-se analisar os fatores de risco para o câncer cervical em mulheres atendidas em um serviço de ginecologia. Estudo de prevalência com abordagem quantitativa, do tipo descritivo, exploratório, documental, retrospectivo, realizado em uma Unidade de Saúde ligada a Pró Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará, no período de abril a maio de 2018 com amostra de 654 prontuários de mulheres atendidas de janeiro a dezembro de 2017. Utilizou-se como instrumento para coleta de dados um formulário estruturado, composto por variáveis de identificação, histórico geral, ginecológico, sexual e obstétrico e a avaliação da periodicidade do exame preventivo do câncer de colo do útero. A análise dos dados foi realizada por meio das tabelas de distribuição de frequências que resumiram as informações contidas nos prontuários analisados. As variáveis sociodemográficas, queixa principal, dados obstétricos e periodicidade do exame preventivo do câncer de colo uterino foram analisadas através das frequências absolutas e seus respectivos percentuais (%). Para a verificação entre a existência e as características das lesões cervicais por papilomavírus humano, a pesquisa associou os fatores de risco das pacientes e seus respectivos diagnósticos. A análise de agrupamento (método não hierárquico *k-médias*) e o teste qui-quadrado foram aplicados nos índices calculados após a construção do Índice de Exposição aos Fatores de Risco (IEFR). Aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados, de acordo com a Resolução nº466/2012. No tocante ao perfil sociodemográfico, a maioria (75,8%) das mulheres apresentava idades correspondidas entre 25 a 64 anos, eram casadas (37%), do lar (17,2%) e haviam concluído ou estavam cursando o ensino fundamental/médio (63,9%). 50,3% procuraram o serviço somente quando apresentaram queixas ginecológicas. Quanto aos dados obstétricos, 60,4% das mulheres apresentaram de uma a quatro gestações e tiveram de um a três partos (55,8%). Quanto aos fatores de risco associados à presença/ausência de lesões cervicais mais relevantes, 431 mulheres referiram ter iniciado a vida sexual com menos de 18 anos. 287 mulheres não realizavam o exame preventivo anualmente, 186 usavam método contraceptivo hormonal e 94 utilizam o preservativo. 53,6% afirmaram realizar o exame preventivo do câncer de colo do útero (PCCU) no período de tempo menor ou igual há três anos. A realização deste estudo resultou na ampliação do conhecimento sobre os fatores de risco para o câncer de colo do útero.

Palavras-Chaves: Papilomavírus humano. Fator de risco. Neoplasia do Colo do Útero. Exame ginecológico. Enfermagem.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the risk factors for cervical cancer in women attending a gynecological service. Prevalence study with a quantitative approach, of the type descriptive, exploratory, documental, retrospective, carried out in a Health Unit linked to the Pro-Rectory Extension of the Federal University of Ceara, in the period from April to May 2018 with a sample of 654 women's medical records attended from January to December 2017. A structured form, composed of variables of identification, general history, gynecological, sexual and obstetric data of the users of the service and the evaluation of the discontinuity in the early detection of cervical cancer, was used as instrument for data collection. The data analysis was performed through the frequency distribution tables that summarized the information contained in the charts analyzed. Sociodemographic variables, main complaint, obstetric data and periodicity of the cervical cancer screening were analyzed through absolute frequencies and their respective percentages (%). In order to verify the existence and characteristics of cervical lesions by human papillomavirus, the research associated the risk factors of the patients and the diagnoses obtained after the medical consultation. The cluster analysis (non-hierarchical method k-means) and the chi-square test were applied to the calculated indices after the construction of the Risk Factors Exposure Index (IEFR). Ethical aspects of research involving human beings were respected, according to Resolution 466/2012. With regard to the sociodemographic profile, the majority (75.8%) of the women had ages between 25 and 64 years old, were married (37%), from the home (17.2%) and had completed elementary and middle school or were attending (63.9%). Regarding BMI, there was a prevalence of 20.1% who were overweight. 50.3% sought service only when they presented gynecological complaints. Regarding obstetric data, 60.4% of the women had one to four pregnancies, and had one to three deliveries (55.8%). Regarding the risk factors associated with the presence / absence of more relevant cervical lesions, 431 women reported having started their sex life with less than 18 years. 287 women did not take the preventive examination annually, 186 used hormonal contraceptive method and 94 used the condom. 53.6% stated that they underwent cervical cancer preventive exam (PCCU) in less than or equal to three years. The accomplishment of this study resulted in the increase of knowledge about the risk factors for cervical cancer.

Key words: Human papillomavirus. Risk factor. Uterine Cervical Neoplasms. Gynecological examination. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Definição das classes de pacientes segundo o nível de exposição aos fatores de risco. (Fortaleza, CE, junho, 2018).....	26
Tabela 2 – Distribuição, segundo dados sociodemográficos das mulheres atendidas no serviço. (Fortaleza, CE, junho, 2018).....	28
Tabela 3 – Índice de Massa Corporal segundo as pacientes. (Fortaleza, CE, junho, 2018).....	29
Tabela 4 – Principais queixas relatadas pelas pacientes (Fortaleza, CE, junho, 2018).....	29
Tabela 5 – Distribuição dos dados obstétricos das mulheres atendidas no serviço (Fortaleza, CE, junho, 2018).....	30
Tabela 6 – Número de pacientes segundo o resultado dos exames e os fatores de riscos (Fortaleza, CE, junho, 2018).....	31
Tabela 7 – Ano do último exame preventivo do câncer de colo uterino (PCCU) segundo as pacientes. (Fortaleza, CE, junho, 2018).....	33
Tabela 8 – Descrição quantitativa das classes segundo o nível de exposição das mulheres. (Fortaleza, CE, junho, 2018).....	34
Tabela 9 – Percentual de pacientes que apresentam o fator de risco, por grupo de risco e na amostra. (Fortaleza, CE, junho, 2018).....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCU	Câncer de Colo do Útero
INCA	Instituto Nacional do Câncer
HPV	Papilomavírus Humano
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
AOCS	Anticoncepcionais Orais Combinados
CPN	Casa de Parto Natural
CEDEFAM	Centro de Desenvolvimento Familiar
UFC	Universidade Federal do Ceará
IMC	Índice de Massa Corporal
IEFR	Índice de Exposição aos Fatores de Risco
ASC-US	Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado
NIC I	Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau I
LSIL	Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau
ASC-H	Células Escamosas Atípicas Não Sendo Possível Excluir Lesão Intraepitelial de Alto Grau
HSIL	Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau

LISTA DE SÍMBOLOS

f_i	Frequência Simples ou Absoluta
f_r	Frequência Relativa
%	Porcentagem
$IEFR_i$	Índice de Exposição aos Fatores de Risco na i -ésima observação.
<	Menor que
\geq	Maior ou igual a

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	Objetivo Geral.....	14
2.2	Objetivos Específicos.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
4	METODOLOGIA.....	21
4.1	Tipo de Estudo.....	21
4.2	Local e Período do Estudo.....	21
4.3	População e amostra.....	22
4.4	Coleta e Análise de dados.....	22
4.5	Aspectos éticos e legais.....	27
5	RESULTADOS.....	28
6	DISCUSSÃO.....	36
7	CONCLUSÕES.....	40
	REFERÊNCIAS.....	42
	ANEXO A.....	46
	ANEXO B.....	47
	ANEXO C.....	48

1 INTRODUÇÃO

O câncer é consequência de modificações provocadas nas células, onde existe um crescimento desordenado dessas, que invadem tecidos e órgãos, impedindo o controle do organismo sobre o seu desenvolvimento. Dessa forma, o câncer é a segunda causa de morte do mundo e em 2025, investiga-se que a carga global será de 20 milhões de casos novos, em decorrência do crescimento e do envelhecimento da população, como também da redução de mortes por doenças infecciosas nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2015).

O Câncer de Colo do Útero (CCU) é o segundo tipo mais comum em mulheres no mundo, sendo a causa de 270 mil mortes todos os anos (OPAS, 2013). Em 2012, foram diagnosticados 528 mil novos casos e, sem atenção urgente, as mortes são projetadas para aumentar em quase 25% ao longo dos próximos 10 anos (WHO, 2014). De acordo com a última estimativa mundial, essa neoplasia foi responsável por 265 mil óbitos em mulheres em 2012, sendo que 87% desses óbitos ocorreram em países em desenvolvimento (INCA, 2016).

A estimativa para o Brasil, no biênio 2018-2019 prevê a ocorrência de 16.370 mil casos novos de câncer de colo do útero com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2017). Desse modo, a última informação sobre mortalidade aponta que ocorreram em 2013, 5.430 mortes por CCU (BRASIL, 2015).

No Nordeste, o Ceará ocupa a sexta posição em maior incidência deste tipo de câncer, segundo a estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para o ano de 2018, com valores de 990 novos casos (INCA, 2017).

No Ceará, a capital de Fortaleza, as taxas de incidência do CCU vêm se apresentando mais elevadas. Em 2005, na cidade de Fortaleza eram esperados 260 casos novos e a estimativa foi de 770 casos novos. Já a estimativa para 2018 para Fortaleza, apontaram para a ocorrência de 290 casos novos (RAMOS, 2014; INCA, 2017).

O CCU pode ser resultado, principalmente, da infecção por Papilomavírus Humano (HPV) que é transmitido, preferencialmente, por via sexual. Essa infecção refere-se a um grupo de vírus que, atualmente há mais de 200 tipos descritos, sendo que aproximadamente 40 tipos infectam o trato anogenital e pelo menos 20 subtipos estão associados ao carcinoma do colo uterino (BRASIL, 2015).

O risco oncogênico do vírus está diretamente relacionado ao comportamento de seu genoma no núcleo da célula hospedeira. HPV de baixo risco oncogênico tende a manter o seu DNA íntegro, circular e episomal, diferente dos HPV de alto risco oncogênico, cuja fita

de DNA circular se abre, sofre deleções e se integra ao genoma da célula hospedeira (FERRAZ; SANTOS; DISCACCIATI, 2012).

Além disso, o CCU é um problema de saúde pública pelas altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres, principalmente, as que se encontram em nível socioeconômico baixo e em fase reprodutiva, indicando uma forte associação com as condições precárias de vida, os baixos índices de desenvolvimento humano, a ausência ou fragilidade das estratégias de educação comunitária (promoção e prevenção em saúde) e com a dificuldade de acesso a serviços e saúde para o diagnóstico precoce e o tratamento de lesões precursoras (BRASIL, 2013a).

A presença do HPV é condição fundamental, porém não é suficiente para desenvolver câncer cervical. Sabe-se que 99,7% das mulheres com câncer de colo de útero estiveram expostas ao vírus em algum momento de suas vidas (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Desde 2014, o Ministério da Saúde (MS) ampliou o Calendário Nacional de Vacinação, com a instauração da vacina quadrivalente contra HPV tipos 6, 11, 16 e 18. A prevenção de lesões genitais pré-cancerosas do colo do útero, de vulva e de vagina em mulheres, e anal, em ambos os sexos, está relacionada aos tipos 16 e 18, e as verrugas genitais em mulheres e homens, aos tipos 6 e 11. A vacina se mostra mais eficaz para adolescentes vacinadas antes do primeiro contato sexual, provocando a produção de anticorpos em quantidade dez vezes maior do que a encontrada em infecção naturalmente adquirida em um prazo de dois anos (BRASIL, 2015).

Além disso, a prevenção primária do CCU envolve a orientação em relação aos fatores de risco, bem como a proteção contra o HPV por meio do uso de preservativo em todas as relações sexuais. A prevenção secundária pode ser feita a partir de métodos que detectem as lesões precursoras que poderão dar origem aos carcinomas invasivos, como o Papanicolau (BRASIL, 2013a). Dessa forma, é importante que esse exame seja feito em, pelo menos, 80% da população-alvo para que se possa garantir a detecção precoce das lesões que poderão dar origem ao câncer (OMS, 2013). Realizar periodicamente o exame citopatológico é a estratégia mais adotada para o rastreamento do CCU.

As causas para desenvolver CCU ainda não são bem compreendidas, porém sabe-se que jovens no início da atividade sexual são acometidos pela infecção por HPV, que se torna um fenômeno transitório em cerca de 80% dos casos. Apesar disso, uma pequena fração de mulheres apresenta persistência à infecção, provavelmente por falha de mecanismos imunológicos, o que pode provocar alteração no epitélio cervical e transformação maligna

(PINTO *et al.*, 2012). Pode-se considerar como fatores de vulnerabilidade para o CCU a multiplicidade de parceiros, o início precoce da vida sexual, a história de infecção sexualmente transmissível (IST), o uso prolongado de anticoncepcional oral, a infecção pelo HPV, o tabagismo e a imunossupressão (BRASIL, 2011).

Ressalta-se que o enfermeiro é um dos profissionais responsáveis pela realização do exame de prevenção do CCU dentro das unidades básicas de saúde. Apresenta como característica inerente à sua formação a capacidade de fazer ações educativas diversas junto à equipe de saúde e comunidade em relação à minimização de fatores de risco e a busca por um comportamento sexual saudável. Dessa forma, as chances de cura são de 100% quando diagnosticado na fase inicial por meio da detecção precoce de lesões precursoras do CCU (INCA, 2017).

Além disso, o enfermeiro pode desenvolver suas atividades em vários outros âmbitos como: gerenciamento e contatos para o provimento de recursos materiais e técnicos, controle da qualidade dos exames, verificação, comunicação dos resultados e quando necessário os encaminhamentos para os devidos procedimentos (MELO *et al.*, 2012)

Assim, no presente estudo questionou-se a prevalência dos fatores de risco para o CCU em mulheres atendidas em um serviço de saúde.

Nesse sentido, esse estudo torna-se relevante para que possa constatar a importância da avaliação dos fatores de risco de mulheres que realizam o exame preventivo de câncer de colo uterino para que sejam realizadas medidas preventivas, desse modo, identificando precocemente as lesões precursoras para esse tipo de neoplasia maligna.

Dessa forma, incluindo à importância da atuação do enfermeiro em que sua avaliação constante resulta no incentivo à realização periódica do exame, fornecendo orientações e acompanhando a paciente e respectiva família.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar os fatores de risco para o câncer cervical em mulheres atendidas em um serviço de ginecologia.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres atendidas em um serviço de ginecologia;

Associar a relação entre a existência e as características das lesões cervicais por Papilomavírus Humano com os fatores de riscos clínicos epidemiológicos descritos na literatura;

Verificar a periodicidade de realização do exame de Papanicolau nessas mulheres.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Câncer de Colo do Útero

O diagnóstico de câncer dispõe a uma situação que ocasiona vulnerabilidade ao ser humano. Certifica-se que tanto o diagnóstico, quanto o tratamento produzem graves traumas emocionais à pessoa, que podem ser manifestadas sob a forma de variados sintomas como a depressão, melancolia, solidão, retraimento, desesperança, revolta, dentre outros. Ao receber o diagnóstico de câncer, a pessoa pode viver muitos anos com a doença, apresentando longos períodos de remissão ou de tratamento (SALIMENA *et al.*, 2014).

O câncer de colo do útero (CCU) se inicia de forma progressiva por meio de transformações intraepiteliais. Geralmente, é uma doença de evolução lenta em que o seu processo invasor pode durar de 10 a 20 anos. É o segundo tumor mais frequente na população feminina e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil (DINIZ *et al.*, 2013).

A infecção por papilomavírus humano (HPV) é uma das infecções de transmissão sexual mais comum a nível mundial encontrando-se como um fator necessário para o desenvolvimento do câncer uterino, mas não independente (CASTRO *et al.*, 2014).

Dessa maneira, a etiologia do CCU também está diretamente relacionada aos fatores ambientais, aos hábitos de vida e aos fatores sociais tais como: tabagismo, infecções sexualmente transmissíveis, início da vida sexual precoce, multiplicidade de parceiros sexuais, periodicidade inadequada de realização do exame citopatológico, uso de contraceptivos orais e multiparidade (LEITE *et al.*, 2014).

Desse modo, justifica-se a implantação de estratégias para exercer o controle do câncer uterino, incluindo ações de promoção à saúde, prevenção, detecção precoce e tratamento. As ações de vigilância em saúde compreendem um conjunto de intervenções direcionadas para o conhecimento, previsão, prevenção e enfrentamento continuado de problemas de saúde. As ações de prevenção primária propõem-se comportamentos e estilos de vida saudáveis e a vacinação contra o HPV e as de prevenção secundária são ações de rastreamento periódico e detecção precoce de lesões precursoras do câncer (RIBEIRO; ANDRADE, 2016).

Além disso, o enfermeiro encontra-se em posição fundamental visto que ele possui um amplo espaço para o desenvolvimento das atividades diárias, mantendo autonomia nas suas práticas. A ele são atribuídas múltiplas ações, como: desempenhar atendimento

integral às mulheres; exercer a consulta de enfermagem; realizar atenção domiciliar, quando necessário; manter a disponibilidade de suprimentos; coordenar e supervisionar o trabalho dos agentes comunitários de saúde e da equipe de enfermagem (CAVALCANTE *et al.*, 2013).

Em vista disso, a importância do enfermeiro no âmbito da prevenção do CCU acontece pela sua participação nas atividades de controle por meio do esclarecimento de dúvidas, prevenção de fatores de riscos, realização da consulta ginecológica e do exame preventivo do CCU, desse modo, influenciando para um atendimento mais eficaz e um sistema de registro de qualidade (RAMOS *et al.*, 2014).

3.2 Perfil sociodemográfico: Início do problema

É fundamental a compreensão e análise dos fatores relacionados ao desenvolvimento do CCU remetendo-se ao conhecimento das condições socioeconômicas, ambientais e políticas que são determinantes do processo saúde-doença. Desse modo, ao contrário de avaliar apenas o conceito de fatores etiológicos e de risco, que se caracterizam por serem de caráter individual, os estudos devem analisar as características de determinantes coletivos (MELO *et al.*, 2016).

O baixo nível socioeconômico é apresentado como um fator de risco para o CCU sugerindo que essas mulheres provavelmente não reconhecem a importância do exame preventivo, ou não tem a compreensão necessária para buscar rastreamento e tratamento, ou acesso ao serviço de saúde (PRADO *et al.*, 2012).

Em mulheres jovens, além dos hábitos sociais relacionados com a infecção do HPV outro fator pode está relacionado por elas apresentarem alta atividade biológica e alta replicação celular cervical, favorecendo a entrada do vírus na hospedeira (MELO *et al.*, 2016).

Mulheres de baixa escolaridade, quando associadas com uma condição socioeconômica desfavorável, apresentam conhecimentos insuficientes sobre o exame preventivo. Dessa forma, são necessários maiores investimentos em educação, visto que será capaz de promover inclusão social havendo resultados favoráveis nos indicadores de saúde mesmo que em médio e longo prazo (MASCARELLO *et al.*, 2012).

No que se refere ao estado civil, Melo *et al.* (2016) encontrou em seu estudo que a prevalência do HPV foi entre mulheres casadas. Essa prevalência está associada a maior exposição das mulheres as ISTs, por confiarem em seus parceiros e com isso não usam

métodos preventivos. Além disso, em relação a realização do exame preventivo, notou-se um predomínio por parte de mulheres casadas. Acredita-se que essas mulheres aderem mais facilmente ao exame como procedimento de rotina pelos programas de planejamento familiar e de pré-natal.

3.3 Fatores de risco associados ao câncer cervical

A mudança de hábitos, associada ao estresse causado pelo estilo de vida contribui diretamente na incidência do câncer na população feminina. Dos diferentes fatores, os comportamentais e o acesso ao serviço são passíveis de modificação. Os fatores culturais, sociais, econômicos e comportamentais apresentam-se como principais motivos a não adesão ao exame citopatológico, conseqüentemente havendo o diagnóstico em estágio avançado, comprometendo a cura das pacientes (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

O principal fator de risco para o desenvolvimento das lesões precursoras do câncer de colo uterino é a infecção pelo HPV. Além desse, como dito anteriormente, existem outros fatores que são mais relevantes, como: tabagismo, infecções sexualmente transmissíveis, início da vida sexual precoce, multiplicidade de parceiros sexuais, realização do exame citopatológico, uso de contraceptivos orais e multiparidade (FERREIRA *et al.*, 2015).

O tabagismo é considerado fator de risco devido ao nível de dependência da nicotina, quanto maior esse índice, maior é a suscetibilidade para o desenvolvimento de lesões cancerígenas. Em relação às ISTs, a exposição da zona de transformação do colo a algum agente causador associado a condições como processos inflamatórios ou ectopia favorece o contato com o HPV, dessa forma havendo possibilidade para desenvolvimento de CCU (BARASUOL; SCHMIDT, 2014).

De acordo com Arruda *et al.* (2013), estudos indicam que o contágio pelo HPV ocorre no início da vida sexual, na adolescência ou por volta dos 20 anos. O início precoce da atividade sexual pode favorecer maior risco de transformação neoplásica no colo do útero na presença do HPV.

A multiplicidade de parceiros torna-se um fator de risco por não dispor dos devidos cuidados da saúde sexual e reprodutiva podendo desenvolver, dentre outras doenças, o CCU (NERI *et al.*, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a realização do exame a cada três anos em mulheres dos 25 aos 60 anos após dois exames negativos com intervalo anual. Dessa forma, realizar periodicamente o exame citopatológico é a estratégia mais utilizada para o rastreamento do câncer de colo uterino, porém constatou-se em um estudo que o conhecimento inadequado quanto à periodicidade de realização do exame é a causa para que as mulheres não procurem ao serviço de saúde (CORREA *et al.*, 2012).

Mulheres que utilizam os anticoncepcionais orais combinados (AOCs) têm maior probabilidade de serem expostas ao HPV provavelmente porque os AOCs podem interferir na sua resolução eficaz de lesões intensificando a sua expressão genética (TELES; ALVES; FERRARI, 2013). Além disso, o uso de ACO por mais de cinco anos eleva o risco de desenvolver lesão intra-epitelial de alto grau. Desse modo, pode ser um importante fator na etiopatogenia do CCU se o uso ocorrer antes do completo desenvolvimento do trato genital feminino, isto é, antes dos 17 anos (BAZZO *et al.*, 2014).

A multiparidade é um fator de risco importante, devido à permanência da zona de manutenção na exocervix ou à maior concentração hormonal de estrogênio. Conseqüentemente, as múltíparas possuem o dobro da possibilidade de serem acometidas com câncer do colo uterino, comparando-as com aquelas com nenhum ou um filho (TELES; ALVES; FERRARI, 2013).

3.4 Detecção precoce: A falta de adesão ao exame citopatológico

Tendo em vista o fato que a atenção primária à saúde proporciona recursos necessários para a prevenção do câncer de colo do útero, pode-se afirmar que há muitas mulheres que não aderem a essa prática. Dessa forma, a baixa adesão contribui negativamente na redução dos indicadores associados a esse tipo de câncer, concluindo que fatores culturais, sociais, econômicos e comportamentais devem ser considerados como determinantes para adesão e controle desse agravo (SILVA *et al.*, 2015).

Desse modo, apesar de as mulheres terem acesso a um controle preventivo gratuito, oferecido em livre demanda e por meio de campanhas programáticas para o aumento da cobertura, ainda assim a procura por esse cuidado não se efetiva no percentual adequado para reduzir as taxas de mortalidade por esse tipo de câncer (SILVA *et al.*, 2015).

A detecção precoce do CCU, desde o rastreamento de lesões precursoras antes que se tornem invasivas, e o tratamento adequado pode prevenir o aparecimento da doença.

Dentre as técnicas de detecção, encontram-se: a colpocitologia oncológica, teste de Papanicolaou, Pap teste ou citopatológico de colo uterino, sendo esse último considerado o exame mais efetivo e eficiente a ser aplicado coletivamente em programas de rastreamento (CORREA *et al.*, 2012).

O exame Papanicolaou, mostra-se como um instrumento mais adequado, prático e barato para o rastreamento do câncer de colo. O mesmo consiste no esfregaço ou raspado de células esfoliadas do epitélio cervical e vaginal, apresentando sua importância para prevenção secundária quanto para o diagnóstico, pois possibilita o diagnóstico de lesões pré-neoplásicas e da doença em seus estágios iniciais (SEMENTILLE; QUEIROZ, 2014).

Apesar de se conhecer os benefícios do exame citopatológico de colo uterino, a cobertura desse exame ainda é baixa, de acordo com o preconizado pela OMS, que é de 80%. Com relação à adequação da periodicidade de realização de exame citopatológico, a maioria dos estudos aplica o critério de ter realizado pelo menos um exame nos últimos três anos e tem demonstrado que esta também não alcança os indicadores desejáveis (CORREA *et al.*, 2012).

Embora se conheça a importância do exame ginecológico, há vários fatores que colaboram para que as mulheres não o realizem periodicamente. O sentimento de medo, de vergonha e constrangimento na realização do exame, a necessidade de modelo de comportamentos adequados à prevenção de saúde e dificuldades para a realização do exame, são alguns dos fatores que contribuem para a falta de adesão ao exame (RESSEL *et al.*, 2013).

Estudos quanto à prevenção e ao não atendimento aos programas de captação mostra que as principais causas da resistência das mulheres a não realização do exame estariam relacionadas às questões culturais: vergonha, medo de doer, religião, desconhecimento do exame e de onde realizá-lo, parceiros que não permitem que as mulheres compareçam para realizá-lo e, além disso, o motivo por medo “do resultado ser positivo”. Portanto, muitas mulheres realizam o procedimento, porém não retornam para saber o resultado (JUNIOR; OLIVEIRA; SÁ, 2015).

Afirma-se que a efetiva educação em saúde, maior cobertura dos programas de rastreamento, investimentos na prevenção primária e secundária, detecção precoce e tratamento em tempo oportuno devem ser priorizados como importantes estratégias de enfrentamento da doença, reduzindo a incidência, mortalidade e sequelas físicas, sociais e psicológicas causadas pelo câncer do colo do útero (MASCARELLO *et al.*, 2012).

3.5 Atuação do enfermeiro e sua importância para a prevenção do CCU

De acordo com a Lei 7.498/86 a consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, desse modo, exerce papel fundamental no vínculo profissional e paciente, pois durante sua realização originam-se sentimentos de confiança e segurança, o que facilita a troca de informações importantes para detecção de problemas que prejudicam a saúde e a qualidade de vida. A consulta de enfermagem utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade (SEMENTILLE; QUEIROZ, 2014).

A consulta ginecológica de enfermagem propõe um atendimento direcionado para os aspectos biológicos das mulheres relacionando-os com os aspectos sociais e psicológicos. Desse modo, a assistência prestada será interdisciplinar, inovadora, transformadora e integral. Nesse contexto, o enfermeiro tem envolvimento fundamental na saúde da mulher por meio da escuta ativa, conseqüentemente, não ressaltando apenas sua queixa principal e exames de rotina, mas sim podendo aproveitar o momento para uma escuta qualificada da paciente (CATAFESTA *et al.*, 2015).

Ao participar das atividades de controle e promoção da saúde, o enfermeiro apresenta grande relevância no contexto da prevenção do CCU por meio do esclarecimento de dúvidas, prevenção de fatores de riscos, realização da consulta ginecológica e do exame preventivo do CCU, influenciando para um atendimento à demanda de melhor qualidade, efetivando um sistema de registro de qualidade e intervindo para o encaminhamento adequado (RAMOS *et al.*, 2014).

Além disso, há a educação em saúde que propõe estratégias visando difundir informações adequadas a respeito de vários serviços disponibilizados às mulheres. Dessa forma, torna-se um recurso fundamental produzindo a disseminação do conhecimento principalmente para a realização do teste Papanicolau, pretendendo-se motivar a busca ao exame citopatológico para prevenção de doenças e promoção da saúde (ANDRADE *et al.*, 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de prevalência com abordagem quantitativa, descritivo, exploratório, documental, retrospectivo. Uma pesquisa com abordagem quantitativa considera o que pode ser quantificável, o que significa traduzir em números, as opiniões e as informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão) (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

Para analisar os fatores de risco para o câncer cervical em mulheres atendidas em um serviço de ginecologia, optou-se por adotar técnicas de estatística descritiva. Segundo Freund e Simon (2006), técnicas de estatística descritiva buscam analisar e descrever um conjunto de dados de modo a tornar mais objetiva a compreensão das informações nele contidas. Collis e Hussey (2005) complementam que um dos objetivos das técnicas de estatística descritiva é organizar os dados e apresentá-los de forma sintética. Sendo assim, as técnicas de estatística descritiva adotadas na atual pesquisa foram tabelas de distribuição de frequência e tabelas de contingência¹.

4.2 Local e Período do Estudo

A pesquisa foi realizada na Casa de Parto Natural Lígia Barros Costa (CPN), que pertence ao Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), Unidade de Saúde ligada a Pró Reitoria de Extensão da UFC, no período de abril a maio de 2018.

O CEDEFAM integra atividades de ensino, pesquisa e extensão dos cursos de graduação e pós-graduação da UFC, além disso, conta com uma equipe formada por enfermeiros, residentes em enfermagem obstétrica, estudantes de enfermagem e médico ginecologista obstetra, que realizam consultas em ginecologia, pré-natal, puerpério e planejamento familiar.

Tal serviço é oferecido principalmente às mulheres residentes dos bairros Planalto Pici, Bela Vista e Pan Americano, localizados na periferia da cidade de Fortaleza, pertencentes

¹ As tabelas de contingência são usadas para registrar observações independentes de duas ou mais variáveis e o uso desse tipo de tabela é comum quando se pretende investigar se as variáveis estudadas têm alguma associação ou relação entre as mesmas (FÁVERO *et al.*, 2009).

à Regional III, sendo a marcação dos exames feita por demanda espontânea.

Os profissionais da instituição disponibilizam, normalmente, as duas primeiras semanas do mês para realizar o agendamento do semestre. A consulta de retorno para receber o laudo do exame de Papanicolau é agendada no dia da coleta e a paciente recebe o resultado do exame com o enfermeiro da instituição. Por se tratar de um ambiente de formação de profissionais, a humanização do atendimento e a visão holística do cuidar são preceitos fundamentais seguidos pelos integrantes da instituição.

Com o objetivo de promover a saúde das usuárias, são realizadas diversas estratégias educativas, como: sala de espera, palestras e oficinas educativas sobre temáticas relacionadas com sexualidade (prevenção do CCU, prevenção do câncer de mama e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis).

4.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta pelos prontuários das mulheres atendidas no CPN, no setor de consulta de enfermagem em ginecologia, desde janeiro a dezembro de 2017. Justifica-se a escolha deste período por ter sido realizada pesquisa semelhante anterior em prontuários de mulheres atendidas até 2016. Para se avaliar a periodicidade de realização do exame foi adotada a recomendação do Ministério da Saúde (2013), a qual refere que o exame Papanicolau deve ser realizado anualmente e após dois exames anuais consecutivos negativos, a periodicidade é de três anos.

Os critérios de inclusão para o estudo foram: ter pelo menos uma consulta na instituição para realização do exame de Papanicolau. A amostra final do estudo foi composta pelos 654 prontuários, após serem aplicados os critérios de exclusão, os quais foram: não ter iniciado atividade sexual, não ter realizado a coleta do exame de Papanicolau e prontuários que não apresentaram resultados.

Consideraram-se como fatores de risco, os referidos pelo Ministério da Saúde (2013): tabagismo, início da vida sexual precoce, multiplicidade de parceiros, uso de pílula anticoncepcional, periodicidade inadequada de realização do exame e vulnerabilidade social.

4.4 Coleta e análise dos dados

Utilizou-se como instrumento para coleta de dados um formulário estruturado,

composto por variáveis de identificação, histórico geral, ginecológico, sexual e obstétrico das usuárias do serviço e a avaliação da descontinuidade na detecção precoce do CCU, construído e validado por Cunha (2014) (Anexo A).

A análise dos dados foi realizada em dois momentos. No primeiro deles, referente à descrição do perfil sociodemográfico e obstétrico das pacientes, o procedimento adotado foi a construção de tabelas de distribuição de frequências que resumiram as 654 informações contidas nos prontuários analisados.

A frequência simples ou absoluta (f_i), encontrada nas tabelas de distribuição, se refere ao número de observações de um valor individual (ou de uma classe). De modo que a soma das frequências simples é igual ao número total das observações envolvidas no atual processo investigativo. No entanto, a frequência relativa (f_r) encontrada na tabela, apresenta a proporção de observações de um valor (ou de uma classe) em relação ao número total de observações, descrito na equação a seguir:

$$Fr = \frac{fi}{\sum fi} * 100 \quad (1)$$

Ressalta-se que a soma das frequências relativas é igual a 1 ou a 100 %.

Para descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres atendidas, as frequências foram calculadas a partir das seguintes variáveis: Idade, Ocupação, Estado civil, Escolaridade, Índice de massa corporal (IMC), Queixa principal, Gestação e Parto. As variáveis que retrataram os fatores de risco foram: Tabagismo, IST, Início da vida sexual, Número de parceiros, Realização de exame preventivo anual, Último exame preventivo do câncer de colo uterino, Método contraceptivo atual, Dispareunia e Parto.

O segundo momento para a análise dos dados ocorreu para verificar a relação entre os fatores de risco e os resultados obtidos nos prontuários, criaram-se tabelas de contingência com a finalidade de comparar a variável conclusão obtida nos exames das pacientes com cada variável dos oito fatores de risco a partir dos dados informados pelas pacientes. Simultaneamente à tabela de contingência, realizou-se o teste do qui-quadrado², pois, segundo Fávero *et al.* (2009), o referido teste é aplicado a uma amostra em que a variável nominal assume duas ou mais categorias³. Esse teste compara as frequências

² Para maiores informações e detalhamento sobre o referido teste estatístico, ver FÁVERO, L. P. *et al.* **Análise de dados – modelagem multivariada para tomada de decisões**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009

³ As categorias analisadas foram: resultados dos prontuários e fatores de risco para o câncer cervical.

observadas com as frequências esperadas em cada categoria estudada e que está sendo analisada com o propósito de identificar a significância estatística da associação entre os fatores de risco e os resultados dos exames.

Para a realização do teste qui-quadrado, é necessário a definição das seguintes hipóteses estatísticas, ou seja,

- a) Hipótese nula (H_0): afirma que não existem diferenças significativas entre as frequências observadas e as frequências esperadas dos grupos estudados (resultados e fatores de risco);
- b) Hipótese alternativa (H_1): afirma que existem diferenças entre as frequências observadas e as frequências esperadas dos grupos estudados (resultados e fatores de risco).

A estatística do teste é expressa pela seguinte fórmula:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^n \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Onde:

O_i = número de casos observados na i -ésima categoria;

E_i = número de casos esperados na i -ésima categoria;

n = número de categorias.

Ressalta-se que, o nível de significância α do teste qui-quadrado foi de 5%, ou seja, os resultados eram estatisticamente significativos se apresentassem valores menores que 0,05, ou seja, $p\text{-value} < 0,05$.

Para o teste qui-quadrado foi utilizado o programa *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.

Segundo Kubrusly (2001), a utilização de índices⁴ a partir de um banco de dados multivariados tornou-se cada vez mais comum nas mais diversas áreas do conhecimento.

⁴ O termo índice refere-se a um indicador sintético ou agregado construído a partir de variáveis e tem como principal objetivo simplificar a informação sobre fenômenos complexos de modo a melhorar a sua comunicação em clareza, objetividade e operacionalidade. Para a construção de um índice, é necessário, primeiramente, as selecionar variáveis e, posteriormente, atribuir pesos às mesmas ou, simplesmente, ponderá-las (KUBRUSLY, 2001). Para exemplificar, podem ser citados: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que utiliza, para a sua construção, variáveis voltadas para a saúde, a educação e renda; o Índice de Massa Corporal que está em função do massa corporal e a altura da pessoa; Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde que aglomera variáveis voltadas para a atenção básica em saúde.

Nesse contexto, a construção de índices possibilita o uso de mais de uma ferramenta que pode ser eficaz para um estudo na medida em que essas ferramentas se complementam ou podem oferecer diferentes parâmetros para a melhor tomada de decisão.

Com esse entendimento, para analisar os fatores de risco para o câncer cervical, optou-se por construir o Índice de Exposição aos Fatores de Risco (IEFR). Para tanto, foram selecionadas as seguintes variáveis para compor o IEFR: tabagismo, IST, número de parceiros, realiza exame preventivo anual, não usa camisinha, dispareunia e gestação. A seleção das referidas variáveis foi pelos seguintes motivos: consistência teórica, disponibilidade de dados e relevância para a construção do IEFR (BOOYSEN, 2002; JACOBS; GODDARD, 2007).

Nessas circunstâncias, o IEFR foi elaborado a partir de 378 observações pertencentes ao banco de dados, pois somente esse quantitativo apresentou todas as informações solicitadas nos prontuários.

Para Kubrusly (2001), na construção de índices, muitos métodos são utilizados para ponderar as variáveis com o objetivo de obter pesos que traduzam a importância das mesmas. Sendo assim, foi realizada a agregação⁵ das sete variáveis atribuindo pesos para as observações, ou seja, foi atribuído o valor 1 (um) quando observada a presença do fator de risco e o valor 0 (zero), se inexistente o fator de risco. No entanto, deve-se observar que, para a variável número de parceiros, os pesos foram atribuídos de forma diferente, pois, essa variável estava dividida em classes de quantidade de parceiros (Quadro 1).

Quadro 1 – Pesos atribuídos para a variável número de parceiros.

QUANTIDADE DE PARCEIROS	PESO ATRIBUÍDO
Nenhum parceiro	0
De 1 a 5 parceiros	1
De 6 a 10 parceiros	2
De 11 a 15 parceiros	3
De 16 a 20 parceiros	4
Acima de 20	5

Diante do exposto, o cálculo do IEFR adotou a seguinte expressão:

$$IEFR_i = \frac{1}{r} \sum_{g=1}^r \frac{I_{gi}}{P_{max}}$$

⁵ Essa agregação foi adaptada dos estudos de Carvalho *et al.* (2013) e Lima *et al.* (2014).

Sendo:

$IEFR_i$ = Índice de Exposição aos Fatores de Risco na *i-ésima* observação.

r = número de variáveis componentes do IEFR ($n = 7$)

I_g = Peso atribuído ao variável g na *i-ésima* observação (0,...,5)

P_{max} = Peso máximo atribuído conforme os variáveis (1 ou 5)

$g = 1, \dots, r$ corresponde aos variáveis componentes do IEFR (1, ..., 7)

$i = 1, \dots, n$ corresponde ao número de observações na amostra ($n=378$)

Destaca-se que, quanto mais próximo de 1 for o valor do índice, maior será a exposição das pacientes ao fatores de risco para o câncer cervical (KUBRUSLY, 2001; LIMA *et al.* 2014)

Após a construção do IEFR e com a finalidade de obter uma visualização mais clara dos resultados, principalmente, por se tratar de um número grande de observações (378), os índices calculados foram submetidos à análise de agrupamento⁶. Essa técnica estatística permitiu agrupar as pacientes em três grupos com intervalos definidos pelos valores encontrados ao calcular os IEFR (Tabela 1). É válido enfatizar que o IEFR foi construído a partir das sete fatores de risco para o câncer cervical (tabagismo, IST, número de parceiros, realiza exame preventivo anual, não usa camisinha, dispareunia e gestação) e seguiu todos os critérios de construção de índices estatísticos voltados para uma análise multivariada. Nesse caso, para a atual pesquisa, o IEFR torna-se inédito e legítimo estatisticamente podendo embasar novas pesquisas e futuros projetos, pois, a utilização de índices agregados é bastante recomendada por mostrar suas potencialidades e carências (NETO, S; JOÃO, W, 2006).

Tabela 1 – Definição das classes de pacientes segundo o nível de exposição aos fatores de risco. (Fortaleza, CE, junho, 2018).

Classes do Índice de Exposição aos Fatores de Risco	Intervalos*
Pacientes com menores níveis de exposição ao risco	0,029- 0,200
Pacientes com níveis intermediários de exposição ao risco	0,286 - 0,486
Pacientes com maiores níveis de exposição ao risco	0,571- 0,857

* Intervalos encontrados a partir da análise de agrupamentos.

⁶ A Análise de Agrupamento é uma técnica de análise estatística multivariada que procura agrupar objetos semelhantes segundo o critério dado pelo conjunto de variáveis observadas (FÁVERO, 2009; KUBRUSLY, 2001).

Em seguida, os três grupos citados na Tabela 1 foram descritos e comparados quanto aos fatores de risco. Por último, foi realizado o teste qui-quadrado para a comparação entre os três grupos. Para esse teste foi considerado um nível de significância de 5%.

4.5 Aspectos Éticos e Legais

Os princípios éticos para pesquisa com seres humanos presentes na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil foram respeitados (BRASIL, 2012). O projeto faz parte de uma pesquisa maior que foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e foi aprovada sob o protocolo nº 183493 (Anexo B).

Ainda como exigido, foi solicitada a aprovação da coordenação do Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa (ANEXO B) para a realização do estudo no referido local, mantendo-se contato prévio com os responsáveis mediante apresentação da carta de solicitação.

5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa evidenciaram que a maioria das mulheres (75,8%) que procuraram a Unidade de Saúde apresentava idade entre 25 anos e 64 anos, perfazendo um total de 496 mulheres. Em contrapartida, apenas 3,6% apresentaram idade superior a 64 anos (Tabela 2).

A respeito do estado civil das pacientes, verificou-se que 37% das mulheres eram casadas ou tinham união estável e apenas 3,2 % eram viúvas. Ressalta-se que a frequência das mulheres casadas/união estável se sobressaiu em relação à frequência das solteiras, já que essas só representaram 26% das pacientes atendidas, no entanto, deve-se atentar para o número de mulheres que não informou seu estado civil (27,8%).

No que se refere à escolaridade das pacientes, 30,4% das mulheres não informaram o nível de escolaridade, apenas 3,4% tinham o Ensino Superior, 30,7% possuíam Ensino Fundamental e 33,2% apresentavam Ensino Médio.

Considerando a situação ocupacional, as ocupações que mais se destacaram foram evidenciadas na Tabela 2. Constatou-se que 54,5% das pacientes não revelaram suas ocupações e 17,2% exerciam atividades do lar.

Tabela 2 – Distribuição, segundo dados sociodemográficos das mulheres atendidas no serviço. (Fortaleza, CE, junho, 2018).

Variável	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Idade		
Abaixo de 25 anos	128	19,5
Entre 25 e 64 anos	496	75,8
Acima de 64 anos	24	3,8
Não Foi Informado	6	0,9
Estado Civil		
Solteira	170	26,0
Casada/União estável	242	37,0
Divorciada	39	6,0
Viúva	21	3,2
Não Foi Informado	182	27,8
Escolaridade		
Analfabeta	15	2,3
Ensino Fundamental	201	30,7

Ensino Médio	217	33,2
Ensino Superior	22	3,4
Não Foi Informado	199	30,4
Ocupação		
Autônoma	17	2,6
Costureira	27	4,2
Do lar	113	17,2
Estudante	36	5,7
Serviços gerais	8	1,2
Vendedora	10	1,5
Outras Ocupações	86	13,1
Não Foi Informado	357	54,5

Em relação ao índice de massa corporal (IMC) das pacientes envolvidas na pesquisa, 312 não informaram o IMC, observou-se que quatro mulheres foram classificadas como desnutridas e 132 foram classificadas acima do peso, representando um percentual de 20,1% do total de pessoas pesquisadas.

Tabela 3 – Índice de Massa Corporal segundo as pacientes. (Fortaleza, CE, junho, 2018).

IMC	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Abaixo de 18,5	4	0,61
De 18,5 a 24,9	109	16,67
De 25,0 a 29,9	132	20,18
De 30,0 a 34,9	77	11,77
De 35,0 a 39,9	14	2,14
Acima de 40,0	6	0,92
Não Foi Informado	312	47,71
TOTAL	654	100,00

Ao analisar as principais queixas relatadas, observou-se que a principal queixa foi dor pélvica (4,1%), corrimento (3,6%) e prurido (2,1%), respectivamente. Percebeu-se ainda que 269 pacientes não apresentaram queixas, correspondendo a um percentual de 41,1%.

Tabela 4 – Principais queixas relatadas pelas pacientes. (Fortaleza, CE, junho, 2018).

Queixa Principal	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Cólica	7	1,07
Corrimento	24	3,67

Dispareunia	9	1,38
Dor pélvica	27	4,13
Prurido	14	2,14
Revisão de parto*	8	1,22
Não Apresentou Queixa	269	41,13
Não Foi Informado	48	7,34
Outras Queixas	248	37,92
TOTAL	654	100,00

*Sabe-se que apesar da variável Revisão de parto não ser considerada queixa, e sim, motivo para a realização do exame, as pacientes envolvidas na pesquisa relataram como queixa principal para procurar o serviço de saúde. Por esse motivo, essa variável se encontra nessa tabela.

Analisando os dados obstétricos, constatou-se que 395 (60,4%) mulheres informaram que tiveram até cinco gestações e 12,6% eram nuligestas. No que se refere ao número de partos, percebeu-se que 365 (55,8%) mulheres tiveram até quatro partos. Desse modo, o número de gestações e o número de partos representaram fatores de risco para o câncer de colo uterino.

Tabela 5 – Distribuição dos dados obstétricos das mulheres atendidas no serviço. (Fortaleza, CE, junho, 2018).

Variável	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Gestação		
< 5 Gestações	395	60,4
≥ 5 Gestações	80	12,23
Não Teve Gestação	83	12,69
Não Foi Informado	96	14,68
Parto		
< 4 Partos	365	55,81
≥ 4 Partos	86	13,14
Não Teve Parto	83	12,69
Não Foi Informado	120	18,36

Para a verificação entre a existência e as características das lesões cervicais por HPV, associou-se os fatores de risco das pacientes e os diagnósticos obtidos após a consulta.

Ao constatar as correspondências entre os resultados das mulheres e a prática do tabagismo, percebeu-se que, do total de fumantes (48), duas pacientes apresentaram o diagnóstico de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US). Salienta-se que somente uma mulher não fumante teve o diagnóstico voltado para a neoplasia intraepitelial cervical grau I (NIC I).

Ao relacionar os resultados dos prontuários e as IST pode-se observar que das 74 mulheres que tiveram ou tem IST, apenas uma paciente apresentou diagnóstico para lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau (LSIL). Ressalta-se que, apesar da incidência de IST ser considerada um fator de risco para lesões cervicais, constatou-se que 72 dessas mulheres apresentaram diagnóstico negativo para a malignidade.

No que se refere à relação do resultado com o início da vida sexual, verificou-se que a maioria das pacientes (431) se encontrava na faixa etária abaixo de 18 anos, e dessas, 15 apresentaram como resultado: uma com ASC-H, oito com ASC-US, uma com atipia de significado indeterminado, dois com HSIL, dois com LSIL e uma com NIC I/HPV.

A Tabela 6 retrata a descrição entre o número total de parceiros e os resultados dos prontuários. Verificou-se que 344 afirmaram ter de um a três parceiros, encontrando-se entre essas um total de 16 pacientes que possuíam alguma lesão intraepitelial. Além disso, observou-se que, 205 mulheres não informaram a quantidade de parceiros.

A análise dos resultados descritos nos prontuários e a realização de exame preventivo anual evidenciaram que 287 mulheres afirmaram não o realizar anualmente e, desse total, os resultados de 13 exames demonstraram que apresentou algum tipo de lesão intraepitelial (Tabela 6).

Ao avaliar os resultados dos prontuários e a utilização de métodos contraceptivos, constatou-se que 146 mulheres pesquisadas utilizam o método hormonal como contraceptivo e, deste total, foram apontados os seguintes diagnósticos: células escamosas atípicas não sendo possível excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H) em uma paciente, ASC-US em três pacientes, atipia de significado indeterminado, lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (HSIL) e LSIL respectivamente com uma paciente em cada.

Observou-se que 94 mulheres fazem uso de preservativo e dessas apenas duas apresentaram como resultado ASC-US e LSIL, uma paciente para cada, respectivamente.

A dispareunia foi um fator mencionado pelas pacientes e, apesar desse desconforto, 467 mulheres afirmaram que não sentem dores no momento do ato sexual e dessas 13 participantes foram acometidas com o diagnóstico ASC-US; seis com o diagnóstico LSIL, duas com ASC-H e uma representação para os seguintes diagnósticos: atipia de significado indeterminado, HSIL e NIC I/HPV.

Tabela 6 – Número de pacientes segundo o resultado dos exames e os fatores de riscos. (Fortaleza, CE, junho, 2018).

	ASC-H	ASC-US	Atipia de significado indeterminado	HSIL	LSIL	Negativo para malignidade	NIC I/HPV	Não Foi Informado	TOTAL	Qui-Quadrado	p-value
Tabagismo											
Fumante	0	2	0	0	0	46	0	0	48		
Não Fumante	3	12	1	2	3	521	1	0	543	36,50*	0,01
Não Foi Informado	0	1	0	0	3	58	0	1	63		
IST											
Teve ou tem IST	0	0	0	0	1	72	0	1	74		
Não teve IST	3	11	1	2	4	455	0	0	476	22,56	0,311
Não Foi Informado	0	4	0	0	1	98	1	0	104		
Início da vida sexual											
Até 18 anos	1	8	1	2	2	416	1	0	431		
Acima de 18 anos	1	5	0	0	1	125	0	1	133		
Não Iniciou a vida Sexual	0	0	0	0	0	4	0	0	4	35,07*	0,02
Não Foi Informado	1	2	0	0	3	80	0	0	86		
Número total de parceiros											
Nenhum	0	0	0	0	0	1	0	0	1		
De 1 a 3	2	9	1	1	2	328	1	0	344		
Acima de 3	1	3	0	1	0	99	0	0	104	17,94	0,59
Não Foi Informado	0	3	0	0	4	197	0	1	205		
Realização de exame preventivo anual											
Sim	2	9	0	0	1	229	0	1	242		
Não	1	4	1	2	4	274	1	0	287	19,84	0,46
Não Informado	0	2	0	0	1	122	0	0	125		
Método AC atual											
Camisinha	0	1	0	0	1	92	0	0	94		
Método Hormonal	1	3	1	1	1	139	0	0	146		
Camisinha e Método Hormonal	0	0	0	0	1	18	0	0	19	61,37	0,13
Não se aplica (menopausa e gestante)	0	1	0	0	1	23	0	0	25		
Outros	2	6	0	0	0	182	0	1	191		
Não usa	0	3	0	1	2	148	0	0	154		
Não Foi Informado	0	1	0	0	0	23	1	0	25		
Dispareunia											
Sim	1	1	0	1	0	140	0	1	144	24,46	0,22

Não	2	13	1	1	6	443	1	0	467
Não Foi Informado	0	1	0	0	0	42	0	0	43

Constata-se na Tabela 6 que, ao relacionar os fatores de risco com os resultados dos prontuários, o teste do qui-quadrado revelou que somente duas variáveis (tabagismo e início da vida sexual) apresentaram evidência estatística significativa, pois, os valores de p -value foram menores que 0,05

Na Tabela 7 pode-se observar que 53,6% das pacientes realizaram a periodicidade trienalmente, mostrando que essas 351 mulheres levaram, em média, três anos de intervalo da última prevenção para a prevenção atual, conforme período do estudo. Ressalta-se, também, um percentual de 25,6% das pacientes que não informaram quando foi o seu último exame, o que pode vir a ser um fator limitante na pesquisa, já que boa parte das mulheres não revelou esse dado.

Tabela 7 – Ano do último exame preventivo do câncer de colo uterino segundo as pacientes. (Fortaleza, CE, junho, 2018).

ÚLTIMA PCCU	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
< 2015	112	17,11
≥ 2015	351	53,67
Não Informou	168	25,69
Primeira Vez	23	3,52
TOTAL	654	100,00

Diante dos resultados acima apresentados, o próximo passo foi analisar os fatores de risco para o câncer cervical e, conforme descrito na metodologia optou-se por construir o Índice de Exposição aos Fatores de Risco (IEFR). Dessa maneira, a partir da amostra das mulheres atendidas nessa unidade de saúde (654), este trabalho tentou classificar o nível de exposição das pacientes aos fatores de risco segundo o índice calculado (IEFR) a partir das 378 observações pertencentes ao banco de dados, significando que esse quantitativo apresentou todas as informações solicitadas nos prontuários.

A Tabela 8 apresenta a descrição quantitativa de cada classe identificada após a realização da análise de agrupamento, verifica-se que a maior parte das pacientes (269) encontra-se no grupo com níveis intermediários de fatores de risco. As mulheres que

apresentaram um IEFR entre 0,029 a 0,200 estão com os menores níveis de exposição aos fatores de risco para o câncer cervical; enquanto que os valores do IEFR para as classes com maiores níveis de exposição tiveram o valor do índice entre o intervalo de 0,571 a 0,857.

Tabela 8 – Descrição quantitativa das classes segundo o nível de exposição das mulheres. (Fortaleza, CE, junho, 2018).

Classes do IEFR	Intervalos	Número de mulheres	Média
Menores níveis de exposição ao risco	0,029- 0,200	63	0,158
Níveis intermediários	0,286- 0,486	269	0,380
Maiores níveis de exposição ao risco	0,571- 0,857	46	0,624

A Tabela 8 mostra o IEFR médio das pacientes sujeitas ao fator de risco em cada agrupamento. Já a Tabela 9, conforme o resultado do teste do qui-quadrado de homogeneidade, há diferença significativa entre os grupos com relação a todos as variáveis envolvidas no processo investigativo, com exceção do número de parceiros (constatado pelos valores de *p*-value). Dessa maneira, evidenciando-se que o grupo de maior exposição aos fatores de risco apresenta uma maior proporção de fumantes, de pessoas que tiveram ou tem IST, de pessoas que tem dispareunia, bem como mulheres que já tiveram uma gestação ou mais. Entretanto, não se pode considerar que a variável número de parceiros venha distinguir os grupos, já que não houve diferença estatisticamente significativa entre a porcentagem de mulheres que apresentem esse fator de risco para os três grupos classificados (*p*-value = 0,80).

Ao se analisar o grupo com menores níveis de exposição de risco, das 63 pacientes enquadradas nesse grupo (Tabela 8), 88,9% não realizam o exame preventivo anual (Tabela 9), no entanto, não há porcentagens de mulheres que façam o uso da prática do tabagismo, além do que não há mulheres nesse grupo que apresentaram a presença de IST (Tabela 9).

A Tabela 9 também mostra os grupos de maiores níveis de exposição, das 46 mulheres classificadas nesse grupo (Tabela 8), todas as pacientes já tiveram uma ou mais gestação e 93,5% não fazem o uso de camisinha, o que pode vir a elevar mais as chances dessas mulheres apresentarem o câncer cervical.

Tabela 9 – Percentual de pacientes que apresentam o fator de risco, por grupo de risco e na amostra. (Fortaleza, CE, junho, 2018).

Fatores de Risco	Menores níveis de exposição ao	Níveis intermediários	Maiores níveis de exposição ao	Amostra total	Qui-Qua-	<i>p</i>-value
-------------------------	---------------------------------------	------------------------------	---------------------------------------	----------------------	-----------------	-----------------------

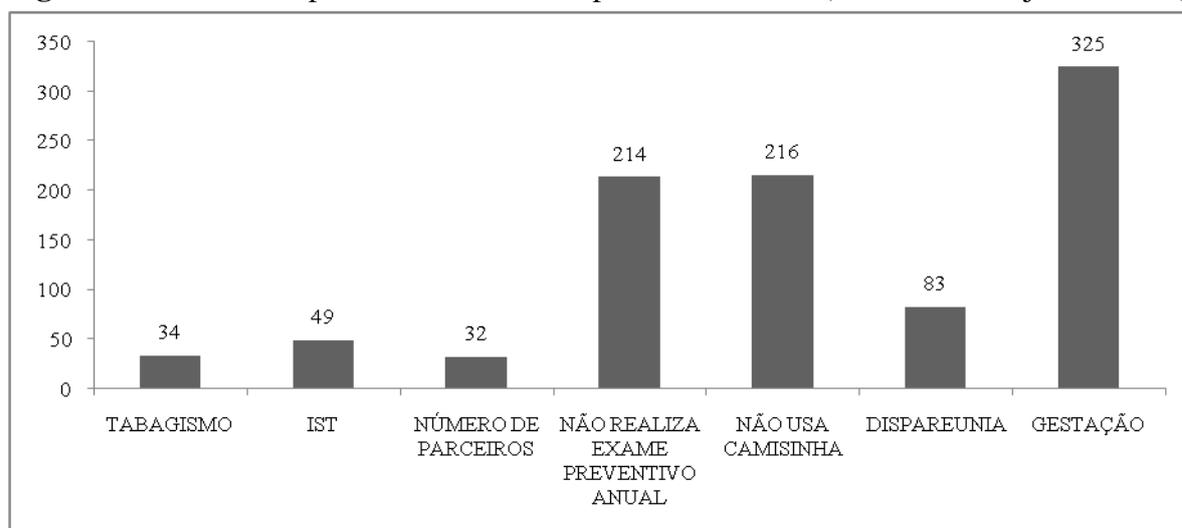
	risco (0,029 — 0,200)	(0,286 — 0,486)	risco (0,571 — 0,857)	drado		
Tabagismo (fumantes)	0,0	7,4	30,4	9,0	32,8*	0,00
IST	0,0	11,9	37,0	13,0	33,2*	0,00
Número de parceiros (acima de 5)	77,8	74,7	78,3	75,7	3,1	0,80
Não realiza exame preventivo anual	88,9	39,0	6,5	43,4	80,6*	0,00
Não usa camisinha	9,5	62,1	93,5	57,1	85,8*	0,00
Dispareunia	4,8	19,0	63,0	22,0	57,6*	0,00
Gestação	66,7	88,1	100,0	86,0	28,0*	0,00

* Diferença significativa entre as classes de risco a 1% de significância

A Figura 1 sintetiza bem a condição das pacientes quanto aos sete fatores de risco abordados nesse índice. Da amostra de pacientes (378) que apresentaram ter algum fator de risco, 325 mulheres eram gestantes. Ressalta-se que, a diferença de 53 pacientes não apresentou esse fator de risco, pois nunca engravidaram; 216 pacientes não faziam o uso da camisinha, ou seja, somente 162 mulheres faziam o uso desse método de prevenção; 214 mulheres não realizam o exame preventivo anual, conseqüentemente, apenas 164 participantes no processo investigativo e que participaram dessa amostra para o cálculo do IEFr procuram a unidade de saúde.

Como já discutido, a maior importância deve ser dada aos três fatores de risco: gestação, o não uso de camisinha e a não realização do exame preventivo anual.

Figura 1 – Número de pacientes da amostra, por fator de risco (Fortaleza, CE, junho, 2018).



6 DISCUSSÃO

No presente estudo, constatou-se que as mulheres entre 25 anos e 64 anos foram as que mais procuraram a unidade de saúde para realizar o exame preventivo de câncer de colo uterino. Esses valores são semelhantes ao estudo de Correa *et al.* (2012), no qual mostrou que a maioria das mulheres que realizavam o exame citopatológico tinham idade de 25 anos ou mais configurando-se como um fator positivo, devido à recomendação nacional que preconiza a idade para início da coleta do exame a partir dos 25 anos.

Ao analisar a situação conjugal das mulheres na pesquisa, identificou-se prevalência das casadas (37%), ao contrário de 26% se declararam solteiras. Esses valores foram de concordância ao estudo de Borges *et al.* (2012) que foi realizado no Acre, cujos objetivos eram estimar a cobertura do exame de PCCU, visto que 55,3% das mulheres declararam-se casadas ou em união consensual. No entanto, diverge da pesquisa de Ferreira *et al.* (2015) em que as solteiras representaram 65,8% enquanto as casadas 28,5%.

Nesse estudo, prevaleceram as mulheres que afirmaram ter ensino fundamental e/ou médio, sejam eles completos ou incompletos, com uma porcentagem total de 63,9%. Os anos na escola corroboram com a pesquisa de Oliveira *et al.* (2014), tendo em vista que a escolaridade da maioria das participantes (53%) também era de nove a 12 anos.

Quanto à ocupação, a maioria afirmou ser do lar perfazendo um total de 17,2%. A porcentagem das mulheres que se intitularam com essa ocupação foi semelhante ao estudo de Dias *et al.* (2015) que evidenciou 27,2% eram do lar, apresentando-se como a mais representativa entre as mulheres participantes da pesquisa.

Em referência ao índice de massa corporal, 20,1% das mulheres apresentaram IMC de 25 a 29,9, dessa forma estando acima do peso e 14,8% evidenciou obesidade. No estudo de Oliveira *et al.* (2014) 41,2% das participantes apresentaram IMC de 25 a 30 enquanto 19,6% evidenciaram obesidade.

Verificou-se que 50,3% das pacientes procuram o serviço de saúde quando apresentam alguma queixa ginecológica. Corroborando com esse dado, o estudo de Chiconela e Chidassicua (2017) que demonstrou que 57,1% tinham como motivo da realização do exame do CCU diversas queixas ginecológicas.

No que se refere ao número de gestações, 395 mulheres informaram que tiveram até quatro gestações totalizando um percentual de (60,4%), enquanto 80 (12,2%) evidenciaram mais de quatro gestações. Desse modo, corrobora com o estudo de Eduardo *et*

al. (2012) tendo em vista que no grupo estudado, 251 (64,4%) mulheres tinham de um a quatro filhos. Confirmando com esse estudo, a pesquisa de Silva; Venâncio; Figueiredo-Alves (2015) em que relata que os cânceres ginecológicos mais frequentemente associados à gravidez são o câncer do colo do útero, da mama e o de ovário, logo, os sinais clínicos do câncer cervical podem ser mascarados pelas alterações fisiológicas da gravidez e a estimativa da incidência de câncer durante a gravidez, nas sociedades desenvolvidas é de um caso de câncer para 1.000 gravidezes.

Quanto ao número de partos, 365 mulheres dessa pesquisa afirmaram ter de um a três filhos perfazendo uma porcentagem de 55,8%. No entanto, esses dados destoam de acordo com a pesquisa de Leite *et al.* (2013) em que foi dito que a maioria das mulheres (39,7%) apresentavam mais de três filhos, evidenciando a multiparidade como fator de risco. O estudo de Schäffer *et al.* (2012) corrobora com estudo de Leite *et al.* (2013) que obteve como resultado uma frequência de 77% de câncer cervical em múltiparas (acima de três filhos).

Quanto ao tabagismo, 48 pacientes dessa pesquisa afirmaram ser fumante e em duas dessas tiveram ASC-US, em contrapartida de 543 que afirmaram nunca ter fumado. Números parecidos foram identificados no estudo de Prado *et al.* (2012), nesse encontrou-se a prevalência de tabagismo que foi de 36%, enquanto na população geral de Rio Branco essa prevalência foi de 19%. Os dois motivos principais pelos quais o hábito de fumar contribui para a oncogênese cervical incluem a exposição direta do DNA de células epiteliais cervicais a nicotina, a cotidina e a imunossupressão. Esse achado sugere que o tabagismo pode ser um co fator ambiental importante na carcinogênese cervical.

Entre as 654 mulheres que participaram do estudo, apenas 74 relataram ter sido acometida por alguma IST. Desse modo, o estudo de Eduardo *et al.* (2012) comprova esses dados, afirmando que das 390 mulheres estudadas, apenas 39 mulheres confirmaram o diagnóstico de IST. Da mesma forma, a pesquisa de Neri *et al.* (2013) corrobora afirmando que das 77 mulheres que participaram do estudo, apenas 9 apresentaram algum tipo de patologia. Com isso, pode-se inferir que a baixa prevalência pode estar associada ao não conhecimento dos sintomas característicos.

Em referência ao início da vida sexual, número expressivo das mulheres (431) iniciou a vida sexual com menos de 18 anos de idade. No estudo de Melo *et al.* (2016), 125 mulheres também iniciaram a vida sexual antes dos 18 anos. Uma pesquisa realizada em Rio Branco-AC identificou do mesmo modo, que entre as 390 mulheres estudadas, 317 afirmaram

ter iniciado a vida sexual precocemente (PRADO *et al.*, 2012).

No que se refere ao número total de parceiros, apenas 104 mulheres afirmaram ter mais de três parceiros. Número parecido foi identificado no estudo de Leite *et al.* (2013), haja vista que 18 mulheres haviam apresentado mais de três parceiros sexuais ao longo da vida. Sabe-se que o aumento no número de parceiros é proporcional ao aumento do risco de desenvolver alterações cervicais, aumentando o risco de exposição ao vírus do HPV. Números maiores foram encontrados na pesquisa feita em São Gonçalo do Amarante-CE, em que 128 mulheres referiram à pluralidade de parceiros (EDUARDO *et al.*, 2012).

Das participantes, 35,7% realizaram o exame preventivo do câncer de colo do útero no período de tempo menor ou igual há um ano. Semelhante a esse achado, estudo realizado em Nova Iguaçu-RJ, demonstrou prevalência de 72,4% de mulheres que realizaram o exame de PCCU com intervalo de tempo menor ou igual a um ano (RAFAEL; MOURA, 2012). Número superior foi encontrado em 51 mulheres no Piauí, onde o intervalo de tempo para a realização do exame preventivo em um período de tempo menor ou igual há um ano foi relatado por 31,5% das mulheres (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

No que se refere aos métodos contraceptivos, 146 participantes faziam uso do método hormonal. Informações semelhantes foram encontradas na pesquisa de Eduardo *et al.* (2012) que afirma que 140 mulheres fazem uso de anticoncepcionais hormonais. Contrastando com os valores estudados, a pesquisa de Veras *et al.* (2013) das 192 mulheres estudadas, 115 referiram não utilizarem nenhum método de contracepção e apenas 45 fazem uso de algum método hormonal.

Em relação ao uso do preservativo, 96 mulheres afirmaram que utilizavam esse método de barreira. Comprovando esses dados, está o estudo de Veras *et al.* (2013) que demonstrou que 23 das pacientes referiram que usavam o preservativo. Desse modo, a principal estratégia para proteção primária das doenças é o uso de preservativos (masculino ou feminino) durante as relações sexuais, visto que a infecção pelo HPV está presente em 90% dos casos.

Verificou-se que 144 das participantes do estudo apresentaram dispareunia. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Martins e Santos (2015) que demonstrou que das 35 mulheres, apenas 11 sentiam dor durante o ato sexual.

Quanto à realização do exame preventivo trienalmente, 351 mulheres informaram que realizam essa periodicidade de acordo com o preconizado pela OMS. Esses dados corroboram com a pesquisa de Neri *et al.* (2013), tendo em vista que das 77 participantes, 62

referiram tê-lo feito no período de menor/igual a três anos. No entanto, destoando dos dados citados, o estudo de Falcão *et al.* (2014), apresentou que a maioria das participantes (140) referiram tê-lo feito pelo menos uma vez na vida.

7 CONCLUSÕES

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou descrever as variáveis sociodemográficas, obstétricas e analisar a prevalência dos fatores de risco das mulheres que realizaram o exame preventivo do câncer de colo uterino no período de janeiro a dezembro de 2017.

As idades prevalentes foram às pertencentes às faixas etárias de 25 a 64 anos (75,84%). O estado civil como casada (37%) e 30,7% delas tinham ensino fundamental e 33,2% médio. 17,2% tinham ocupação como sendo do lar.

Relativo ao IMC e a queixa principal, verificou a prevalência de mulheres que estavam acima do peso (20,1%) e que procuram o serviço de saúde somente mediante a queixa ginecológica (57,1%).

Quanto aos dados obstétricos, 60,4% das mulheres apresentaram de um a quatro gestações e tiveram de um a três partos (55,8%).

No que concerne a associação da presença de lesões com fatores de risco, pode-se observar que o tabagismo representa uma variável relevante, haja vista apresentou valor de $p < 0,05$, desse modo, retratou que dos 48 fumantes, dois apresentaram como conclusão o ASC-US.

Verificou-se que 74 mulheres apresentaram alguma IST sendo apenas uma diagnosticada com HSIL, enquanto 476 que nunca adquiriram IST tiveram cinco diagnósticos para lesões intraepiteliais o que pode inferir que essas mulheres procuram o serviço de saúde quando estão mediante aos sinais e sintomas.

No que se refere ao início da vida sexual, a maioria das mulheres (431) iniciaram a vida sexual antes dos 18 anos e dessa variável, 15 mulheres ainda foram diagnosticadas com seis tipos de lesões intraepiteliais, uma sendo NIC I/HPV. Desse modo, pode-se concluir que o início da vida sexual é considerado uma variável relevante, haja vista apresentou valor de $p < 0,05$ representando um fator de risco para o câncer de colo do útero.

Identificou-se que minoria das mulheres apresentou mais de três parceiros, porém, esse é um dado significativo considerando que o aumento de número de parceiros pode ser um fator de risco visto que é capaz de aumentar as chances de desenvolver alterações cervicais, sendo assim, aumentando o risco de exposição ao vírus do HPV. Apesar de a grande maioria ter afirmado que tinham de um a três parceiros, isso não significa que elas estão fora do risco, haja vista que seus parceiros podem ter apresentado múltiplas parceiras.

No que se refere à periodicidade do exame preventivo anual, 242 mulheres afirmaram ter realizado anualmente, desse modo, esse dado demonstra que a prevenção de exames anuais indica que pode haver uma exposição indevida dessas mulheres, realizando assim, exames desnecessários.

No que concerne ao uso de métodos contraceptivos, a maioria (146) afirmou fazer uso de método hormonal, haja vista que avaliando o período de tempo em que elas fazem uso, esse dado pode estabelecer o risco dessas mulheres em desenvolver CCU.

Quanto ao uso do preservativo, identificou-se que 96 pacientes fazem uso desse método de barreira. Desse modo, a utilização do preservativo nas relações sexuais diminuiu significativamente o risco de desenvolvimento de condiloma acuminado e de lesões de alto grau no colo uterino.

Referente à dispareunia, apenas 144 mulheres afirmaram sentir dor no ato da relação sexual, contrastando com 467 que referiram não ter dispareunia.

Relativo à realização do exame preventivo de periodicidade trienal, pode-se observar que 351 mulheres declararam que cumprem essa frequência de acordo com o preconizado pela OMS, que a partir de dois exames negativos consecutivos, o intervalo fica sendo trienal.

A partir do que foi descrito, pode-se constatar que seis variáveis não foram significativas para a análise dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer cervical, pois apresentaram valor de $p > 0,05$ são elas: IST, número de parceiros, realização do exame preventivo anual, última PCCU, método contraceptivo atual, dispareunia e número de partos. Desse modo, apenas tabagismo e início da vida sexual apresentaram significância relevante para fator de risco. No entanto, após a construção do IEFR os índices calculados foram submetidos à análise de agrupamento, dessa forma, o grupo de maior exposição aos fatores de risco foram: fumantes, IST, dispareunia, mulheres que já tiveram uma gestação ou mais e pessoas que não fazem o uso de camisinha. Além disso, a maior importância deve ser dada a três fatores de risco, pois da amostra de 378 pacientes, 325 eram gestantes, 216 não faziam uso de camisinha e 214 não realizam o exame preventivo anual.

Dessa forma, destaca-se a importância do papel do enfermeiro na prevenção ao câncer cervical, podendo desenvolver um papel essencial por meio de programas educativos de prevenção e esclarecimento sendo um instrumento eficaz na redução da incidência do câncer de colo.

8 REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S. S. C. et al. Compreensão de usuárias de uma unidade de saúde da família sobre o exame Papanicolaou. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol.18, n.8, p.2301-2310, 2013.
- ARRUDA, F. S. et al. Conhecimento e prática na realização do exame de papanicolaou e infecção por hpv em adolescentes de escola pública. **Revista Paraense de Medicina**. Belém, Vol.27, n.4, p.59-65, out./dez., 2013.
- BARASUOL, M. E. C; SCHMIDT, D. B. Neoplasia do colo do útero e seus fatores de risco: revisão integrativa. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. Vol.6, n.3, p.138-153, jul./dez., 2014.
- BAZZO, K. O. et al. Lesões intra-epiteliais: relações com métodos contraceptivos orais, tabagismo e achados citológicos. In: **4º Simpósio Científico FTSG de Graduação e Pós Graduação**. Porto Alegre, 2014
- BOOYSEN, F. And evaluation of composite an over view indices. **Social Indicators Research**. Vol.59, n.2, p.115–151, 2002.
- BORGES, M. F. S. O. et al. 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**, Rio de Janeiro, Vol.28, n.6, p.1156-58, Junho, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Instituto nacional de câncer. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama..** Brasília-DF, 2a ed, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília-DF, 2a ed, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Detecção Precoce: Câncer de Colo de Útero.
- CARVALHO, A. C. de; LIMA, P. V. P. S.; SOUSA, R. P. A gestão municipal do saneamento básico no estado do Ceará. In: Encontro Regional da Sober: Pluralidades Econômicas, Sociais e Ambientais: Interações para Reinventar o Nordeste Rural, VIII, 2013, Parnaíba.
- CASTRO, B. et al . Rastreio do câncer do colo do útero: limites etários, periodicidade e exame ideal: revisão da evidência recente e comparação com o indicador de desempenho avaliado em portugal. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol.19, n.4, p.1113-1122, 2014.
- CATAFESTA, G. et al. Consulta de enfermagem ginecológica na estratégia saúde da família. **Arquivos de Ciências da Saúde**. São Paulo, Vol.22, n.1, p.85-90, jan./mar., 2015.
- CAVALCANTE, S. A. M. et al. Ações do Enfermeiro no rastreamento e Diagnóstico do

Câncer de Mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Vol.59, n.3, p.459-466, 2013.

CHICONELA, F. V.; CHIDASSICUA, J. B. Conhecimentos e atitudes das mulheres em relação ao exame preventivo do câncer do colo uterino. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Vol.19, p.1-9, 2017.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. Pesquisa em administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. Bookman, 2005.

CORREA, M. S. et al. Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, Vol.28, n.12, p.2257-2266, dezembro, 2012.

CUNHA, D. F. F. **Fatores de risco para a descontinuidade na detecção precoce do câncer de colo uterino**. Dissertação (Dissertação em enfermagem) – UFC. Ceará, 82 f. 2014.

DIAS, E. G. et al. Perfil socioeconômico e prática do exame de prevenção do câncer do colo do útero de mulheres de uma unidade de saúde. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. Vol.7, n.4, p.135-146, jan./dez., 2015.

DINIZ, A. S. et al. Assistência à saúde da mulher na atenção primária: prevenção do câncer do colo do útero. **Revista de APS**. Juiz de Fora, Vol.16, n.3, p.333-337, jul./set., 2013.

EDUARDO, K. G. T. et al. Conhecimento e mudanças de comportamento de mulheres junto a fatores de risco para câncer de colo uterino. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Vol.13, n.5, p.1045-1055, 2012.

FALCÃO, G. B. et al. Fatores associados à realização de citologia para prevenção de câncer do colo uterino em uma comunidade urbana de baixa renda. **Cadernos de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, Vol.22, n.2, p.165-172, 2014.

FÁVERO, L. P. *et al.* Análise de dados – modelagem multivariada para tomada de decisões. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

FERRAZ, L. C.; SANTOS, A. B. R.; DISCACCIATI, M. G. Cell cycle, HPV and cervical intraepithelial neoplasia evolution: biomarkers selection. **Journal of the Health Sciences Institute**. Vol.30, n.2, p.107-111, 2012.

FERREIRA, J. E. L. et al. Perfil da população atendida em um consultório de atendimento integral à saúde da mulher. **Cadernos de Graduação, ciências biológicas e da saúde**. Aracaju, Vol.3, n.1, p.127-140, outubro, 2015.

FREUND, J. E.; SIMON, G. A. **Estatística aplicada: Economia. Administração e Contabilidade**, 11a ed., Editora Artmed Bookman, São Paulo, 2006.

JACOBS, R., GODDARD, M. How Do Performance Indicators Add Up An Examination of Composite Indicators in Public Services. **Public Money & Management's**. P.103–110, april, 2007.

JUNIOR, J. C. O.; OLIVEIRA, L. D.; SÁ, R. M. Fatores de adesão e não adesão das mulheres ao exame colpocitológico. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Brasília, Vol.6, n.1, p.184-200, 2015.

KAUARK, F. S. et al. Metodologia da pesquisa:um guia prático. Bahia, Editora Via Litterarum, 1a ed, 2010.

KUBRUSLY, L. S. Um procedimento para calcular índices a partir de uma base de dados multivariados. **Revista Pesquisa Operacional**, Vol.21, n.1, p.107-117, junho, 2001.

LEITE, C. C. S. et al. A consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero. **Revista de Enfermagem UFPE online**. Recife, Vol.7, n.8, p.5076-5082, agosto, 2013.

LEITE, M. F. et al . Knowledge and practice of women regarding cervical cancerin a primary health care unit. **Journal of Human Growth and Development**. São Paulo, Vol.24, n.2, p.208-213, 2014.

LIMA, P. V. P. S. et al. Gestão municipal da segurança pública:responsabilidade dos municípios brasileiros no combate à violência. **Revista Políticas Pública**. São Luís, Vol.18, n.2, p.399-414, 2014.

MARTINS, R. B.; SANTOS, W. L. Avaliação do conhecimento dos enfermeiros sobre o controle do câncer do colo do útero em um município do estado de goiás. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**. Vol.4, n.2, p.128-135, jul./dez., 2015.

MASCARELLO, K. C. et al. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Mulheres com Câncer do Colodo Útero Associado ao Estadiamento Inicial. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Vol.58, n.3, p.417-426, 2012

MELO, M. C. S. C. et al. O enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: o cotidiano da atenção primária. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Vol.58, n.3, p. 389-398, 2012.

MELO, T. F. V. et al. Perfil epidemiológico de mulheres com HPV atendidas em uma unidade básica de saúde. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**. Rio de Janeiro, Vol.8, n.4, p.5177-5183, out./dez., 2016

NERI, E. A. R. et al. Conhecimento, atitude e prática sobre o examepapanicolaou de prostitutas. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, Vol.22, n.3, p.731-738, jul./set., 2013.

OLIVEIRA, A. C. et al. Fatores de risco e proteção à saúde de mulheres para prevenção docâncer uterino. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Vol.15, n.2, p.240-248, mar./abr., 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Nota de orientação da OPAS/OMS: Prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: Um futuro mais saudável para meninas e mulheres**. OPAS, 2013.

PRADO, P. R. et al. Caracterização do Perfil das Mulheres com Resultado CitológicoASCUS/AGC, LSIL e HSIL segundo Fatores Sociodemográficos,Epidemiológicos e Reprodutivos em Rio Branco - AC, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Vol.58, n.3, p.471-479, 2012.

RAFAEL, R.M.R; MOURA, A.T.M.S. Exposição aos fatores de risco do câncer do colo do útero na estratégia de saúde da família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, Vol.20, n.4, p.500-502, 2012.

RAMOS, A. L. et al. A atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família na prevenção do

câncer de colo de útero. **Revista de Políticas Públicas**. Sobral, Vol.13, n.1, p.84-91, jan./jun., 2014.

RAMOS, V. M. Avaliação da qualidade da assistência prestada às mulheres para prevenção e controle do câncer do colo do útero na atenção primária a saúde em Sobral-CE. **Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Ceará**. 123f, 2014.

RESSEL, L. B. et al. Examen preventivo de câncer del cuello uterino: La percepción de las mujeres. **Revista Avances em Enfermería**. Colombia, Vol.21, n.2, p.65-73, jul./dicie., 2013.

RIBEIRO, J. C.; ANDRADE, S. R. Vigilância em saúde e a cobertura de exame citopatológico do colo do útero: revisão integrativa. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, Vol.25, n.4, 2016.

SALIMENA, A. M. O. et al. Mulheres portadoras de câncer de colo de útero: percepção da assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. Minas Gerais, Vol.4, n.1, p.909-920, jan./abr., 2014.

NETO, S; JOÃO, W. Síntese que organiza o olhar: uma proposta para construção e representação de indicadores de desenvolvimento sustentável e sua aplicação para os municípios fluminenses. Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais, Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Rio de Janeiro, 2006, 110 f. Dissertação (Mestrado)

SCHÄFFER, L. T. H. et al. Correlação de fatores clínicos e prognósticos, com a expressão da proteína p53, no carcinoma invasor de colo uterino. **Revista Saúde.Com**. Vol.8, n.1, p.46-56, 2012.

SEMENTILLE, E. C.; QUEIROZ, F. C. Atuação do enfermeiro na saúde da mulher prevenção do câncer do colo do útero. **Revista Ensaio e Ciência: Biológicas, Agrárias e da Saúde**. Vol.17, n.1, p.109-120, 2013.

SILVA, A. P; VENÂNCIO, T. T.; FIGUEIREDO-ALVES, R. R. Câncer ginecológico e gravidez: uma revisão sistematizada direcionada para obstetras. **Revista Femina**. São Paulo. Vol.43, n.3, p.111-118, mai./jun., 2015.

SILVA, M. A. S. et al. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolaou. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Vol.16, n.4, p.532-539, jul./ago., 2015.

TELES, C. C. G. D.; ALVES, E. D.; FERRARI, R. Lesões precursoras para o câncer do colo uterino e seus fatores de risco: estudo reflexivo. **Revista de Enfermagem UFPE online**. Recife, Vol.7, p.5733-5741, setembro, 2013.

VERAS, J. M. M. F. et al. Perfil de mulheres que realizam papanicolaou em uma área da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Enfermagem UFPI online**. Teresina, Vol.2, n.1, p.22-26, jan./mar., 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Comprehensive cervical cancer control a guide to essential practice**. 2a ed. WHO, 2014.

ANEXO A - FORMULÁRIO DA COLETA DE DADOS (CUNHA, 2014)

<p>1. <u>Identificação:</u></p> <p><u>Idade:</u></p> <p><u>Ocupação:</u></p> <p><u>Estado civil:</u> () Solteira () Casada () Divorciada () Viúva</p> <p><u>Escolaridade:</u> () Analfabeta () Ens. Fundamental () Ensino Médio () Nível Superior</p> <p><u>Peso:Estatura:IMC:</u></p>
<p>2. <u>Queixa principal:</u></p>
<p>3. <u>Antecedentes:</u></p> <p>() Tabagismo: por dia</p> <p>() DST:</p> <p><u>Menarca:IVS:</u></p> <p>Nº Parceiros: Nº Parceiros nos últimos 3 meses:</p> <p><u>TTO para DST anterior? Qual?</u></p> <p>Realiza exame preventivo anual? () Sim () Não <u>Última PCG:</u></p> <p><u>Método contraceptivo atual:</u> Usa preservativo? () Sim () Não</p> <p><u>Método Hormonal?</u> () Sim () Não</p> <p>Dispareunia: () Sim () Não</p> <p><u>G:P:A:Último Parto:</u></p>
<p>4. <u>Resultados:</u></p> <p>Diagnóstico descritivo:</p> <p>Alterações Celulares Benignas: () Infecção leve () Infecção Moderada () Infecção acentuada</p> <p>Microbiologia: () Cocos/bacilos () Candida () Gardnerella/Mobiluncus () Clamídia () Gonorreia () Trichomonas () Outros</p> <p><u>Conclusão:</u> () ASGUS () ASC-H () AGUS () Negativo para malignidade () LSIL () HSIL () Carcinoma in situ () Carcinoma invasivo</p>

ANEXO B – SOLICITAÇÃO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Solicito à coordenação do Centro de Parto Natural do Centro de Desenvolvimento Familiar que as estudantes do curso de graduação em Enfermagem: Dayana Maria de Sousa Tavares e Luana dos Santos Araujo colem os dados das monografias intituladas: *Prevalência dos fatores de risco para o câncer cervical em um serviço de ginecologia e Prevalência de lesões cervicais por papilomavírus humano em mulheres atendidas em um serviço de ginecologia* nos prontuários das usuárias do serviço de Ginecologia da referida unidade.

Fortaleza, 11 de março de 2018.



Professor da Universidade Federal do Ceará
Bolsista de Produtividade em Pesquisa ID/CNPq
Líder do Diretório de Pesquisa FAMEPE

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO PROPESQ-UFC

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Descontinuidade no cuidado para prevenção do câncer de colo uterino: caracterização de usuárias de um serviço público

Pesquisador: Denise de Fátima Fernandes Cunha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08300112.1.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 183.493

Data da Relatoria: 28/11/2012

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa da pesquisadora Denise de Fátima Fernandes Cunha. Este se caracteriza como uma pesquisa documental, retrospectiva, com abordagem quantitativa, desenvolvida no Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa (CPN), unidade de atenção primária à saúde vinculada a Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará (UFC). A população do estudo será composta pelos prontuários das mulheres atendidas no CPN, no setor de prevenção ginecológica, que não receberam o laudo citopatológico ou que não retomaram para a consulta subsequente. Serão excluídos os prontuários de mulheres que retomaram para receber o laudo citopatológico e as que só realizaram a consulta ginecológica uma vez no local. Será utilizado como instrumento para coleta de dados um formulário estruturado, composto por variáveis sócio-demográficas, obstétricas e ginecológicas da mulher. Segundo a autora, os dados serão coletados no período de janeiro a abril de 2013. Será realizada análise estatística e a seleção dos testes dar-se-á conforme a necessidade da análise das informações, com o intuito de alcançar os objetivos do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o perfil sócio-demográfico e gineco-obstétrico de mulheres com descontinuidade no cuidado e prevenção do câncer de colo do útero;

Identificar os fatores de risco para a ocorrência de CCU nessas mulheres.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há exposição de sujeitos a riscos, visto que o projeto se caracteriza como um estudo documental.

Benefícios: possibilidade de desenvolver estratégias para diminuir a taxa de absenteísmo às consultas de retorno, e, por conseguinte, melhorar a assistência às mulheres e orientar os profissionais da saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto pertinente e relevante valor científico. Há adequação da metodologia aos objetivos propostos. Aspectos administrativos estão descritos. Não há exposição de sujeitos a riscos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão presentes os seguintes termos: folha de rosto; cronograma com previsão de coleta nos meses de janeiro a abril de 2013; declaração de dispensa do TCLE; orçamento detalhado e assinado; declaração de concordância em participar da pesquisa; declaração de fiel depositário; carta de encaminhamento; currículo.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 08 de Janeiro de 2013

Assinador por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefones: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br