



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

MARIA LUZIENE DE SOUSA GOMES

RESULTADOS DE SAÚDE DAS MULHERES ATENDIDAS NAS CONSULTAS DE
ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

FORTALEZA
2020

MARIA LUZIENE DE SOUSA GOMES

**RESULTADOS DE SAÚDE DAS MULHERES ATENDIDAS NAS CONSULTAS DE
ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha: Enfermagem e Educação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá.

FORTALEZA

2020

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)

- G615r Gomes, Maria Luziene de Sousa.
Resultados de saúde das mulheres atendidas nas consultas de enfermagem para a prevenção do câncer de colo do útero / Maria Luziene de Sousa Gomes. – 2020.
120 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2020.
Orientação: Profª. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá.
1. Neoplasias do Colo do Útero. 2. Resultado de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Enfermagem. I.
Título.

CDD 610.73

MARIA LUZIENE DE SOUSA GOMES

**RESULTADOS DE SAÚDE DAS MULHERES ATENDIDAS NAS CONSULTAS DE
ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá.

Aprovada em: 07/01/2020

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Dafne Paiva Rodrigues (1º membro)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Profa. Dra. Deise Maria do Nascimento Sousa (2º membro)
Centro Universitário UniFamor/Wyden

Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira (Suplente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, em primeiro lugar, que sempre esteve ao meu lado nos momentos bons e ruins, me iluminando o caminho, guiando os meus passos, me dando a força necessária e protegendo-me de todo mal.

Aos meu pais, **Antônia Maria de Sousa Gomes e Raimundo Pedro Gomes**, por toda dedicação, paciência, apoio e incentivo durante todos os momentos da minha vida, lutando pelos meus sonhos e não medindo esforços para que eles acontecessem. Esta vitória só é possível graças a eles, que estiveram me guiando através de seus exemplos de força e dedicação.

Ao meu namorado, **Renê Garcez**, pelo companheirismo, compreensão, paciência, melhores sorrisos, aventuras e o mais completo amor.

Às minhas irmãs, **Amparo (Mana) e das Dores**, por me ajudarem muito e sempre estarem ao meu lado ao longo desses anos.

Aos meus cunhados, **Wagner e Ismael**, por me ajudarem sempre durante esses anos, me transportando em virtude da distância por mim enfrentada.

Aos meus lindos sobrinhos, **Alan Gomes, Karen Hanna e Maria Tereza**, por estarem sempre esperando minha chegada e me arrancarem os melhores sorrisos.

Às minhas tias, **Zenilda, Margarida, Maria Luiza e Valdene**, por sempre me ajudarem, estarem ao meu lado e acreditarem em mim.

À **Profa. Dra Mônica Oliveira Batista Oriá**, exemplo de competência, dedicação, profissionalismo e humanidade. Agradeço de coração pela oportunidade, confiança e por todo conhecimento, essenciais para meu crescimento profissional e pessoal.

À **Profa. Dra Deise Maria do Nascimento Sousa**, pela dedicação, apoio, retirada de dúvidas e amizade ao longo do caminho.

A todos os amigos em especial **Nádyia Santos, Rávida Rocha, Lusiana Moreira, Açucena Leal, Gabriela Kerle, Fabia Maia, Shamia Nogueira, Joana Pimentel, Jamille Neri, Carliane Sales, Solange Andrade, Amparo Sales, Camila Castro, Amanda Oliveira, Érica Maria e Virna Ribeiro** por terem me ajudado muito ao longo dessa caminhada, não tenho palavras para agradecer a vocês.

Às pessoas que não foram citadas, mas que participaram da minha vida, da minha formação e da minha luta, **MEU MUITO OBRIGADA**.

RESUMO

Estudo transversal, retrospectivo e descritivo que analisou os resultados de saúde das mulheres atendidas nas consultas de enfermagem para a prevenção do Câncer de Colo do Útero (CCU) em uma unidade de saúde-escola vinculada à Universidade Federal do Ceará (UFC). As consultas de enfermagem ginecológica seguiram os preceitos do protocolo PROGYNE, incluindo exame físico céfalo-podálico, exame clínico das mamas, citopatológico, cervicografia digital (CD) e colposcopia, e foram realizadas no período de março a julho de 2016 envolvendo uma amostra de 87 mulheres. Foi utilizado o teste do qui-quadrado de Pearson, sendo considerado o valor de $p < 0,05$ e a força dessa associação pelo cálculo das razões de chances (*Odds Ratio* – OR). A acurácia dos exames foi medida pela sensibilidade, especificidade, razão de chances de diagnóstico (*diagnostic odds ratio* - RCD), acurácia diagnóstica, valor preditivo positivo (VPP), valor preditivo negativo (VPN) e razão de verossimilhança (RV) para teste positivo (*likelihood ratio*), tendo como padrão ouro a colposcopia. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética (nº 401.240). A análise indicou predomínio de mulheres jovens ($M = 32,9 \pm 10$ anos), pardas (67; 77%), casadas (62; 71,3%), com escolaridade de até nove anos (45; 51,7%) e donas de casa (46; 52,9%); heterossexuais (80; 92%), com sexarca entre 16 e 20 anos (40; 46%), com até cinco parceiros (74; 85,1%). Em relação aos exames clínicos, oito (9,2%) tiveram o teste Schiller +; já a colposcopia 13 (14,9%) foram irregulares, 66 (75,9%) normais e oito (9,2%) insatisfatórias; CD+ em 45 (51,7%) mulheres. Quanto ao laudo citopatológico, 76 (87,4%) foram normais. Os resultados anormais foram: ASC-US (4; 4,6%), ASC-H (3; 3,4%), LSIL (2; 2,3%) e HSIL (2; 2,3%). Na história de saúde sexual, as variáveis história de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) ($p = 0,025$ [OR95% = 7,22 (1,86 – 60,49)]) e uso do anticoncepcional oral ($p = 0,035$ [OR95% = 3,78 (0,98 – 14,55)]) foram significativos para a realização do exame preventivo anual e a cor autorreferida preta ($p = 0,031$ [OR95% = 15,60 (1,80 – 135,06)]) demonstrou associação significativa para a primeira consulta ginecológica. Ter realizado o primeiro exame citopatológico dentro dos três primeiros anos do início da vida sexual estava associado ao estado civil solteira ($p = 0,031$), assim como possuir história de câncer na família ($p < 0,001$). O resultado positivo da colposcopia associou-se com a idade até 30 anos ($p = 0,027$ [OR95% = 0,25 (0,07 – 0,90)]) e ser solteira ($p = 0,021$ [OR95% = 0,23 (0,07 – 0,80)]). O exame citopatológico foi o de melhor acurácia e maior razão de chances diagnóstica. No entanto, implementar a colposcopia na atenção básica se mostra relevante para auxiliar no rastreio, diagnóstico e tratamento oportuno das lesões precursoras e consequente redução dos casos de CCU, pois trata-se de um procedimento acurado considerado padrão ouro. Compreender os resultados de saúde das mulheres que realizaram a consulta para prevenção do CCU, assim como os métodos de rastreio utilizados é essencial para o serviço e o sistema nacional de saúde dos países menos desenvolvidos, como o Brasil.

Palavras-chaves: Neoplasias do Colo do Útero. Resultado de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Cross-sectional, retrospective and descriptive study that analyzed the health results of women attended in nursing consultations for the prevention of cervical cancer in a health-school unit linked to the Federal University of Ceará (UFC). The gynecological nursing consultations followed the precepts of the PROGYNE protocol, including physical examination, clinical breast examination, cytopathology, digital cervicography (DC) and colposcopy, and were carried out from March to July 2016 involving a sample of 87 women. Pearson's chi-square test was used, considering $p < 0.05$ and the strength of this association by calculating odds ratios (Odds Ratio - OR). Examination accuracy was measured by sensitivity, specificity, diagnostic odds ratio (DOR), diagnostic accuracy, positive predictive value (PPV), negative predictive value (NPV) and likelihood ratio (LR) for positive test (likelihood ratio), with colposcopy as the gold standard. The research was approved by the ethics committee (No. 401.240). The analysis indicated a predominance of young women ($M = 32.9 \pm 10$ years), brown (67; 77%), married (62; 71.3%), with up to nine years of schooling (45; 51.7%) and housewives (46; 52.9%); heterosexuals (80; 92%), with sexarche between 16 and 20 years old (40; 46%), with up to five partners (74; 85.1%). Regarding clinical examinations, eight (9.2%) had the Schiller + test; colposcopy 13 (14.9%) were irregular, 66 (75.9%) normal and eight (9.2%) unsatisfactory; DC + in 45 (51.7%) women. Regarding the cytopathological report, 76 (87.4%) were normal. The abnormal results were: ASC-US (4, 4.6%), ASC-H (3, 3.4%), LSIL (2, 2.3%) and HSIL (2, 2.3%). In the history of sexual health, the variables sexually transmitted infection (STI) history ($p = 0.025$ [OR95% = 7.22 (1.86 - 60.49)]) and use of oral contraceptives ($p = 0.035$ [OR95% = 3.78 (0.98 - 14.55)]) were significant for the annual preventive exam and the self-reported color black ($p = 0.031$ [OR95% = 15.60 (1.80 - 135.06)]) showed a significant association for the first gynecological consultation. Having undergone the first cytopathological examination within the first three years of sexual initiation was associated with a single marital status ($p = 0.031$), as well as having a family history of cancer ($p < 0.001$). The positive result of colposcopy was associated with age up to 30 years ($p = 0.027$ [OR95% = 0.25 (0.07 - 0.90)]) and being single ($p = 0.021$ [OR95% = 0.23 (0.07 - 0.80)]). The cytopathological exam was the one with the best accuracy and the highest diagnostic odds ratio. However, implementing colposcopy in primary care is relevant to assist in the screening, diagnosis and timely treatment of precursor lesions and the consequent reduction in cases of cervical cancer, since it is an accurate procedure considered to be the gold standard. Understanding the health outcomes of women who attended the cervical cancer prevention consultation, as well as the screening methods used, is essential to the service and national health system of less developed countries, such as Brazil.

Keywords: Uterine Cervical Neoplasms. Health Outcomes. Primary Health Care. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estratégia de busca das bases de dados. Fortaleza, Ceará, 2019.....	24
Quadro 2 – Sumário das características descritivas dos artigos incluídos. (N=16). Fortaleza, Ceará, 2019.....	28
Quadro 3 – Descrição dos testes diagnósticos avaliação da Cervicografia, Schiller e Citopatológico. Fortaleza, Ceará, 2019.....	59

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Diagrama PRISMA da literatura analisada. Fortaleza, Ceará, 2019.....	26
Figura 2 – Mapa da Secretaria Executiva Regional III. Fortaleza, Ceará, 2019.....	52
Figura 3 – Representação gráfica das etapas da consulta de enfermagem ginecológica segundo o PROGYNE. Fortaleza, Ceará, 2019.....	56

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Familiares das participantes com histórico de câncer. (N=87). Fortaleza, Ceará, 2019.....	63
Gráfico 2 – Tipos de câncer apresentados pelos familiares das participantes da pesquisa. (N=87). Fortaleza, Ceará, 2019.....	63
Gráfico 3 – Métodos contraceptivos utilizados pelas participantes da pesquisa. (N=87). Fortaleza, Ceará, 2019.....	68
Gráfico 4 – Tipos de lesão intraepitelial. (N=87). Fortaleza, Ceará, 2019.....	72
Gráfico 5 – Microbiota encontrada no laudo da citopatológico. (N=87). Fortaleza, Ceará, 2019.....	72
Gráfico 6 – Curva ROC para a cervicografia, em comparação ao teste padrão ouro (colposcopia). Fortaleza, Ceará, 2019.....	75
Gráfico 7 – Curva ROC para o teste de Schiller, em comparação ao teste padrão ouro (colposcopia). Fortaleza, Ceará, 2019.....	76
Gráfico 8 – Curva ROC para o citopatológico, em comparação ao teste padrão ouro (colposcopia). Fortaleza, Ceará, 2019.....	77
Gráfico 9 – Representação da curva ROC para a cervicografia, teste de Schiller e citopatológico. Fortaleza, Ceará, 2019.....	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sociodemográficos das participantes. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).....	61
Tabela 2 – Histórico familiar de saúde das participantes. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).....	62
Tabela 3 – Hábitos de vida das participantes. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).....	64
Tabela 4 – História de saúde das participantes. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).....	65
Tabela 5 – Dados sexuais e reprodutivos das participantes. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).....	66
Tabela 6 – Dados ginecológicos das participantes. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).....	69
Tabela 7 – Dados dos exames clínicos das participantes. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).....	70
Tabela 8 – História de saúde sexual e reprodutiva e realização do exame citopatológico anualmente. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).....	73
Tabela 9 – Aspectos sociais e primeira consulta ginecológica. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).....	73
Tabela 10 – Aspectos sociais e o primeiro exame citopatológico dentro dos três primeiros anos do início da vida sexual. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).....	74
Tabela 11 – Dados sociodemográficos e resultado da colposcopia. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).....	74
Tabela 12 – Relação entre área sob a curva ROC e a precisão do diagnóstico. Fortaleza, Ceará, 2019.....	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACB	Área acetobranca
ACO	Anticoncepcional Oral
Aids	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ACNR	Alterações Colorimétricas Não Reativas
ACR	Alterações Colorimétricas Reativas
AGUS	<i>Atypical Glandular Cells of Undetermined Significance</i>
APS	Atenção Primária a Saúde
ASCUS	<i>Atypical Squamous Cell of Undetermined Significance</i>
ASCH	<i>Atypical Squamous Cell, cannot HSIL rule out</i>
CC	Citologia Convencional
CCU	Câncer do Colo do Útero
CD	Cervicografia Digital
CDFAM	Coordenadoria de Desenvolvimento Familiar
CML	Citologia em Meio Líquido
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CO	Citologia Oncótica
CPN	Casa de Parto Natural
DSS	Determinates Sociais da Saúde
ECM	Exame Clínico das Mamas
EUA	Estados Unidos da América
FCD	Fotografia Cervical Digital
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPV	<i>Human Papillomavirus</i>
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
HSIL	<i>High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion</i>
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IVA	Inspeção Visual por Ácido Acético

JEC	Junção Escamocolunar
LSIL	<i>Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion</i>
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MS	Ministério da Saúde
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAHO	Pan American Health Organization
PMF	Prefeitura Municipal de Fortaleza
PN	Projeções Negativas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PP	Projeções Positivas
PROGYNE	Protocolo Clínico para Detecção das Lesões Precursoras do Câncer de Colo Uterino
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
RDC	Razão de Chances de Diagnóstico
ROC	<i>Receiver Operating Characteristic</i>
RV	Razão de Verossimilhança
SER	Secretaria Executiva Regional
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará
VPN	Valor Preditivo Negativo
VPP	Valor Preditivo Positivo
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	Geral.....	22
2.2	Específicos.....	22
3	REVISÃO SISTEMÁTICA.....	23
4	METODOLOGIA.....	51
4.1	Delineamento do estudo.....	51
4.2	Local e período de realização do estudo.....	51
4.3	População e amostra.....	53
4.4	Definição de variáveis.....	54
4.4.1	Variáveis Predictoras.....	54
4.4.1.1	Variáveis Predictoras sociodemográficas.....	54
4.4.1.2	Variáveis Predictoras clínicas e gineco-obstétricas.....	54
4.4.2	Variáveis Desfecho.....	55
4.4.2.1	Lesões pré-cancerosas.....	55
4.4.2.2	Rastreo.....	55
4.5	Coleta de dados.....	55
4.6	Consulta de enfermagem ginecológica.....	55
4.6.1	Cervicografia Digital (CD)	57
4.6.2	Colposcopia.....	57
4.7	Análise dos dados.....	58
4.8	Aspectos Éticos e Legais.....	60
5	RESULTADOS.....	61
6	DISCUSSÃO.....	80
7	CONCLUSÃO.....	91
8	LIMITAÇÕES DO ESTUDO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	92
	REFERÊNCIAS	93
	APÊNDICES.....	103
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	104
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	112

APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E	
ESCLARECIDO.....	114
ANEXOS.....	116
ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM	
PESQUISA – UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.....	117

1 INTRODUÇÃO

Embora tenha-se tido uma melhoria no que diz respeito a prevenção do Câncer do Colo do Útero (CCU), uma grande quantidade de mulheres ainda morre em diversos países. O motivo elencado é a falta de acesso a serviço de prevenção e tratamento de forma adequada e em tempo oportuno. As barreiras presentes estão relacionadas ao horário de atendimento, distância, falta de transporte, inclusive culturais e de gênero. Sem esquecer de mencionar um fator a ser considerável que é o baixo nível socioeconômico (OPAS, 2016). A expectativa de vida das mulheres é reduzida nos países de baixa renda em virtude das condições maternas e ao CCU, bem como as taxas de mortalidade são mais altas nesses países que têm pior acesso aos serviços de saúde (WHO, 2019).

O câncer caracteriza-se pelo crescimento incontrolável, autônomo e irreversível das células e dos tecidos, o que resulta em um tumor maligno podendo ter metástases (BRASIL, 2013; OPAS, 2016). A maioria dos CCU está relacionado a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), 90% se iniciam na zona de transformação, e os 10% restante são adenocarcinoma que surgem na endocérvice (OPAS, 2016).

O CCU é o quarto câncer mais comum em mulheres, e o sétimo no ranking geral. Quase nove de cada dez óbitos por essa causa ocorrem em regiões menos desenvolvidas, na qual o risco de morrer antes dos 75 anos é três vezes maior (FERLAY *et al.*, 2015).

No Brasil o CCU ocupa a terceira posição, uma vez que se estimam 16.370 casos novos para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres. Destacando que sem considerar os tumores de pele não melanoma o CCU lidera algumas posições importantes em determinadas regiões do Brasil, sendo o primeiro mais incidente na Região Norte (25,62/100 mil). Já nas Regiões Nordeste (20,47/100 mil) e Centro-Oeste (18,32/100 mil), ocupa a segunda posição; enquanto, nas Regiões Sul (14,07/100 mil) e Sudeste (9,97/100 mil), se encontra na quarta posição (BRASIL, 2017a).

O site *Global Cancer Observatory* (gco.iarc.fr), uma plataforma Web que compila os dados da *International Agency for Research on Cancer* (IARC), possui estatísticas globais do câncer com a finalidade de lançar informações no que diz respeito a essa temática. É por meio do GLOBOCAN que é construído o perfil do câncer de forma global e por região. Logo, de acordo com cada país são apresentados dados referentes a incidência e mortalidade por câncer (BRAY *et al.*, 2018; FERLAY *et al.*, 2018a). Em 2018 o número estimado de mortes no Brasil por CCU foi de 8.079 casos (FERLAY *et al.*, 2018b).

Diante deste cenário epidemiológico, os programas de prevenção e controle do CCU consistem em uma combinação de atividades que tem como objetivo preveni-lo e reduzir suas taxas de morbidade e mortalidade. Por sua vez compreendem em ações de prevenção primária, secundária e terciária (OPAS, 2016; WHO, 2018).

Na prevenção primária se enquadra a educação em saúde, educação sexual e a vacinação contra o HPV; a prevenção secundária compreende o rastreamento e tratamento de lesões pré-cancerosas; e a prevenção terciária equivale o tratamento do câncer invasivo e cuidados paliativos (OPAS, 2016; WHO, 2018).

O HPV é considerado uma causa necessária, mas não suficiente do CCU (WALBOOMERS *et al.*, 1999; IARC, 2007; HERRERO; MURILLO, 2018). Aproximadamente 12 tipos de HPV oncogênicos (HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 e 59) são causas estabelecidas de CCU (IARC, 2007). São também fatores de risco o início precoce da atividade sexual e a multiplicidade de parceiros sexuais (OPAS, 2016; BRASIL, 2013), outros que requerem importância incluem o tabagismo, a paridade, uso de contraceptivos orais e mulheres HIV-positivo (HERRERO; MURILLO, 2018).

A transmissão do HPV acontece por via sexual e/ou contato pele a pele com as regiões genitais proximais (BRASIL, 2013; OPAS, 2016). Os tipos de HPV considerados de alto risco oncogênico mais comuns, HPV-16 e HPV-18, são responsáveis por aproximadamente 70% dos casos de CCU em todos os países do mundo. Já os tipos HPV-6 e HPV-11 de baixo risco oncogênico não estão ligados ao câncer, porém causam 90% das verrugas anogenitais ou condilomas (OPAS, 2016).

As vacinas polivalentes contra os tipos de HPV oncogênicos foram introduzidas em 2006 após a provação do *Food and Drug Administration* (FDA). Hodiernamente, duas vacinas estão em amplo uso: uma quadrivalente contendo os tipos de HPV oncogênico HPV-6, HPV-11, HPV-16 e HPV-18; e outra bivalente contendo os tipos de HPV-16 e HPV-18 (BULTERYS; BROTHERTON; CHEN, 2018). A vacina nonavalente foi aprovada em 2014 pelo FDA que possui os tipos de HPV da quadrivalente (6, 11, 16, 18) e os outros cinco tipos 31, 33, 45, 52 e 58 (PETROSKY *et al.*, 2015).

No que versa o Brasil, o Ministério da Saúde (MS) por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em 2014, ampliou o calendário nacional de vacinação com a introdução da vacina quadrivalente (HPV 6, 11, 16, 18) no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto a vacina era ofertada somente para meninas de 11 a 13 anos. Foram também preconizadas

meninas indígenas de nove a 13 anos por serem mais vulneráveis e em menor número (BRASIL, 2018a).

Em 2018, houve a ampliação dessa oferta e a faixa etária preconizada passou a ser meninas de nove a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos, tendo o objetivo de ser administrada antes do início da vida sexual, e possuindo esquema vacinal de duas doses (0 e 6 meses). Quando se referir a situações especiais, tais como homens e mulheres de nove a 26 anos de idade vivendo com HIV/Aids, pacientes oncológicos e pessoas submetidas a transplantes de órgãos sólidos e de medula óssea o esquema será de 3 três doses (0, 2 e 6 meses). Portanto a inclusão do sexo masculino nessa estratégia tem em vista reduzir a incidência da doença nesse público como também a transmissão do vírus para a população feminina, fortalecendo a saúde sexual e reprodutiva de ambos os sexos (BRASIL, 2018a).

Quando o assunto é rastreamento, este configura-se como uma intervenção de saúde pública destinada a uma população-alvo assintomática. No que lhe diz respeito, não tem a finalidade de diagnosticar uma doença e sim identificar indivíduos que venham a ter seu precursor ou a maior probabilidade de tê-la, para que dessa maneira previna-os (OPAS, 2016).

O rastreamento por exame citológico requer a coleta de células da ectocérvice e da endocérvice. Existem dois métodos citológicos: a citologia convencional (CC), também conhecida como citologia oncológica (CO), citopatológico ou exame de Papanicolaou; e a citologia em meio líquido (CML). Na CC é realizado o esfregaço da amostra de células da ectocérvice e da endocérvice sobre uma lâmina de vidro e posteriormente feito sua fixação (OPAS, 2016). A CML surge como um aperfeiçoamento da CC, a amostra é coletada com uma escova específica e colocada em uma solução conservante, seu uso é cada vez maior em locais que possuem maiores recursos (OPAS, 2016).

O exame de Papanicolaou é uma técnica empregada em vários países para o rastreamento do CCU e é a base de rastreio do Brasil, na qual a Atenção Primária a Saúde (APS) possui essa responsabilidade. De acordo com a diretriz vigente, a coleta deve ser iniciada aos 25 anos de idade em mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual, se estendendo até os 64 anos de idade. No que se refere a sua periodicidade, deve ser realizado anualmente, e no caso de dois exames negativos com intervalo anual, o próximo deve ser realizado a cada três anos (BRASIL, 2016).

Os métodos visuais de rastreio compreendem a Inspeção Visual por Ácido Acético (IVA) que consiste na aplicação de ácido acético 3-5% e permite verificar a presença de lesões precursoras, assim, o surgimento de áreas acetobranças torna o teste positivo (OPAS, 2016).

Considerada uma estratégia de baixo custo e complementar ao exame de Papanicolaou, seu uso em países em desenvolvimento contribui para a diminuição da mortalidade por CCU (SHASTRI *et al.*, 2014). A literatura é bem diversificada quanto a sensibilidade e especificidade da IVA, o que varia entre países, estágio das lesões, técnica profissional e subjetividade na interpretação (SAUVAGET *et al.*, 2011; CUZICK *et al.*, 2012). Já a inspeção visual com lugol (teste de Schiller) consiste na aplicação de iodo no colo do útero. O epitélio escamoso normalmente contém glicogênio e capta o iodo, obtendo a cor marrom escura. As áreas de neoplasia intraepitelial cervical e invasiva não possuem glicogênio, dessa maneira não captam o iodo, apresentando assim coloração amarelo mostarda. Vale salientar, a dificuldade de realização em mulheres pós-menopausadas devido a diminuição de glicogênio que o epitélio escamoso apresenta. Poucos estudos ressaltam o iodo como temática (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2003; CUZICK *et al.*, 2012).

Outro método de rastreio que pode ser mencionado é a Cervicografia Digital (CD) ou Fotografia Cervical Digital (FCD), que compreende a fotografia do colo do útero por meio da utilização de uma câmera digital com o objetivo de detectar lesões precursoras do CCU (FRANCO, 2008; HILLMANN, *et al.*, 2013; HILLMANN, *et al.*, 2019). Este método tem se mostrado adequado para o rastreio do CCU e suas lesões precursoras em países em desenvolvimento, a título de exemplo o Brasil (HILLMANN, *et al.*, 2013).

O teste de HPV consiste na coleta de uma amostra da parte superior da vagina com auxílio de escova ou *swab* e posteriormente é colocado em um recipiente especial com solução conservante. Devido à sua alta sensibilidade e alto valor preditivo negativo melhoraria a eficácia de rastreamento do CCU, sobretudo para detectar lesões de alto grau em mulheres com 30 anos de idade ou mais, contudo possui uma baixa especificidade. O teste de HPV foi integrado na rotina de rastreamento dos Estados Unidos da América (EUA), México e Argentina (PAHO, 2016), porém ainda não é padrão de uso no Brasil.

A confirmação diagnóstica e o tratamento das lesões precursoras são realizados por meio da colposcopia, biópsia, excisão do tipo 1 ou do tipo 2. Medidas complementares também podem ser usadas como avaliação do canal endocervical (escovado cervical ou curetagem endocervical), coleta de espécimes para exame citopatológico concomitante a colposcopia e medidas para auxiliar a visão da junção escamocolumnar (JEC) (BRASIL, 2016).

Para se ter um bom exame de rastreamento, este por sua vez deve atender requisitos quanto a acurácia, reprodutibilidade, baixo custo, relativa facilidade, aceitabilidade, segurança e disponibilidade (OPAS, 2016).

No que concerne a classificação das lesões pré-cancerosas, estas possuem três níveis proposto por Richart (1973), diferindo de acordo com o seu avançar, que se constituem em Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) I, II ou III, baseando-se no grau de anormalidade celular e epitelial.

As lesões NIC I representam uma manifestação benigna da infecção pelo HPV, na sua maioria são eliminadas espontaneamente pelo sistema imunológico, dessa forma é recomendada a vigilância e não o tratamento dessas mulheres. As lesões NIC III representam uma lesão neoplásica de espessura total e possui uma alta probabilidade de progredir para câncer se não tratada. As lesões de NIC II são intermediárias em sua biologia entre NIC I e NIC III, que regredem em até 40% se não forem tratadas. A base para a prevenção do câncer do colo do útero é a detecção de lesões NIC II e NIC III mediante o rastreio e sua erradicação por meio de tratamento (KHAN; SMITH-MCCUNE, 2014).

Outro sistema de classificação das lesões e atualmente adotado no Brasil é o de Bethesda 2001 que descreve anormalidades das células epiteliais, *Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion* (LSIL) – lesão intraepitelial de baixo grau; *High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion* (HSIL) – lesão intraepitelial de alto grau; *Atypical Squamous Cell of Undetermined Significance* (ASCUS) – células escamosas atípicas de significado indeterminado; *Atypical Glandular Cells of Undetermined Significance* (AGUS) – Células glandulares atípicas de significado indeterminado; *Atypical Squamous Cell, cannot HSIL rule out* (ASC-H) - Células escamosas atípicas, não podendo afastar lesão de alto grau; adenocarcinoma *in situ* e carcinoma invasor. Vale ressaltar que a classificação Bethesda foi submetida a revisões em 1991, 2001 e 2014. Dessa forma, o uso desses termos não exclui a adição do grau de displasia ou de NIC para citopatologistas que desejam manter essas designações (LUNDBERG, 1989; SOLOMON *et al.*, 2002; NAYAR; WILBUR, 2015; BRASIL, 2016; CHATTERJEE; GILL; RAC, 2017). Diante deste painel, este estudo procurou responder a seguinte questão de pesquisa: quais os resultados de saúde das mulheres atendidas nas consultas de enfermagem para a prevenção do câncer de colo do útero na Casa de Parto Natural Lígia Barros Costa?

Os resultados de saúde compreendem-se por um conjunto inter-relacionado de características que descrevem as consequências da doença para um indivíduo. Isso inclui deficiências, sintomas, funcionamento, participação em atividades e papéis sociais como também a qualidade de vida relacionada à saúde (WARD, 2009). Também se definem por serem os resultados de uma intervenção, na qual os benefícios das intervenções podem evitar o número de hospitalização (BARNSBEE; BARNETT; HALTON; NGHIEM, 2018). Este por sua vez

podem ser medidos clinicamente por meio de exame físico, laboratoriais, e de imagens assim como ser autorrelatados ou observados (OLESKE; ISLAM, 2019).

Portanto, a proposta para o desenvolvimento deste estudo emergiu pelo fato de que enquanto aluna da pós-graduação da Universidade Federal do Ceará e no desenvolvimento do estágio à docência na CPN Lígia Barros Costa, percebi como esta unidade atua como referência na consulta de enfermagem ginecológica, e desenvolve papel fundamental na prevenção, rastreamento, detecção precoce e promoção da saúde, não só referente ao CCU, mas também em relação ao câncer de mama, tendo em vista proporcionar uma melhor qualidade de vida as mulheres que são atendidas.

Todavia, parte significativa do mundo em desenvolvimento possuem resultados de saúde baixos e nenhum país está isento da persistência de profundas desigualdades no estado de saúde. Dessa maneira, os resultados de saúde desejados auxiliam na identificação das restrições dos sistemas de saúde que impedem a expansão efetiva dos serviços (WHO, 2007).

Neste ínterim, verificar os resultados de saúde das mulheres que são atendidas neste serviço se faz relevante, pois permitirá conhecer as condições de saúde desse público, assim como identificar suas características comuns, o que contribuirá no atendimento e seguimento das mesmas, no planejamento das ações de cunho primário e secundário, bem como detectar possíveis falhas e sugerir melhorias para a melhor assistência, prevenção, rastreamento e detecção precoce do CCU. Assim permitirá também a elaboração de melhores intervenções. Diante disso, a melhor medida de desempenho de um sistema de saúde é o seu impacto nos resultados de saúde (WHO, 2007).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) realça que a promoção da saúde deve considerar as particularidades dos indivíduos, grupos populacionais e territórios atentando-se para os determinantes e condicionantes em que os indivíduos vivem (BRASIL, 2018b).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi recentemente atualizada e representa um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento entre outros fatores, realizados por uma equipe multiprofissional em uma área adstrita assumindo responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017b). O enfermeiro merece destaque no quesito Atenção Básica (AB), pois trata-se de um profissional que possui maior contato com a comunidade que desempenha ações de saúde fundamentais para a população, como a consulta de enfermagem, atividades de promoção da saúde, imunização, procedimentos, visitas domiciliares (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016), em

particular no tocante à prevenção, identificação dos fatores de riscos, rastreamento e detecção precoce do CCU (MCILFATRICK *et al.*, 2014).

Vale salientar que o Brasil se configura como um país que está em desenvolvimento, logo construir pesquisas que visem conhecer os resultados de saúde do público assistido com vistas a melhorar a prevenção e a detecção precoce do CCU é importante, não só para a população-alvo mas também para a redução de custos evitando que se tenha a doença. Dessarte, o foco crescente nos resultados da saúde confirma a prioridade dada ao investimento nos determinantes da saúde por meio da promoção da saúde (WHO, 1998).

Ressalta-se que o CCU também se encontra dentro das várias metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável Agenda 2030 das Nações Unidas, referente ao objetivo 3 “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”, especialmente no 3.4 que se refere à redução de mortalidade por doenças não transmissíveis e o objetivo 5 “Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas” (UNITED NATIONS, 2016).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar os resultados de saúde das mulheres atendidas nas consultas de enfermagem para a prevenção do câncer de colo do útero em uma unidade de saúde-escola.

2.2 Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico, fatores hereditários e estilo de vida das mulheres atendidas na consulta de enfermagem;
- Caracterizar o tipo de lesão pré-cancerosa mais prevalente nas mulheres atendidas na consulta de enfermagem;
- Verificar as variáveis associadas à realização da consulta ginecológica para prevenção do câncer de colo do útero;
- Avaliar a acurácia da cervicografia digital, teste de Schiller e citologia convencional para detecção das lesões pré-cancerosas.

3 REVISÃO SISTEMÁTICA

O Brasil apresenta maus resultados de saúde e grandes disparidades sociais. Um dos métodos para melhorar os indicadores nacionais de saúde é abordar os determinantes sociais da saúde (DSS). Os DSS são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como as condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida cotidiana (WHO, 2019). As disparidades de saúde são as diferenças nos resultados de saúde que estão estreitamente associadas às desvantagens sociais, econômicas e ambientais e sendo frequentemente motivadas pelas condições sociais nas quais os indivíduos vivem, aprendem, trabalham e se divertem (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2015).

Realizar a abordagem dos DSS configura-se como uma ferramenta eficaz de abordar as iniquidades em saúde que afetam os resultados de saúde individuais e populacionais, muitos dos quais estão fora do alcance do setor de saúde. Dessa maneira, a análise desses determinantes é importante nas Américas, visto que a iniquidade e a desigualdade na saúde continuam a constituir as principais barreiras dessa Região (PAHO, 2019).

Com o propósito de subsidiar o aprofundamento sobre a temática em pauta foi conduzida uma revisão sistemática de acordo com as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) com o objetivo de resumir as evidências existentes sobre os DSS associados ao rastreamento do CCU na APS.

Estratégia de busca e seleção dos estudos

A busca dos artigos ocorreu em agosto de 2019, por pares, sem restrição de idioma e tempo, nas seguintes bases de dados: MEDLINE (via PubMed), Web of Science, SCOPUS, CINAHL, COCHRANE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Portal BVS.

As estratégias de busca para bases de dados eletrônicas incorporaram o *Medical Subject Headings* (MeSH) e os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): *Cervical Intraepithelial Neoplasia OR Cervical Uterine Neoplasm OR Cervical Cancer AND Primary Health Care OR Primary Healthcare AND Social Determinants of Health OR Health Social Determinant*. A fim de expandir os resultados de busca, foram usadas a linguagem controlada em conjunto com a linguagem natural. A estratégia de busca conforme as bases de dados é descrita no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1. Estratégia de busca das bases de dados. Fortaleza, Ceará, 2019.

MEDLINE (via PubMed)	((("Cervical Intraepithelial Neoplasia" OR "Cervical Uterine Neoplasm" OR "Cervical Cancer")) AND ("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare")) AND ("Social Determinants of Health" OR "Health Social Determinant")
Web of Science	((Cervical Intraepithelial Neoplasia OR Cervical Uterine Neoplasm OR Cervical Cancer) AND (Primary Health Care OR Primary Healthcare) AND (Social Determinants of Health OR Health Social Determinant))
SCOPUS	((("Cervical Intraepithelial Neoplasia" OR "Cervical Uterine Neoplasm" OR "Cervical Cancer") AND ("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare") AND ("Social Determinants of Health" OR "Health Social Determinant"))
CINAHL	(Cervical Intraepithelial Neoplasia OR Cervical Uterine Neoplasm OR Cervical Cancer) AND (Primary Health Care OR Primary Healthcare) AND (Social Determinants of Health OR Health Social Determinant)
COCHRANE	(Cervical Intraepithelial Neoplasia OR Cervical Uterine Neoplasm OR Cervical Cancer) AND (Primary Health Care OR Primary Healthcare) AND (Social Determinants of Health OR Health Social Determinant)
LILACS	Cervical Intraepithelial Neoplasia OR Cervical Uterine Neoplasm OR Cervical Cancer [Palavras] and Primary Health Care OR Primary Healthcare [Palavras] and Social Determinants of Health OR Health Social Determinant [Palavras]
BVS	(tw:(Cervical Intraepithelial Neoplasia OR Cervical Uterine Neoplasm OR Cervical Cancer)) AND (tw:(Primary Health Care OR Primary Healthcare)) AND (tw:(Social Determinants of Health OR Health Social Determinant))

Os resultados da pesquisa foram importados para o gerenciador bibliográfico Mendeley a fim de remover duplicatas e gerenciar as referências a partir dos diferentes estágios da revisão. A seleção dos estudos foi realizada em fases.

Na primeira fase, dois revisores examinaram independentemente os títulos e resumos de estudos potencialmente relevantes que pareciam satisfazer o critério de inclusão.

Na segunda fase, os mesmos revisores leram o texto completo de todos os artigos selecionados de forma independente e excluíram os estudos que não atendiam aos critérios de inclusão. Quaisquer divergências, seja na primeira ou segunda fase, foram resolvidas mediante a discussão e concordância entre os dois revisores. No caso de não conseguir chegar a um consenso, um terceiro revisor foi envolvido para tomar uma decisão final.

Os dados foram categorizados e organizados em um quadro elaborado, contendo os seguintes elementos: referência (país), objetivo, método, principais resultados e conclusão.

Seleção dos Artigos

Por meio da busca nos bancos de dados foram encontrados artigos na MEDLINE/PubMed (6), Web of Science (18), SCOPUS (6), CINAHL (4), COCHRANE (7) e LILACS (1). Não foi encontrado nenhum artigo no portal BVS com a estratégia de busca utilizada. Como resultado obteve-se 42 artigos no total, 15 foram excluídos por estarem repetidos nas bases de dados. Após a triagem pela leitura do título e resumos três artigos foram excluídos, e os demais foram elegíveis para a leitura na íntegra. Destes, oito foram excluídos por não abordarem a temática. Logo, 16 estudos foram incluídos nesta revisão (**Figura 1**).

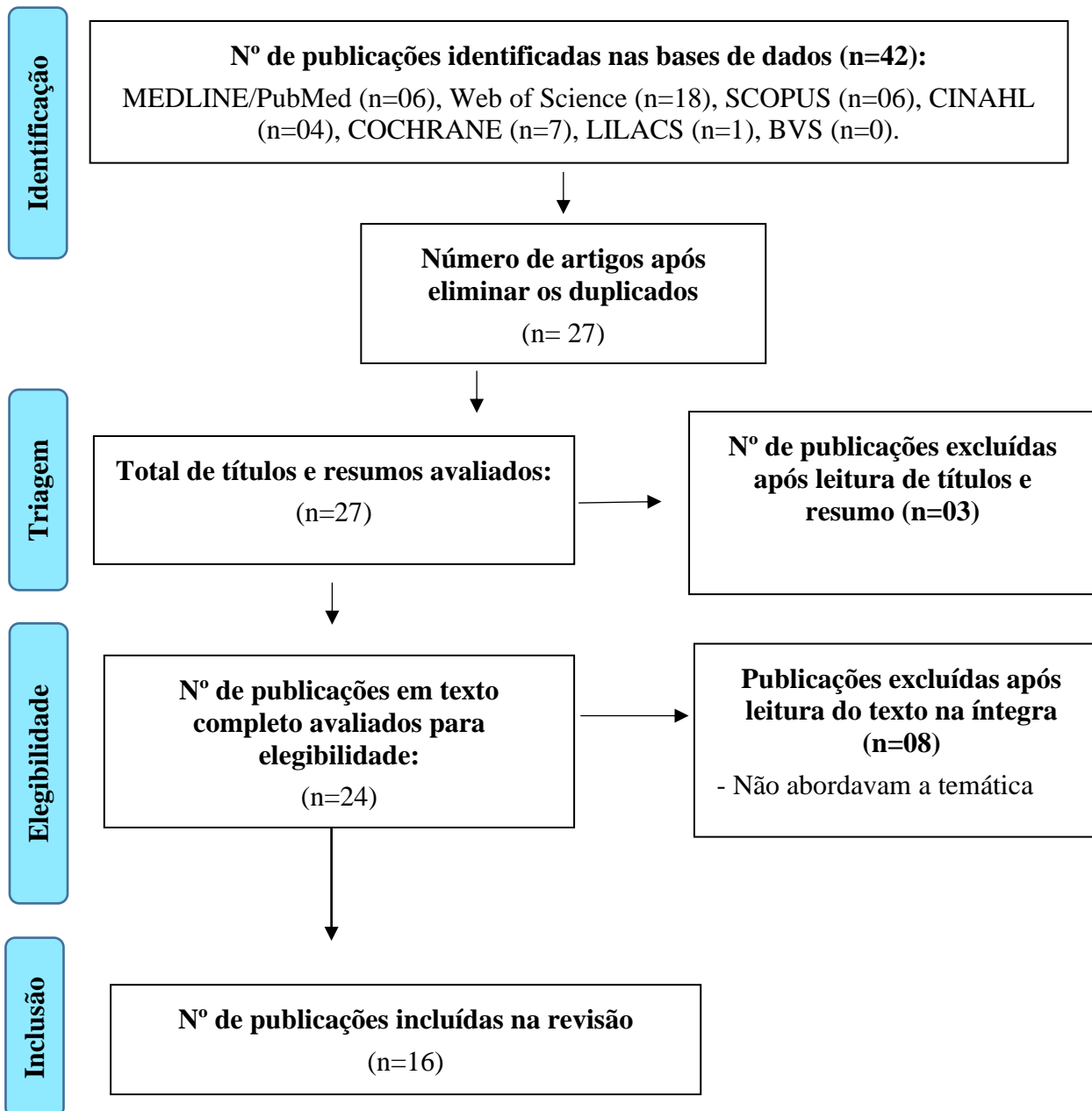


Figura 1 – Diagrama PRISMA da literatura analisada. Fortaleza, Ceará, 2019.

Caracterização dos Artigos Selecionados

A revisão incluiu 16 artigos, dos quais 14 foram publicados em inglês, um em português e um em espanhol entre os anos de 2003 a 2019. O interesse pelo tema ocorreu principalmente por pesquisadores da América do Norte (CHUANG *et al.*, 2019; BUEHLER *et al.*, 2019; LIAW *et al.*, 2018; WOOD *et al.*, 2018; LOFTERS *et al.*, 2017; CLARK *et al.*, 2011; CECÍLIA *et al.*, 2004), América do Sul (VIANA *et al.*, 2019; PAOLINO, SANKARANARAYANAN, ARROSSI, 2013), Europa (THEBAULT *et al.*, 2017; MENVIELLE *et al.*, 2014;

KRISTENSSON *et al.*, 2014; GRILLO; VALLÉE; CHAUVIN, 2012; MATEJIC *et al.*, 2011), América latina (GEISSLER; LEATHERMAN, 2015) e Ásia (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2003).

Todos os estudos (n=16) abordavam o rastreio do CCU. Vale ressaltar que alguns estudos não se detinham exclusivamente ao CCU, mas envolviam outros tipos de rastreios de cânceres como colorretal (CHUANG *et al.*, 2019; BUEHLER *et al.*, 2019; LOFTERS *et al.*, 2017), colón (LIAW *et al.*, 2018) e câncer de mama (LOFTERS *et al.*, 2017; MENVIELLE *et al.*, 2014). Dessa maneira, esses artigos foram incluídos devido à limitação dessa temática na literatura. No Quadro 2 estão resumidas as características descritivas dos estudos:

Quadro 2. Sumário das características descritivas dos artigos incluídos. (N=16). Fortaleza, Ceará, 2019.

Referência (País)	Objetivo	Método - Desenho/Local/População/Amostra/Coleta de dados/Análise dos dados	Principais resultados	Conclusão
Viana <i>et al.</i> , 2019 (Brasil)	Conhecer os DSS, associados com a prevenção secundária do CCU, de 2010 a 2014, nos 62 municípios do estado do Amazonas	Desenho: ecológico transversal Período: 2010 a 2014 Local: Amazonas Amostra: 62 municípios do Amazonas Coleta de dados: baseado nos dados secundários do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ambos do Ministério da Saúde, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) do ano de 2010.1 Análise dos dados: descritiva e inferencial	<ul style="list-style-type: none"> - A cobertura do exame Preventivo para o CCU foi menor nas mulheres da faixa etária de 60 a 64 anos, em todos os anos avaliados. As maiores coberturas do Preventivo em 2010 (13,64% DP+4,19), 2011 (17,78% DP+10,43), 2013 (18,83% DP+ 10,64) e 2014 (22,79% DP+12,44) foram nas mulheres com intervalos de idade entre 35 e 39 anos e, no ano de 2012 (20,71% DP+ 9,72), naquelas de 55 a 59 anos. - A cobertura do exame preventivo nos municípios foi abaixo de 60% em todos os anos analisados, tendo, no máximo, um alcance de cerca de 50%. - A Razão de Cobertura também se apresentou abaixo da meta que é 1, nos anos analisados, confirmando que todas as cidades não atingiram as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde. - Os resultados demonstram uma associação positiva entre a cobertura do exame Preventivo e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Isto significa que quanto maior o IDH, maior a cobertura deste exame. - A Taxa de Analfabetismo em mulheres de 25 anos ou mais teve uma associação negativa 	Estratégias de promoção da saúde voltadas a adesão ao rastreio, devem considerar o baixo nível de escolaridade das mulheres e, por isso, precisam ser desenvolvidas em uma perspectiva que corresponda a literacia em saúde desta população.

			com a Cobertura do Preventivo, em todos os anos analisados, inferindo, assim, que quanto maior o analfabetismo, pior é a adesão ao rastreio do CCU.	
Chuang <i>et al.</i> , 2019 (EUA)	Examinar os fatores organizacionais associados às taxas de rastreamento do CCU e colorretal entre os centros de saúde financiados pela Health Resources and Services Administration (HRSA).	<p>Desenho: documental</p> <p>Período: 2015</p> <p>Local: EUA</p> <p>População: centros de saúde dos EUA totalmente operacionais que receberam financiamento da Seção 330 da HRSA em 2015.</p> <p>Amostra: 984 centros de saúde</p> <p>Coleta de dados: foram extraídos do Uniform Data System de 2015 e do Arquivo de Área de Recursos de Saúde</p> <p>Análise dos dados: regressão binomial negativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 53% das pacientes com idades entre 21 e 65 anos foram rastreadas para o CCU; - As taxas de rastreio variaram amplamente entre os centros de saúde, variando de 1% a 100% para o CCU - As razões profissional-paciente foram significativamente associadas a taxas mais altas de rastreamento do CCU (IRR 1,01, $p < 0,05$) assim como a o status do registro eletrônico de saúde (IRR 1,12, $p < 0,01$ para os estágios 2 ou 3). - A porcentagem de pacientes em situação de rua foi negativamente associada às taxas de rastreamento do CCU (IRR 0,73, $p < 0,01$). - As porcentagens de pacientes hispânicas/latinas e asiática-americanas foram positivamente associadas às taxas de rastreamento do CCU. - A disponibilidade do profissional de cuidados primários foi o único fator contextual significativamente associado às taxas de rastreamento do CCU (IRR 1,01, $p < 0,05$). 	Os formuladores de políticas e os profissionais também podem afetar positivamente o rastreio, incentivando o uso de prontuários eletrônicos de saúde pelo centro de saúde e apoiando os esforços para melhorar as taxas de cuidados primários na relação profissional-paciente. Os esforços para melhorar o rastreio do câncer entre populações carentes devem abordar os fatores organizacionais que podem contribuir para disparidades na captação do rastreio.
Buehler <i>et al.</i> , 2019. (EUA)	Examinar associações entre atributos de vizinhança local e rastreamento de	<p>Desenho: Documental</p> <p>Local: Filadélfia</p> <p>População: residentes da Filadélfia com 1 ou mais visitas durante 2016 a qualquer um dos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quase dois terços das elegíveis para o rastreio do CCU tinham cobertura Medicaid. As mulheres, 65% tinham entre 23 e 39 anos, 16% 40 a 49 e 19% eram de 50 a 64. 	Outros atributos da população em nível de vizinhança que refletem determinantes sociais da saúde não

	CCU e colorretal entre pacientes afro-americanos que recebem atendimento primário em uma rede de Centros de Saúde Federalmente Qualificados (CSFQ) na Filadélfia.	3 CSFQ operados pela Rede de Prática e Aconselhamento Familiar (RPAF). Amostra: 4995 Coleta de dados: atributos individuais foram obtidos de Registros Eletrônicos de Saúde (RES) e incluíram raça/etnia dos pacientes, idade a partir de janeiro de 2016, sexo, cobertura de seguro (Medicare, Medicaid, seguro privado, não segurado, desconhecido) e o local da clínica da RPAF onde receberam atendimento primário. Caracterizamos a população geral no setor censitário em que cada paciente residia, utilizando índices geográficos que refletem DSS. Análise dos dados: descritiva e univariada.	- Aproximadamente um terço da população nos setores censitários em que os pacientes residiam tinham renda familiar abaixo do limiar federal de pobreza e menos de 15% daqueles com idade superior a 25 tinham diploma de bacharel. - 3.760 (75,3%) foram rastreadas. As porcentagens de rastreio foram significativamente maiores entre as mulheres mais jovens do que as mais velhas e entre as que possuíam seguro do que as que não eram seguradas. - Aquelas que vivem em setores com níveis mais altos de segregação racial tinham menos probabilidade de serem rastreadas do que as que não viviam; aquelas que vivem em setores censitários com os níveis mais baixos de pobreza apresentaram porcentagens de rastreio mais baixas do que aquelas que vivem em grupos tercís com níveis mais altos de pobreza; e aquelas que moram em setores com os 2 níveis mais altos de segurança percebida na vizinhança apresentaram porcentagens de rastreio mais baixas do que aquelas que vivem em setores que os residentes consideram os menos seguros.	foram associados a variações na triagem do câncer cervical ou colorretal.
Wood <i>et al.</i> , 2018 (Canadá)	Explorar barreiras e facilitadores para a implementação da autocoleta do HPV em programas canadenses de	Desenho: qualitativo Local: Canadá Período: maio a agosto de 2016 População: prestadores de cuidados de saúde e formuladores de políticas canadenses e internacionais de rastreamento de câncer.	- Os indivíduos que não compareceram rastreio cervical ou enfrentaram barreiras no acesso ao rastreio foram considerados vulneráveis ou com maior risco de desenvolver CCU devido a problemas sociodemográficos, incluindo geografia	De acordo com os prestadores de cuidados de saúde, formuladores de políticas e pesquisadores do

	<p>rastreamento do CCU, na perspectiva de provedores e formuladores de políticas.</p>	<p>Amostra: 19 entrevistas com as partes interessadas no rastreio cervical do Canadá, Dinamarca e Holanda. Os participantes do estudo incluíram 14 mulheres e 5 homens.</p> <p>Coleta de dados: Um guia de entrevista semiestruturado continha quatro perguntas principais: 1) Quais são as razões para as disparidades observadas de CCU entre populações vulneráveis e como elas podem ser abordadas? 2) Quais são as suas opiniões em geral sobre o uso de formatos alternativos de rastreamento do CCU e, em particular, a autocoleta do HPV? 3) Quais são as lacunas de conhecimento na adoção da autocoleta do HPV no programa de rastreamento do CCU em sua província ou região? 4) Quais recursos/mudanças são necessários para a adoção da autocoleta de HPV como parte dos programas de rastreio?</p> <p>Análise dos dados: abordagem interpretativa indutiva</p>	<p>rural/remota/do Norte, etnia, nível de educação, gênero e sexualidade e renda.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como observou um pesquisador, as comunidades indígenas do Norte não apenas enfrentam desafios com os provedores disponíveis, mas também desconfiam do sistema de saúde por causa de seu histórico de colonização. Isso significa que um teste administrado pelo provedor nem sempre é possível. As mulheres dessas comunidades podem não ser capazes de priorizar a saúde preventiva porque podem estar lutando para atender às necessidades básicas, como alimentar suas famílias - Um prestador de cuidados primários enfatizou que os prestadores de serviços geralmente lutam para envolver indivíduos marginalizados por causa de seu sexo ou sexualidade, porque os prestadores de serviços têm medo ou não têm certeza de como realizar o rastreamento do CCU, devido à natureza de gênero do teste. - Mais de um terço dos entrevistados considerou que a natureza invasiva do exame de Papanicolaou também pode impedir a participação de mulheres que sofreram trauma ou abuso sexual. - Os entrevistados tendem a se sentir mais positivos sobre a autocoleta e confiam que o atual corpo de evidência justificaria uma opção de autocoleta para mulheres de difícil acesso como parte de um programa de rastreio 	<p>rastreio do CCU, os programas de rastreio devem entender a população marginalizada que enfrenta barreiras para acessá-lo. Após identificar as populações difíceis de alcançar, estratégias alternativas de rastreamento, Incluindo autocoleta de HPV, pode ser apropriado se a implementação atender aos critérios de programas bem-sucedidos de triagem populacional, incluindo aceitabilidade da população, custo-efetividade, sensibilidade e especificidade suficientes e um programa organizado de chamada/rechamada.</p>
--	---	---	---	---

			<p>cervical. Os médicos eram mais propensos a mostrar apreensão sobre uma opção de autocoleta, sugerindo que esta poderia ser usada se outras opções estivessem esgotadas. Esses entrevistados enfatizaram a importância de um relacionamento entre um participante do rastreio e seu profissional de saúde, e que o rastreio do CCU é um componente do plano geral de assistência. Os formuladores de políticas tendiam a concordar que a autocoleta poderia beneficiar mulheres de difícil alcance, principalmente populações em áreas rurais / remotas ou certas origens culturais, mas que a operacionalização das estratégias requer mais apoio político do que o atualmente disponível.</p>	
Liaw <i>et al.</i> , 2018. (EUA)	<p>Determinar se pacientes provenientes de comunidades com menor renda e educação e maior privação composta dentro de um sistema de saúde (pontos frios) têm piores resultados clínicos, como atendimento inadequado e pior controle de doenças crônicas.</p>	<p>Desenho: Estudo transversal Período: 1 de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2014. Local: Virgínia, Estados Unidos. População: pacientes únicos, com idades entre 18 e 75 anos, com endereço na Virgínia. Amostra: 152.962 pacientes. Coleta de dados: Pesquisa da Comunidade Americana de 2010 para pobreza, educação e o Índice de Privação Social (IDE) e os dados do Departamento de Saúde da Virgínia, da Divisão de Registros Vitais para a expectativa de vida. Para medir a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, usamos os dados do prontuário eletrônico das práticas no período mencionado acima. Análise dos dados: descritiva e inferencial</p>	<p>- As associações ocorreram de maneira mais consistente para a designação de ponto frio de baixa educação, embora nem todas as direções previstas. - Os pacientes eram mais propensos a serem obesos, ter diabetes não controlado e não receberem o rastreamento do câncer de cólon e próstata se vivessem em um ponto frio de baixa educação. Por outro lado, os pacientes eram mais propensos a receber uma vacina contra pneumonia e ser rastreados para o CCU se vivessem em um ponto frio de baixa educação. - As pacientes que vivem em situação de pobreza tiveram maiores chances de fazer rastreamento para o CCU (16%. OR 1.13 IC 1.07-1.19)</p>	<p>Viver em locais frios está associado a piores condições e qualidade crônicas para alguns testes de rastreamento. As práticas podem usar dados da vizinhança para alocar recursos e identificar aqueles em risco de obter resultados ruins.</p>

Lofters <i>et al.</i> , 2017. (Canadá)	Compreender: i) a relação entre os DSS, particularmente a renda e o rastreamento do câncer colorretal, cervical e de mama, e ii) os desafios e as oportunidades de usar os dados dos DSS em uma pesquisa de pacientes auto administrada.	Desenho: pesquisa sociodemográfica voluntária Local: Equipe de Saúde da Família, Ontário, Canadá. Período: 2014 a 2015 População: pacientes da clínica familiar elegível para o rastreio de pelo menos um tipo de câncer (câncer colorretal - 50 a 74 anos de idade; e as mulheres, câncer do colo do útero – 21 a 69 anos e de mama - 50 a 74 anos). Amostra: 5766 pacientes. Coleta de dados: pesquisa concluída em um tablet eletrônico ou em papel e depois transferida para o prontuário eletrônico (PE) pela equipe de funcionários, a fim de obter dados em nível individual sobre os DSS, especificamente status de imigrante, etnia, renda familiar e número de pessoas na residência, orientação sexual, idioma preferido de comunicação e status de moradia. - Para determinar o rastreio do CCU, foram combinados dados da agência provincial com dados do PE. Análise dos dados: descritiva e inferencial.	- Pacientes que concluíram a pesquisa sociodemográfica apresentaram probabilidade significativamente maior de estarem atualizados no rastreamento do câncer colorretal, cervical e de mama do que aqueles que não concluíram a pesquisa sociodemográfica. - Os participantes do estudo tiveram maior probabilidade de estar atualizados no rastreamento do CCU (78,7%) e o menos provável no rastreamento do câncer de colorretal (72,9%), o que também se aplica à população em geral. - As pacientes que estavam atualizadas com o rastreio do CCU eram significativamente mais jovens do que as que estavam atrasadas. - O rastreio foi menos comum entre os pacientes que alugaram uma casa e aqueles que relataram sua moradia como “outra” do que entre os que possuíam uma casa. - Os participantes que vivem abaixo de um limiar de baixa renda indicativo de pobreza e as pessoas que não possuíam suas casas tinham uma probabilidade significativamente menor de serem rastreadas para câncer do que seus pares mais favorecidos.	Nossas experiências destacam considerações importantes para prestadores de cuidados primários e pesquisadores interessados em coletar e intervir no DSS na atenção primária.
Thebault <i>et al.</i> , 2017. (França)	Examinar a relação entre os comportamentos de saúde dos pacientes e as práticas relacionadas aos	Desenho: Transversal Local: França Período: 2008 a 2009 População: médicos de atenção primária e pacientes de 40-74 anos.	- O estudo incluiu os primeiros 52 médicos. A média de idade foi de 55 (± 6) anos, a duração média das consultas 21 ($\pm 4,8$) minutos e o número médio de consultas semanais 92 (± 23).	Embora comportamentos saudáveis sejam quase sistematicamente menos frequentes na parte inferior da escala

	<p>médicos da atenção primária, para determinar se as ações dos médicos ajudam a reduzir - ou aumentar - as desigualdades sociais nos comportamentos de saúde observados entre seus pacientes.</p>	<p>Amostra: 52 médicos e 2599 pacientes (1259 homens, 1340 mulheres)</p> <p>Coleta de dados: para cada médico participante, uma amostra aleatória de 35 homens e 35 mulheres com idades entre 40 e 74 anos foi retirada da lista de pacientes (pacientes que relataram ser seu médico regular). As características dos pacientes foram coletadas dos pacientes e de seus médicos. Cada paciente recebeu um questionário sobre sua situação social e comportamentos de saúde. Simultaneamente e para cada paciente, um pesquisador entrevistou o médico e examinou seus arquivos para determinar as práticas dos médicos relacionadas aos comportamentos de saúde do paciente. Esses dados foram registrados em um formulário.</p> <p>A posição socioeconômica de cada paciente foi avaliada de acordo com três indicadores: ocupação, educação e situação financeira</p> <p>Variáveis de interesse: comportamento de saúde dos pacientes relacionado ao consumo de tabaco e álcool, dieta, atividade física e rastreamento de CCU e câncer de mama. Para cada domínio, foram coletadas práticas relacionadas à promoção e adesão dos pacientes a comportamentos saudáveis.</p> <p>Análise dos dados: descritiva e inferencial</p>	<p>- As análises incluíram os 2599 pacientes (71,4%) para os quais estavam disponíveis os dados do paciente e do médico. A média de idade foi de 53,9 (\pm 9,5) anos e a categoria sócio ocupacional mais frequente foi de gerente (55,0% dos homens e 40,5% das mulheres). A maioria possuía diploma universitário.</p> <p>- A proporção de mulheres não atualizadas para o rastreamento do CCU, aumentou à medida que a posição social diminuiu de acordo com os três indicadores. As informações sobre a data do exame de Papanicolaou foram listadas com menos frequência nos arquivos das trabalhadoras de colarinho azul (trabalho manual) do que das gerentes (OR 0,28, IC 95% (0,08-0,94).</p>	<p>social, as práticas dos médicos de atenção básica com o objetivo de promover esses comportamentos diferem de acordo com o sexo e a posição social do paciente. Nem sempre parecem agir na direção de reduzir as desigualdades sociais, principalmente entre as mulheres. Como essas diferenças de práticas em função da posição social e do sexo dos pacientes são difíceis de serem percebidas diariamente pelos médicos, pode ser útil informá-los dessas desigualdades para que possam considerá-las em seu manejo.</p>
Geissler; Leatherman, 2015. (América Latina)	Este estudo de caso, no qual examinamos a estrutura e a	<p>Desenho: Estudo de caso</p> <p>Local: Argentina, Bolívia, México, Nicarágua e Peru</p>	- As mulheres atendidas têm uma idade média de aproximadamente 40 anos.	O modelo integrado Pro Mujer representa uma abordagem

	<p>composição dos serviços Pro Mujer como um meio de impactar o acesso dos clientes, fornece evidências de como o design de programas de serviços integrados de saúde e microfinanças contribui diretamente para o acesso à saúde.</p>	<p>Período: 2010 a 2012 População: mulheres atendidas no Pro Mujer Coleta de dados: foram usados dados de 2010 a 2012 sobre o desenho de um programa universal de rastreio e serviços de atenção primária prestados em conjunto com empréstimos de microfinanças pela Pro Mujer, uma organização de desenvolvimento de mulheres na América Latina. Análise dos dados: Descritiva</p>	<p>- Na Nicarágua 53,4% das clientes tinham ensino fundamental ou menos e 29% viviam na pobreza, conforme medido por um índice de pobreza. Na Bolívia [2009], 65% das clientes tinham uma renda mensal abaixo da linha de pobreza nacional. Em duas regiões da Argentina, 14% das clientes tinham renda abaixo da linha de pobreza nacional e mais de 90% eram de baixa renda a classe média. No Peru, em 2008, a cliente mediana entrevistada tinha uma despesa familiar mensal superior ao salário mínimo do país, mas não excedendo o das necessidades familiares básicas. Nenhuma informação estava disponível sobre renda ou educação das clientes no México.</p> <p>- De janeiro de 2010 a dezembro de 2012, as clínicas Pro Mujer realizaram um número substancial de exames preventivos para saúde reprodutiva e geral, incluindo 116.407 exames de Papanicolaou (com média mensal de 3234).</p> <p>- Os componentes do programa de saúde Pro Mujer abordam quatro dimensões do acesso à saúde: acessibilidade geográfica, disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade. Melhorou-se a acessibilidade geográfica dos serviços - por meio da co-localização da educação em saúde e da prestação de serviços clínicos nos centros focais. No que se refere a disponibilidade de assistência médica – foi abordada de maneira inovadora, com a entrega direta de serviços</p>	<p>promissora à intervenção precoce por meio da educação em saúde, facilita o acesso aos serviços de saúde primários e permite o rastreio e divulgação com populações de mulheres com alto risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). O número de serviços prestados, particularmente o rastreio para DCNT, demonstrou que a entrega direta de atendimento clínico é geograficamente acessível, acessível e aceitável para um grande subconjunto de clientes.</p>
--	--	---	--	---

			clínicos. A acessibilidade de preços de serviços e produtos de saúde - foi abordada do ponto de vista da oferta, com preços de atenção primária por taxa de serviço projetados para cobrir custos, mas permanecer acessíveis aos clientes. Quanto a aceitabilidade dos serviços de saúde para a população-alvo – foi melhorada com a prestação direta de cuidados.	
Menvielle <i>et al.</i> , 2014. (França)	Investigar a associação entre condições econômicas e o rastreo de câncer de mama e colo uterino, ajustando-se a uma ampla gama de fatores relacionados a fatores sociodemográficos, socioeconômicos e de estilo de vida.	Desenho: Transversal Local: França Período: outubro de 2009 a julho de 2010. População: população de língua francesa Amostra: amostra aleatória em dois estágios: a seleção aleatória dos domicílios e, em seguida, a seleção de um membro do domicílio. Coleta de dados: pesquisa por telefone, coletadas informações sobre comportamentos e atitudes em saúde na população de língua francesa. Análise dos dados: descritiva e inferencial	<p>- Entre as mulheres cobertas pelas recomendações de rastreo do CCU, 17,8% enfrentavam uma condição econômica adversa e 13,3% enfrentavam duas ou mais condições econômicas adversas.</p> <p>- As taxas de rastreamento do CCU caíram de 91,5% entre as mulheres sem qualquer condição econômica adversa para 80,3% entre as mulheres que experimentaram duas ou mais condições econômicas adversas.</p> <p>- Foi relatada uma forte associação entre a captação do rastreo e a situação econômica: as mulheres confrontadas com 1 (OR 0,64, 0,46-0,88) ou duas e mais condições econômicas adversas (OR 0,66, 0,42-1,03) apresentaram menor probabilidade de relatar rastreo do CCU, apesar de a OR ter sido limítrofe significativa entre as mulheres mais carentes economicamente ($p = 0,06$).</p>	Desigualdades sociais no uso do rastreamento cervical, ainda foram observadas na França em 2010. O alívio das barreiras econômicas ao rastreo de câncer de mulher deve ser uma prioridade na implementação de futuros programas.

			- O rastreio foi menos frequente entre as mulheres que vivem sem companheiro, nascidas na Europa, inativas e com sobrepeso e foi mais frequente entre as mulheres que moravam na região de Paris, trabalhavam por conta própria e possuíam ensino médio completo.	
Kristensson <i>et al.</i> , 2014 (Dinamarca)	Identificar preditores demográficos e socioeconômicos da não participação no rastreio cervical na Dinamarca e avaliar a influência do uso de cuidados de saúde na participação do rastreio.	<p>Desenho: Estudo de registro populacional</p> <p>Local: Dinamarca</p> <p>Período: 1º de janeiro de 2002 a 31 de dezembro de 2006.</p> <p>População: mulheres de 25 a 54 anos em 1º de janeiro de 2002, vivendo na Dinamarca durante os próximos 5 anos e sem histórico de histerectomia total. N = 1.052.447</p> <p>Amostra: 183 490 mulheres</p> <p>Coleta de dados: Dados do Registro Central da População, do Patobank nacional e estatística dinamarquesa.</p> <p>Análise dos dados: descritiva, inferencial e multivariada</p>	<p>- No total, 183.490 (17,4%) mulheres não realizaram o teste durante o período de 5 anos observado. As não participantes eram mais frequentemente não casadas e de nacionalidade estrangeira. Além disso, eram mais velhas, tinham menor nível de escolaridade e tinham menos contato com serviços odontológicos, clínicos gerais e especialistas. A associação com os dias nos hospitais foi menos direta.</p> <p>- A maioria das mulheres tinha entre 50-54 anos (19,9%); eram casadas (52,4%); O OR mutuamente ajustado da não participação aumentou com a idade, usando 25 a 29 anos como base.</p> <p>- Mulheres de 30 a 34 e 35 a 39 anos tiveram ORs de 1,13 (IC95%: 1,11-1,15) e 1,15 (IC95%: 1,13-1,17), respectivamente. Mulheres de 40 a 44 anos, 45 a 49 e 50 a 54 anos tiveram ORs de 1,27 (IC95%: 1,24-1,29), 1,80 (IC95%: 1,77-1,84) e 1,98 (IC95%: 1,95-2,02), respectivamente. A OR ajustada mutuamente da não participação foi de 1,49 (IC 95%: 1,47-1,51) para mulheres não casadas em comparação com mulheres</p>	Se uma maior participação no rastreio puder ser alcançada na Dinamarca apenas para mulheres com ensino fundamental e com contato limitado ou inexistente com os cuidados de saúde primários, pode-se esperar uma disparidade social diminuída na incidência de CCU. Isso poderia potencialmente resultar em uma redução nacional de longo prazo na incidência e mortalidade do CCU em um país que ainda possui uma carga bastante alta dessa doença.

			<p>casadas e 1,32 (IC 95%: 1,29-1,34) para imigrantes / descendentes em comparação com mulheres dinamarquesas.</p> <p>- A OR ajustada mutuamente da não participação foi maior apenas para mulheres com ensino fundamental, em 1,53 (IC 95%: 1,50-1,56), em comparação com mulheres com educação de secretariado ou de vendas. Utilizando a mesma linha de base, mulheres com ensino médio / superior e acadêmico, apresentaram ORs ajustadas de 0,94 (IC 95%: 0,92-0,96) e 0,90 (IC 95%: 0,88-0,92), respectivamente. O OR mutuamente ajustado da não participação de mulheres com 0 a 1 contatos com um clínico geral foi de 1,75 (IC 95%: 1,74 a 1,77) em comparação com mulheres com mais de um contato. Em relação aos contatos com especialistas, a OR ajustada mutuamente da não participação foi de 1,14 (IC 95%: 1,12-1,16) para mulheres que tiveram 0 a 1 contatos, em comparação com aquelas que tiveram mais de um contato.</p>	
<p>Paolino, Sankaranarayanan, Arrossi, 2013 (Argentina)</p>	<p>Determinar a magnitude e os motivos do abandono do processo diagnóstico e tratamento de mulheres com citologia anormal, bem como a relação</p>	<p>Desenho: transversal retrospectivo</p> <p>Local: sistema de saúde pública de Florencio Varela em que possui 36 centros de APS, um Hospital Geral com laboratório de citologia e patologia e um serviço de patologia cervical e um centro de diagnóstico e tratamento em uma das APS. Rastreio, diagnóstico e tratamento são gratuitos.</p> <p>Período: realizada no ano de 2009 a 2011.</p>	<p>- Magnitude do abandono: Havia 376 mulheres com Papanicolaou anormais tratadas no sistema público do município, das quais 34% tiveram lesões de alto grau ou mais. A análise das fontes secundárias mostrou que para 70% das mulheres não havia registro de diagnóstico ou tratamento.</p> <p>- Das 376 mulheres com Papanicolaou anormal, 221 foram entrevistadas e todas concordaram em responder à pesquisa.</p>	<p>Os resultados mostram que, para dar uma resposta - do sistema de saúde - ao problema do abandono do processo de diagnóstico e tratamento de mulheres com lesões pré-cancerosas, é necessário incorporar a</p>

	<p>entre as características socioeconômicas da mulher e esse abandono.</p>	<p>População: mulheres com 18 anos ou mais de idade, atendidas em instituições públicas do município entre 1 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2011 e que registraram Papanicolaou anormal. A idade máxima dessas mulheres era de 83 anos. Mulheres com menos de 18 anos, aquelas que registraram Papanicolaou anormal antes de 2009 ou que receberam tratamento antes desse ano foram excluídas do estudo.</p> <p>Amostra: 326, no entanto só foram entrevistadas 221</p> <p>Coleta de dados: análise de fontes secundárias e entrevistas domiciliares com mulheres com Papanicolaou anormal visto no sistema público municipal de 2009-2011.</p> <p>Foi construído um banco de dados exclusivo, no qual foram registrados os dados de contato das mulheres, ano e localização do Papanicolau inicial, grau da lesão detectada, data e resultado da biópsia e tratamento. Todas as mulheres foram visitadas para realizar uma pesquisa baseada em questionário estruturado</p> <p>Análise dos dados: descritiva, inferencial, univariada e multivariada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Das mulheres entrevistadas (221), 48 abandonaram o processo e 173 não. - Do número total de mulheres com informações sobre acompanhamento e tratamento ($n^{\circ} = 263$), observou-se que 48 mulheres (18,3%) haviam abandonado (abandono confirmado), 209 (79,4%) haviam continuado e 6 (2,3%) haviam falecido. - 50% das mulheres que abandonaram, eram donas de casa e 39,6% eram trabalhadoras não registradas. - Superlotação ($\chi^2 = 5,54$; $p = 0,019$) e presença de crianças menores de 5 anos ($\chi^2 = 6,86$; $P = 0,009$) foram variáveis associadas ao abandono. As mulheres que moravam em domicílios superlotados tinham 2,9 vezes mais chances de sair do que aquelas que moravam em domicílios sem superlotação (IC 95%: 1,2-7,3) e as que residiam em domicílios com crianças menores de 5 anos tinham 2,4 vezes mais chances de sair do que aquelas que moravam em domicílios sem filhos menores de 5 anos (IC95%: 1,2-4,8). - O local onde o Papanicolau foi realizado esteve associado ao abandono ($\chi^2 = 10,25$; $p = 0,001$). As mulheres que realizaram a Papanicolaou na APS tiveram 4,6 vezes mais chances de desistir do que as que fizeram no hospital (IC95%: 1,7-11, 8). - Determinantes sociais do abandono do cuidado: Na regressão logística univariada, as variáveis associadas ao abandono foram: 	<p>perspectiva das desigualdades sociais e de gênero. Isso inclui o desenvolvimento de estratégias para apoiar as mulheres. A referência do primeiro ao segundo nível de atenção dificulta a continuidade do processo de diagnóstico/tratamento.</p>
--	--	---	--	--

			status ocupacional (trabalhadoras não registradas x trabalhadoras registradas: RP: 4,6; IC95%: 1,1-21,5 e donas de casa x Trabalhadoras registradas: RP: 5,0; IC95%: 1,1-22,9), superlotação (RP: 2,8; IC95%: 1,2-6,6), presença de crianças menores de 5 anos no domicílio (RP: 2,4; IC95%: 1,2-4,8), local de Papanicolau anormal inicial (PAC x hospital: RP: 4,5; IC95%: 1,7-11,8) e ano de Papanicolau inicial anormal (2009 x 2011: RP: 3,2; IC95%: 1,4-7,7).	
Grillo; Vallée; Chauvin, 2012 (França)	Examinar as características demográficas, socioeconômicas e relacionadas à saúde, potencialmente associadas à nunca ter sido submetida ao rastreamento do CCU na área metropolitana de Paris; - Examinar se a densidade do médico e/ou o tipo socioeconômico do bairro de residência afetam a participação no rastreio cervical,	Desenho: Transversal Local: Paris Período: ano de 2005. População: população de língua francesa adulta na área metropolitana de Paris. Amostra: foi utilizado uma partição geográfica da área metropolitana de Paris, especificamente, a menor área unitária disponível no sistema de dados estatísticos da França (cada bairro tem aproximadamente 2000 habitantes). Foi usado o procedimento Surveyselect (SAS® V9.1) para selecionar aleatoriamente 50 bairros (sobre-representando os bairros mais pobres). Em seguida, selecionou-se aleatoriamente os domicílios em cada bairro. Por fim, os entrevistados foram selecionados pelo método de aniversário. A amostra final consistiu 1828 mulheres. Coleta de dados: Um questionário contendo inúmeras questões demográficas, sociais e	- A grande maioria das mulheres teve pelo menos um rastreio de CCU na vida, mas 9,7% delas não tinham. Estas últimas eram mais jovens, sem filhos, sem relacionamento estável no momento da pesquisa, estrangeiras ou francesas nascidas de pelo menos um dos pais estrangeiros. Elas também tinham um status socioeconômico mais baixo e a maioria delas vivia em bairros de classe baixa. - As maiores proporções de pessoas que nunca fizeram rastreio estavam entre aquelas com assistência médica gratuita para indivíduos de baixa renda ou aquelas que não tinham nenhum seguro suplementar voluntário. - Apenas 3,8% das mulheres com consultoria regular em APS ginecológica afirmaram nunca ter tido um teste de rastreio de CCU, contra 29% das outras ($p<0,001$). - As que nunca fizeram rastreio também foram mais frequentes entre as que declararam não ter um problema de saúde	Beneficiar-se de uma consultoria regular na APS ginecológica não parecia reduzir todas as desigualdades sociais na prática do rastreio do CCU.

	<p>após o controle de fatores individuais;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explorar se levar em consideração a consulta regular das mulheres na atenção primária à saúde ginecológica modifica os determinantes associados ao nunca rastreo. 	<p>relacionadas à saúde foi aplicado pessoalmente durante as visitas domiciliares. Análise dos dados: descritiva, inferencial e multivariada.</p>	<p>grave, que não tinham ninguém em seu círculo com câncer ou que declararam que, se tivessem câncer, prefeririam saber o mais tarde possível.</p> <ul style="list-style-type: none"> - As duas razões apontadas com mais frequência para nunca ter sido submetido a um teste de rastreo do CCU foram a sensação de que esse teste não é necessário ou preciso e/ou que estava tudo bem (70,2%), e o fato de ninguém ter proposto a elas (51,8%). - As mulheres que moravam em bairros de classe média e baixa tinham maior probabilidade de nunca ter tido um rastreo de CCU, mas não foi encontrada associação significativa com a densidade dos médicos do bairro. - Características associadas ao nunca rastreo eram diferentes entre mulheres com e sem consultoria regular na APS ginecológica. As mulheres sem consultoria regular na APS ginecológica que moram nos bairros de classe baixa tiveram maior probabilidade de nunca serem rastreadas. 	
Clark <i>et al.</i> , 2011 (EUA)	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os correlatos sociais do rastreo inicial do exame de Papanicolaou entre as mulheres negras (ou seja, quais DSS foram importantes barreiras ao rastreo 	<p>Desenho: Intervenção Local: Boston, Massachusetts Período: janeiro de 2002 a fevereiro de 2007 População: mulheres elegíveis do Projeto de Demonstração de Saúde da Mulher, de 18 a 75 anos residentes em Boston, Massachusetts, que não estavam grávidas no momento da inscrição e que se identificaram como negras ou de origem africana e que</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 85% das participantes do estudo declararam ter feito um exame de Papanicolaou nos 2 anos antes de entrarem no estudo. As mulheres eram mais propensas a relatar um exame de Papanicolaou recente na entrada do estudo se fossem mais jovens (18 a 49 anos), tivessem apoio social para cuidar de crianças, tivessem acesso ao transporte e não tivessem preocupações com a habitação, inclusive 	<p>A exposição ao gerenciamento de casos foi associada ao rastreo regular do exame de Papanicolaou entre mulheres que se envolveram recentemente no rastreo. Pesquisas</p>

	<p>na linha de base antes do início da intervenção de gerenciamento de casos?);</p> <ul style="list-style-type: none"> - avaliar até que ponto a exposição do manejo de casos foi associada a uma maior aderência às diretrizes de rastreamento do exame de Papanicolaou; - avaliar em que medida a exposição do manejo de casos foi associada a um acompanhamento oportuno e clinicamente adequado dos resultados anormais encontrados no rastreio por Papanicolaou. 	<p>apresentavam alto risco de rastreamento e acompanhamento inadequado do exame de Papanicolaou.</p> <p>Amostra: 732 mulheres</p> <p>Coleta de dados: realizada por meio de dois questionários: Questionário de Saúde da Mulher (QSM) e o Questionário de Estudo (QE).</p> <p>Análise dos dados: descritiva e inferencial</p>	<p>enfrentando despejos. Além disso, as mulheres eram mais propensas a relatar um exame de Papanicolaou recente se a sua autoavaliação da saúde fosse excelente, se tivessem um provedor clínico regular, seguro suplementar privado e estivessem satisfeitas com a comunicação com seus provedores.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fatores que foram barreiras para a realização de um exame de Papanicolaou recente incluíam: a falta de um profissional clínico regular, a preocupação de se comunicar com profissionais clínicos, ter uma autoavaliação de saúde ruim e a baixa escolaridade. - Entre os participantes devidos ao rastreio de Papanicolaou durante o estudo (n = 578), as mulheres com maiores anos de exposição à intervenção de gerenciamento de casos tiveram maior probabilidade de obter o rastreio de Papanicolaou em intervalos recomendados do que as mulheres com menos anos de exposição ao gerenciamento de casos. Apenas 45% das mulheres (n = 21 de 47 mulheres) obtiveram rastreio recomendado se estivesse exposta à intervenção de gerenciamento de caso por 1 ano ou menos, em comparação com 74% das mulheres (n = 184 de 249 mulheres) com 4 ou mais anos de exposição (p <0,001). O gerenciamento de casos pareceu beneficiar as mulheres que relataram um recente exame de Papanicolaou na linha de base. 	<p>futuras devem se concentrar em mudanças nos sistemas para abordar os DSS, incluindo estratégias para facilitar o rastreio para mulheres negras sem apoio social para cuidar de crianças. Para melhorar o acompanhamento de resultados anormais, o acesso financeiro aos cuidados deve ser abordado.</p>
--	---	---	---	--

			- Entre as mulheres com um exame de Papanicolaou recente no início (n = 481), a porcentagem de mulheres com exames de Papanicolaou em intervalos recomendados aumentou de 52% para 80% (p <0,01) com crescente exposição ao gerenciamento de casos.	
Matejic <i>et al.</i> , 2011. (Sérvia)	Desenvolver um modelo de comportamento de rastreamento do CCU de mulheres sérvias, a fim de elaborar estratégias educacionais e motivacionais eficazes.	<p>Desenho: Caso-controle</p> <p>Local: quatro instituições públicas de APS na capital da Sérvia, Belgrado</p> <p>Período: fevereiro a março de 2008</p> <p>População: grupo caso constituiu-se de mulheres de 18 a 70 anos, que demonstraram uma iniciativa de visitar os ginecologistas com solicitação de exame de Papanicolaou sem sintomas e queixas ginecológicas. A continuidade em exames ginecológicos anteriores foi um critério de inclusão adicional (pelo menos dois exames de Papanicolaou nos últimos 4 anos). O grupo controle compreendeu mulheres que eram pacientes no departamento de clínica geral durante o período do estudo e combinaram com mulheres no grupo de estudo por idade (± 2 anos), escolaridade e estado civil. O critério de inclusão para o grupo controle foi a ausência de Papanicolaou nos últimos 4 anos.</p> <p>Amostra: 267 mulheres no grupo caso e 267 no grupo controle.</p> <p>Coleta de dados: questionário autoaplicável de 62 itens. Este coletou informações</p>	<p>- A população do estudo consistiu principalmente de meia-idade (faixa etária: 35 a 54 anos) (47,2%) e mulheres casadas (69%), com o ensino médio (12 anos de educação formal) 58%. Nos dois grupos, aproximadamente três quartos (72%) das mulheres tiveram filhos (OR = 0,9, IC 95%: 0,7-1,4).</p> <p>- Não houve diferenças significativas entre o grupo de estudo e controle em relação ao status de emprego e ocupação. As mulheres do grupo de estudo, quando comparadas com as do grupo controle, apresentaram probabilidade significativamente maior de relatar ter melhor status financeiro (OR = 6,9, $p = 0,001$) e status satisfatório de casa própria (OR = 1,7, $p = 0,028$) do que os controles.</p> <p>- As mulheres do grupo de estudo foram significativamente mais frequentemente apresentadas aos ginecologistas da instituição de saúde primária (OR = 1,8, $p = 0,046$), enquanto os controles escolheram uma variedade de configurações para seus exames irregulares. O grupo caso não demonstrou vies de gênero ao selecionar um</p>	Comunicação aberta, disponibilidade de ginecologistas do sexo feminino, redes sociais de apoio e melhoria do status socioeconômico das mulheres em nossa sociedade são os fatores mais proeminente que influenciam a apresentação das mulheres no rastreio do CCU. Como a maioria desses fatores está principalmente fora do domínio dos serviços de saúde, eles exigem colaboração multissetorial para melhorar a saúde reprodutiva das mulheres.

		<p>demográficas e dados sobre o conhecimento, atitudes e práticas das mulheres em relação ao câncer e rastreamento do colo do útero.</p> <p>Análise dos dados: descritiva, inferencial e univariada.</p>	<p>ginecologista, enquanto os controles tiveram preferências de gênero, preferindo principalmente ginecologistas do sexo feminino (OR = 1,5, $p = 0,023$). Uma proporção significativamente maior de mulheres do grupo de estudo acreditava que a frequência necessária para o exame de Papanicolaou é pelo menos uma vez por ano, ou com mais frequência, do que os controles que argumentavam por apresentações menos frequentes (OR = 6,3, $p = 0,010$).</p> <p>- As participantes do grupo de estudo foram significativamente mais capazes de estimar seu próprio risco de contrair CCU (OR = 3,6, IC 95%: 2,2-5,8). Elas eram mais propensas do que os membros do grupo de controle a relatar que seu próprio risco era alto ou muito alto (OR = 3,7, IC 95%: 2,1-6,6), que o CCU pode ser assintomático (OR = 1,9; IC95%: 1,3-2,7); que mulheres saudáveis devem ser rastreadas regularmente (OR = 3,8; IC95%: 2,4- 5.9) e que, se o CCU for diagnosticado e tratado nos estágios iniciais, ele poderá ser curado (OR = 1,7, IC 95%: 1,2-2,5). Embora a maioria das mulheres nos dois grupos tenha declarado ser importante que as mulheres de sua idade sejam submetidas ao rastreamento do CCU, as participantes do grupo de estudo eram mais propensas a fazer essa afirmação (OR = 6,6; IC95%: 3,0-14,2)</p> <p>- De acordo com a análise multivariada, os seguintes fatores foram significativamente</p>	
--	--	--	---	--

			relacionados à adesão às práticas de rastreamento do CCU: melhor situação financeira autorreferida (OR = 10,8, $p = 0,001$), sem preferência de gênero por um ginecologista (OR = 3,1, $p = 0,015$), consultas com um ginecologista sobre prevenção do CCU (OR = 4,7, $p = 0,029$), conversar com mulheres diagnosticadas com CCU (OR = 2,8, $p = 0,029$) e receber informações sobre o CCU e rastreio mediante maior exposição na mídia (OR = 5,0, $p = 0,004$).	
Cecília <i>et al.</i> , 2004. (México)	Determinar os fatores socioculturais para que mulheres de 25 a 65 anos, da área de responsabilidade da Unidade de Medicina de Família (UMF) N° 28, não procurem oportunamente a detecção do CCU.	Desenho: Transversal Local: fevereiro 2002 População: mulheres de 25 a 65 anos com residência nas áreas de responsabilidade da UMF N° 28. Amostra: 105 mulheres Coleta de dados: As mulheres foram visitadas em casa para a aplicação da pesquisa por meio de entrevista, para que pudesse ser aplicada às pessoas analfabetas. Análise dos dados: descritiva	<p>- Das mulheres pesquisadas, 25% nunca compareceram ao teste de rastreamento do câncer cervical; e o restante apenas uma vez, com um intervalo de tempo de 3 a 27 anos.</p> <p>- A escolaridade com o maior percentual era primária em 36%, assim como a prática da religião católica em 91%. O estado civil que prevaleceu foi casado com 67%; 67% dedicadas ao lar; Das 35 mulheres que trabalham fora de casa, 80% recebem remuneração econômica de nível médio, predominando as que trabalham no turno da manhã. Do total de mulheres pesquisadas, 75% possuem um serviço de saúde prestado pelo Instituto Mexicano de Seguridade Social.</p> <p>- Quanto aos aspectos culturais e psicológicos das mulheres, verificou-se que 70% disseram sentir vergonha do exame; 63% relataram sofrimento e 36% disseram acreditar que poderia ser doloroso; 21% acreditam que realizá-lo pode causar uma infecção, 75%</p>	O aspecto socioeconômico não foi considerado uma barreira para a realização do teste de detecção; no entanto, os aspectos psicológicos e de reconhecimento são as principais barreiras para as mulheres que não buscam a detecção precoce do CCU.

			<p>dizem que seu parceiro concorda em fazer essa detecção. 34% das mulheres disseram que a dúvida sobre conhecer o resultado do teste é angustiante</p> <p>- Das mulheres que compareceram à triagem, cinco disseram ter sido negadas serviços, quatro por não possuir seguridade social e uma por falta de material.</p>	
<p>Sankaranarayanan <i>et al.</i>, 2003. (Índia)</p>	<p>Descrever alguns dos fatores relacionados à aceitabilidade da triagem da IVA e ao atendimento das mulheres convidadas, tanto no exame inicial de rastreio quanto no diagnóstico e tratamento.</p>	<p>Desenho: Ensaio Clínico Controlado Randomizado (ECCR) Período: não retrata Local: Distrito de Dindigul, Índia. População: as mulheres com idade entre 30 e 59 anos em 113 grupos no distrito de Dindigul foram randomizadas para o rastreio IVA por enfermeiras, para o grupo intervenção (57 grupos, 48.225 mulheres elegíveis) e para um grupo controle (56 grupos, 30.167 mulheres). Amostra: 30557 mulheres de diferentes regiões. Coleta de dados: No momento da enumeração, o estudo foi explicado, e informações sobre fatores de risco, prevenção, detecção precoce e tratamento do CCU para todas as mulheres elegíveis. Uma trabalhadora de saúde administrou um questionário individual estruturado para coletar informações sociodemográficas e reprodutivas variáveis. O grupo de intervenção recebeu uma única rodada de IVA por enfermeiras treinadas, enquanto as</p>	<p>- Mulheres mais jovens, casadas, multíparas, educadas e de baixa renda e aquelas que tiveram esterilização tubária para controle de natalidade tiveram maior adesão ao rastreio. - Mulheres jovens, mulheres que praticaram alguma forma de contracepção e aquelas com lesões precursoras de alto grau e câncer invasivo tiveram maior probabilidade de aderir ao tratamento.</p>	<p>Mulheres aceitam rastreio com IVA por enfermeiros (bem como colposcopia e crioterapia), e que um nível moderado de conformidade com o rastreio e o tratamento pode ser alcançada através de mecanismos adequados de prestação de serviços, incluindo atividades de educação em saúde, convites pessoais, clínicas em proximidade com a população-alvo e, testando, diagnosticando e tratamento na mesma sessão. Integração de triagem atividades nos serviços primários de saúde podem ter</p>

		mulheres do grupo controle receberam os cuidados usuais. Análise dos dados: descritiva, inferencial e multivariada		essencial replicar a maioria dessas condições de prestação de serviços programas de rotina
<p>* DSS, Determinantes Sociais da saúde; SISCOLO, Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero; SIAB, Sistema de Informação da Atenção Básica; IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; PNUD, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; DP, Desvio Padrão; IDHM, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; IDH, Índice de Desenvolvimento Humano; HRSA, Health Resources and Services Administration; IRR, <i>Incidence Rate Ratios</i>; CSFQ, Centros de Saúde Federalmente Qualificados; RPAF, Rede de Prática e Aconselhamento Familiar; RES, Registros Eletrônicos de Saúde; IDE, Índice de Privação Social; IC, Intervalo de Confiança; OR, <i>Odds Ratio</i>; PE, Prontuário Eletrônico; QSM, Questionário de Saúde da Mulher; QE, Questionário de Estudo; ECCR, Ensaio Clínico Controlado Randomizado; UMF, Unidade de Medicina de Família.</p>				

A idade estava associada ao rastreio do CCU, sendo as mulheres jovens mais atualizadas quanto ao rastreio do que as com idade mais avançada. Além disso, a cobertura é menor em mulheres de 50 a 64 anos (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2003; CLARK *et al.*, 2011; LOFTERS *et al.*, 2017; VIANA *et al.*, 2019; BUEHLER *et al.*, 2019). Dessa forma, as mulheres com idade entre 45 e 54 anos e com probabilidade de ficar ou se tornar peri ou pós-menopausada têm maior probabilidade a desenvolver o CCU do que as mulheres abaixo dessa idade devido a essa conjugação de fatores (KRISTENSSON *et al.*, 2014). Todavia, um estudo desenvolvido na França apontou que mulheres que não tinham rastreio do CCU na vida eram mais jovens, divergindo dos estudos anteriores (GRILLO; VALLÉE; CHAUVIN, 2012).

A não participação do rastreio aumentou nas mulheres sem relacionamento estável (GRILLO; VALLÉE; CHAUVIN, 2012; KRISTENSSON *et al.*, 2014; MENVIELLE *et al.*, 2014). Ratificando tal fato, na pesquisa realizada na Índia, as mulheres casadas apresentaram maior adesão ao rastreio do CCU (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2003). A não participação também estava relacionada ao fato de ser estrangeiras (GRILLO; VALLÉE; CHAUVIN, 2012; KRISTENSSON *et al.*, 2014), no entanto, no estudo realizado no EUA as mulheres hispânicas/latinas e asiáticas americanas tiveram maior adesão ao rastreamento (CHUANG *et al.*, 2019).

Na educação também existe uma correlação, uma vez que percebe-se uma associação direta entre o nível de escolaridade e a adesão ao rastreio do CCU, quando menor o nível de educação menor o rastreio (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2003; CLARK *et al.*, 2011; WOOD *et al.*, 2018; VIANA *et al.*, 2019). Em Paris, por exemplo, o rastreio era mais frequente em mulheres que possuíam ensino médio completo, em comparação as que não tinham (MENVIELLE *et al.*, 2014). Discordando desse achado, em uma pesquisa realizada na Virgínia, mulheres com menor nível de escolaridade tinham maior propensão ao rastreio do CCU (LIAW *et al.*, 2018) e na Dinamarca o rastreio apresentou-se alto para aquelas que possuem apenas o ensino fundamental e baixo para professores, enfermeiros e pessoas com formação acadêmica (KRISTENSSON *et al.*, 2014).

A renda também mostrou associação, pois quanto menor a renda menor a participação no rastreio (GRILLO; VALLÉE; CHAUVIN, 2012; LOFTERS *et al.*, 2017; BUEHLER *et al.*, 2019; BUEHLER *et al.*, 2019), contrário a esse achado, nas pesquisas realizadas na Índia e na Virgínia, as mulheres que vivem em situação de baixa renda apresentaram maiores chances de realizar o rastreio (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2003; LIAW *et al.*, 2018). Na pesquisa realizada na Sérvia, as mulheres do grupo de intervenção (presença de 2 exames de

Papanicolaou nos 4 anos) relataram melhor status financeiro comparado ao grupo controle (ausência do Papanicolaou nos últimos 4 anos) (MATEJIC *et al.*, 2011). Ressalta-se que o IDH está fortemente associado a cobertura do exame de Papanicolaou, uma vez que quanto maior este indicador, maior a cobertura (VIANA *et al.*, 2019).

As mulheres que moram em bairros de classe baixa apresentaram maior probabilidade de nunca ter realizado o rastreio do CCU (GRILLO; VALLÉE; CHAUVIN, 2012), as que não possuíam casa própria também tiveram probabilidade menor de serem rastreadas (LOFTERS *et al.*, 2017). As mulheres eram mais propensas a ter exame de Papanicolaou recente se não tivessem preocupação com a habitação, especialmente no enfrentamento de despejo (CLARK *et al.*, 2011). Na pesquisa da Sérvia citada anteriormente, as mulheres do grupo de intervenção apresentavam status satisfatório de casa própria comparado ao controle (MATEJIC *et al.*, 2011). Outro fator que merece ser enfatizado é que as mulheres que tiveram o exame de Papanicolaou com resultado anormal que abandonaram o acompanhamento, moravam em domicílios superlotados (PAOLINO; SANKARANARAYANAN; ARROSSI 2013).

A proporção de mulheres não atualizadas para o rastreamento do CCU associou-se com a diminuição da posição social. As informações sobre o exame de Papanicolaou foram menores nos arquivos das trabalhadoras manuais do que das gerentes (THEBAULT *et al.*, 2017). Em Paris o rastreio foi mais frequente em mulheres que trabalhavam por conta própria (MENVIELLE *et al.*, 2014). Convém ressaltar que, no estudo realizado na Argentina, a maior carga de trabalho doméstica estava associada ao abandono do tratamento do CCU (PAOLINO; SANKARANARAYANAN; ARROSSI, 2013).

As mulheres eram mais propensas a relatar o exame de Papanicolaou recente se tivessem apoio social para cuidar das crianças (CLARK *et al.*, 2011), além disso a presença de crianças menores de 5 anos estava associada ao abandono do tratamento do CCU (PAOLINO; SANKARANARAYANAN; ARROSSI, 2013), por outro lado o estudo realizado na França apontou que mulheres sem filhos não apresentavam rastreio (GRILLO; VALLÉE; CHAUVIN, 2012).

Em sua maioria, as mulheres que não dispunham de seguro-saúde não realizaram exame de rastreio (GRILLO; VALLÉE; CHAUVIN, 2012) sendo, dessa forma, mais propensas a ter um exame de Papanicolaou as que tivessem um seguro (CLARK *et al.*, 2011; BUEHLER *et al.*, 2019). Já no México as que compareciam ao serviço não possuíam seguridade social (CECÍLIA *et al.*, 2004).

Em relação ao estudo realizado na Argentina, com o intuito de conhecer os fatores de abandono do tratamento do CCU, as mulheres que realizaram o Papanicolaou na APS tiveram 4,6 vezes mais chances de abandonar o tratamento do que as que fizeram no hospital (PAOLINO; SANKARANARAYANAN; ARROSSI, 2013).

Um fato que deve ser considerado é que a não participação do rastreio estava fortemente associada a um contato limitado ou inexistente à APS (GRILLO; VALLÉE; CHAUVIN, 2012; KRISTENSSON *et al.*, 2014), portanto um fator que auxilia no aumento das taxas de rastreio é a relação profissional-paciente, (CLARK *et al.*, 2011; CHUANG *et al.*, 2019), sendo esse relacionamento relevante (WOOD *et al.*, 2018). Dessa maneira as mulheres eram mais propensas a relatar um exame de Papanicolaou recente se tivessem um profissional regular e uma comunicação eficaz entre eles (CLARK *et al.*, 2011).

As mulheres são mais propensas a relatar o exame de Papanicolaou recente, desde que tenham acesso a transporte (CLARK *et al.*, 2011). Além disso, as pacientes que não dispõem de profissionais de saúde, bem como não procuram o serviço de saúde de forma oportuna devido as dificuldades geográficas, podem se beneficiar da educação em saúde e da utilização da auto coleta, na medida em que dispõe de maior conhecimento, o qual predispõe a um maior autocuidado (WOOD *et al.*, 2018). Convém ressaltar que a acessibilidade geográfica dos serviços pode ser melhorada por meio da co-localização da educação em saúde e da prestação de serviços clínicos nos centros focais (GEISSLER; LEATHERMAN, 2015). Em síntese, abordar os DSS nos registros de saúde é relevante, visto que estes podem fornecer informações sobre o perfil do público, as barreiras por elas enfrentadas, o que será útil para escolha de tratamento e inovações direcionadas (LOFTERS *et al.*, 2017).

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e descritivo. Este estudo integra a pesquisa “Construção e validação de protocolo clínico para detecção precoce de lesões precursoras do câncer de colo do uterino”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Processo # 479373/2013-2.

Quanto aos estudos transversais, estes envolvem a coleta de dados em um determinado ponto do tempo, sendo dessa maneira, adequados para descrever o estado de um fenômeno e/ou a relação entre eles em um ponto fixo do tempo (POLIT; BECK, 2011). Por meio dos dados deste tipo de estudo é possível estabelecer um perfil clínico de interesse (ROUQUAYROL; GURGEL, 2018).

Retrospectivo pois o investigador tem conhecimento de que os fatos ocorreram no passado e que os dados de interesse podem ser coletados em arquivos (ABBOTT *et al.*, 2016; POLIT; BECK, 2011). Por meio desse estudo é possível fornecer dicas sobre como estruturar intervenções, quem pode se beneficiar e quando é melhor instituir isso. Portanto, a fase seguinte consiste em desenvolver intervenções para melhorar os resultados de saúde (POLIT; BECK, 2011).

As pesquisas descritivas têm como propósito descrever as características de determinada população ou fenômeno, associar determinadas variáveis em uma pesquisa (GIL, 2017). O estudo também possui uma abordagem quantitativa, pois as informações foram coletadas mediante instrumentos formais, reunidas e analisadas de forma quantitativa (POLIT; BECK, 2011).

Contudo, é necessário melhorar a capacidade de acessar e utilizar os resultados de pesquisas existentes, para melhor entender e mobilizar o apoio à pesquisa necessária e assim melhorar a saúde e os resultados da saúde. O objetivo da pesquisa em saúde é melhorar os resultados de saúde, o conhecimento deve ser aproveitado para informar políticas, praticar e desenvolver produtos (WHO, 2012).

4.2 Local e período de realização do estudo

O estudo foi desenvolvido na cidade Fortaleza-CE durante o período de julho a novembro de 2019 e avaliou mulheres atendidas na consulta de enfermagem em ginecologia entre os anos de 2013 a 2016. Situada na região nordeste do país, Fortaleza possui área territorial de 312,407 km². De acordo com o último censo de 2010 sua população correspondia a 2.452.185 habitantes, porém atualmente a estimativa é de 2.643.247 habitantes (IBGE, 2019).

Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - 2010 (IDHM 2010) é 0,732, o que é considerado alto (0,700 a 0,799), os fatores que contribuíram para o IDH alto foram: longevidade, renda e a educação (PMF, 2019).

O estudo aconteceu na CPN Lígia Barros Costa, pertencente ao CDFAM vinculada à UFC, situada no Campus do Pici, junto às comunidades do Planalto do Pici, Panamericano, Jóquei Clube e Favela do Papoco, bairros que integram a Secretaria Executiva Regional III (SER III) do município de Fortaleza (Figura 2).



Figura 2 – Mapa da Secretaria Executiva Regional III. Fortaleza, Ceará, 2019.

Fonte: http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/11/pdf/Mapa_Regionais_Fortaleza.pdf

Os serviços ofertados pela CDFAM aos usuários que se encontram nos bairros em torno dessa unidade de saúde são relacionados à: ginecologia, acompanhamento pré-natal, planejamento familiar, puericultura e odontologia. Este também se configura como campo de estágio e pesquisa para os estudantes da UFC tanto no nível da graduação, residência e pós-graduação (mestrado e doutorado).

As consultas de enfermagem ginecológica acontecem nas quartas e quintas-feiras nos turnos manhã e tarde. Previamente é feito o agendamento das mulheres para cada mês do ano. Desde sua inauguração em outubro de 2003 a unidade consta com aproximadamente 6200

prontuários e são atendidas cerca de 6 mulheres por turno o que confere em média 67 consultas por mês. A consulta é realizada por enfermeiros da instituição, docentes e acadêmicos da UFC.

Na consulta ginecológica é realizada a anamnese, o exame físico céfalo-podálico, exame clínico das mamas e o preventivo do colo uterino, sendo fundamentada nas diretrizes ministeriais (BRASIL, 2013) e na Resolução N° 358/2009. No que corresponde ao preventivo do colo uterino são realizadas as coletas citopatológicas, cujas lâminas são encaminhadas ao laboratório pertencente à Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) para a leitura e interpretação das amostras. Devido seu padrão de excelência na consulta de enfermagem ginecológica assegurado pelos números de prontuários e atendimentos, este foi um dos motivos da escolha desta unidade para a pesquisa.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi o universo de mulheres atendidas na consulta de enfermagem ginecológica por demanda espontânea na CPN. Para constituir a amostra do estudo, foram aplicados critérios de elegibilidade, a saber:

Critérios de inclusão:

- ✓ Iniciado a vida sexual.

Critérios de exclusão:

- ✓ Ausência do colo uterino;
- ✓ Gestante.

Critérios de descontinuidade:

- ✓ Desistência da paciente, adoecimento ou falecimento no decorrer do estudo, perda de seguimento por impossibilidade de acompanhamento dos dados e dados incompletos.

Como o serviço apresenta uma média de 67 atendimentos por mês, foi estabelecido um intervalo de 5 meses para a realização da coleta de dados, considerando como amostra toda a população de mulheres que buscou o serviço.

O tamanho da amostra foi calculado baseado no atendimento das consultas de enfermagem ginecológica realizada na CPN, utilizando a amostra de populações finita a seguir:

$$n = \frac{Z^2_{(\alpha/2)} \cdot P \cdot (1 - P) \cdot N}{Z^2_{(\alpha/2)} \cdot P \cdot (1 - P) + (N - 1) \cdot e^2}.$$

em que,

n = Tamanho da amostra;

$Z (\alpha/2)$ = Nível de confiança escolhido, expresso em números de desvio padrão;

N = Tamanho da população;

P = Proporção;

e = Erro máximo permitido.

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5) \times 410}{1.96^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5) + (410 - 1) \times 0.05^2} = 180$$

Para o cálculo da amostra, o nível de confiança escolhido para o estudo foi de 0,5 que expresso em números de desvio padrão possui o valor de 1,96. O tamanho da amostra foi calculado de acordo com o número de atendimentos mensais e o intervalo de coleta que correspondeu a 335. Por fim, a proporção foi de 50% e o erro máximo permitido de 5%, totalizando em 180 mulheres.

Vale destacar que o médico colposcopista que estava auxiliando na coleta não deu continuidade ao atendimento de toda a amostra calculada e realizou apenas 87 colposcopias. Dessa maneira, a amostra final foi composta por 87 mulheres que buscaram o serviço para a prevenção do CCU e que concluíram todas as etapas do estudo (citopatológico, IVA, iodo, CD e colposcopia) bem como concordaram em participar por livre e espontânea vontade.

4.4 Definição de variáveis

4.4.1 Variáveis preditoras

4.4.1.1 Variáveis preditoras sociodemográficas:

Foram abordados os seguintes itens: idade, ocupação, estado civil, educação e etnia.

4.4.1.2 Variáveis preditoras clínicas e gineco-obstétricas:

Contemplou: história de câncer na família, história de tabagismo, história de alcoolismo, história de câncer, prática de exercício físico, história de IST, qual IST, primeira consulta ginecológica, o primeiro exame citopatológico foi realizado nos primeiros 3 anos do início da vida sexual, ano do começo da vida sexual, número de parceiros sexuais, realiza o citopatológico anualmente, métodos contraceptivos, uso de anticoncepcional oral e número de gravidez.

4.4.2 Variáveis desfecho

4.4.2.1 Lesões pré-cancerosas

Conforme classificação das lesões pré-cancerosas foram utilizados os critérios propostos pela a nomenclatura de Bethesda 2001 (LUNDBERG, 1989; SOLOMON *et al.*, 2002; NAYAR; WILBUR, 2015; BRASIL, 2016).

- **ASC-US:** Células escamosas atípicas de significado indeterminado;
- **ASC-H:** Células escamosas atípicas, não podendo afastar lesão de alto grau;
- **LSIL:** Lesão intraepitelial de baixo grau;
- **HSIL:** Lesão intraepitelial de alto grau;
- **Normal:** Ausência de lesões;
- **AGC-US:** Células glandulares atípicas de significado indeterminado.

4.4.2.2 Rastreio

- Primeira consulta ginecológica; ;
- O Primeiro exame citopatológico foi realizado dentro dos três primeiros anos do início da vida sexual;
- Realiza o exame citopatológico anual.

4.5 Coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário (APÊNDICE A) elaborado pela pesquisadora. Foi realizada uma avaliação prévia dos impressos que constituem o prontuário das usuárias da CPN, a partir disso foi construído o formulário composto por dados sociodemográficos, anamnese e no que concerne o exame físico, citopatológico, a cervicografia digital, colposcopia, resultado da CC e biópsia. As entrevistas foram realizadas em sala privativa.

4.6 Consulta de enfermagem ginecológica

A consulta de enfermagem para a prevenção do CCU seguiu os preceitos do Protocolo Clínico para Detecção das Lesões Precursoras do Câncer de Colo Uterino (PROGYNE). O PROGYNE consiste em uma tecnologia desenvolvida com a finalidade de apresentar métodos de rastreio para serem implementados na APS com vista a diminuir a morbimortalidade por CCU. Por sua vez, sugere a implementação da colposcopia e da CD associada ao exame citopatológico, assim como também enfatiza a importância da vacinação contra o HPV em meninas e meninos. Ambas constituem estratégias de prevenção secundária e primária

respectivamente (SOUSA, ORIÁ, 2016). Seu desenvolvimento e validação ocorreu no período de 2013-2015 e a versão original foi publicada em 2016 (ISBN nº 978-85-921895-0-1) (SOUSA, ORIÁ, 2016) (**Figura 3**).

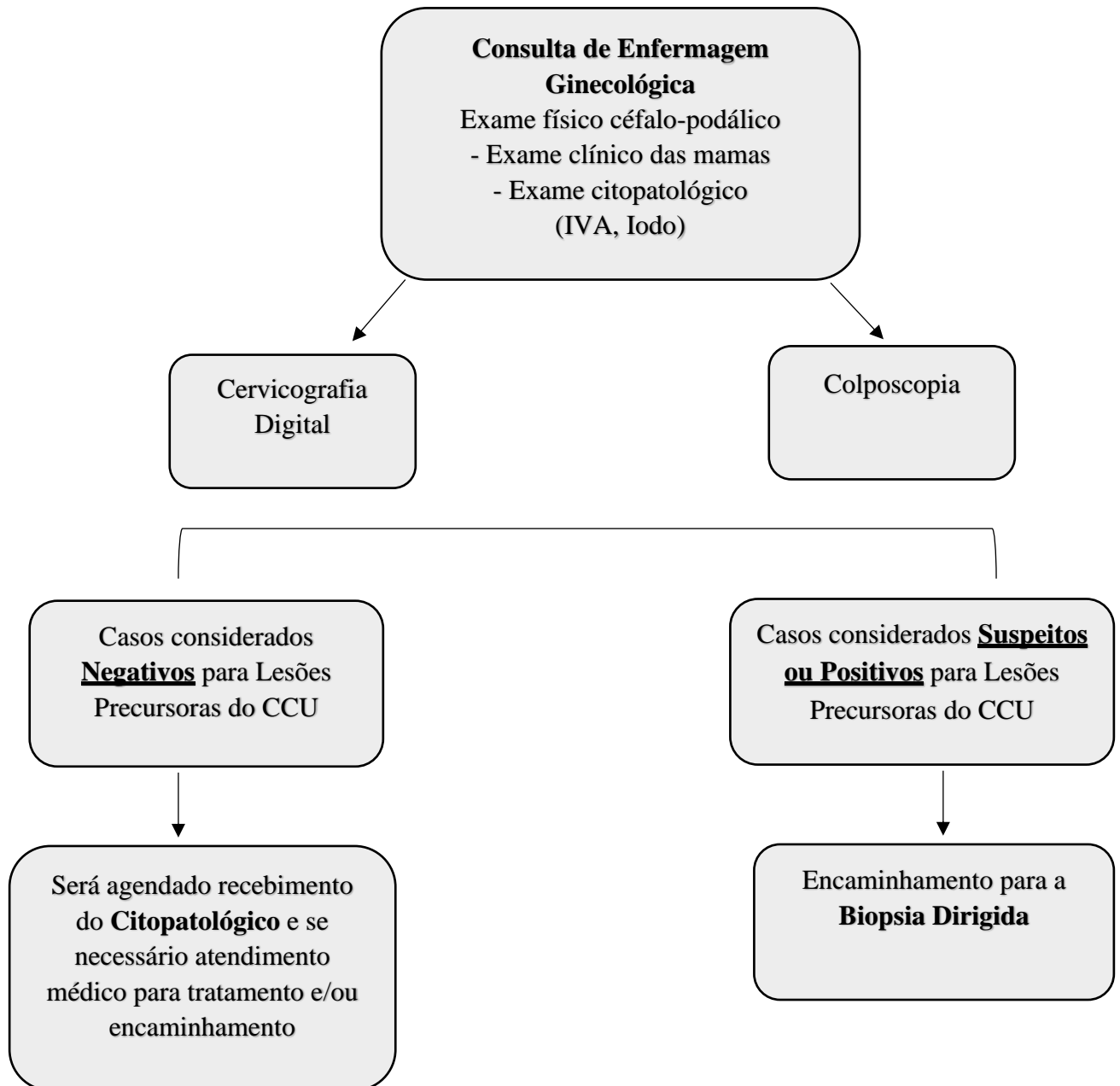


Figura 3 – Representação gráfica das etapas da consulta de enfermagem ginecológica segundo o PROGYNE. Fortaleza, Ceará, 2019.

Fonte: Adaptado de SOUSA; ORIÁ, 2016.

4.6.1 Cervicografia Digital (CD)

A fotografia do colo do útero foi realizada por meio da máquina fotográfica Nikon Coolpix 900 com capacidade para 100.000 disparos.

As fotos foram realizadas em três momentos: 1. Logo após a inserção do espécúlo e sem qualquer manipulação do examinador; 2. Após a aplicação do ácido acético e 3. Após a aplicação do iodo. Como critérios de positividade para alterações da CD podem ser discriminados: lesão branca antes da aplicação do ácido acético (Alterações Colorimétricas Não Reativas – ACNR); lesão branca após aplicação de ácido acético, em alto relevo ou em plano zero de diversas tonalidades sobre a cérvix uterina, paredes vaginais e fundo de saco (Alterações Colorimétricas Reativas – ACR); lesões de superfície grosseira e diferente do aspecto normal do epitélio (projeções positivas – PP); e presença de formas ulceradas (projeções negativas – PN) no colo uterino, paredes vaginais e fundo de saco (FRANCO *et al.*, 2008).

As CD foram laudadas utilizando o computador Lenovo Ideacentre AIO 510 23-Inch All-in-One Desktop PC - (White) (Intel I5-6400T, 8 GB RAM, 1 TB HDD, Windows 10), dimensão (C x L x A) 5,4 x 43,4 x 52,3 cm, tamanho da tela 58,42 cm e resolução 1920x1080 pixels. Dessa maneira utilizou-se o zoom de 6 a 12 mm.

4.6.2 Colposcopia

A colposcopia consta de um exame de todo o aparelho genital feminino (vulva, vagina e colo do útero) por meio do colposcópio, um equipamento especializado que contém um foco de luz e amplia o campo de visão permitindo uma melhor visualização do colo do útero o que auxilia no diagnóstico das lesões intraepiteliais. No exame é realizado a observação das características do epitélio cervical após a aplicação do ácido acético e solução de iodo o que auxilia na identificação de lesões acetobranças útil na interpretação e direcionamento de biópsias (OPAS, 2016; SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2003).

A razão mais comum para o encaminhamento para colposcopia é a citologia oncológica anormal. No entanto, é importante mencionar as mulheres que apresentarem os testes de ácido acético e Schiller positivo devem ser encaminhadas para a colposcopia no intuito de descartar a NIC de alto grau e câncer invasivo (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2003), vale destacar que a APS no Brasil não dispõe do colposcópio.

A pesquisa contou com um colposcópio, ao mesmo tempo sublinha-se que colposcopia não é um procedimento realizado por enfermeiros no Brasil, por isso compete realçar que a pesquisa incluiu um profissional médico para realizar esse procedimento. Compete destacar a

importância da equipe multidisciplinar especializada para a melhor abordagem e desempenho das atividades de forma resolutiva do público que busca os serviços de saúde, sobretudo na APS (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017).

4.7 Análise dos dados

Após a coleta, os dados foram armazenados e codificados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA) versão 23.0. As variáveis categóricas e numéricas foram analisadas de modo descritivo (frequência simples e percentual, medidas de tendência central e dispersão) e inferencial. A normalidade dos dados foi demonstrada utilizando o teste de Kolmogorov-Smirnov.

Buscou-se realizar algumas associações, com a finalidade de compreender de forma mais ampliada como o social, o estilo de vida e história sexual e reprodutiva das mulheres participantes da pesquisa podem influenciar, positiva ou negativamente, na saúde. Para tal, realizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson, sendo considerado estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$, a força dessa associação pelo cálculo das razões de chances (*Odds Ratio* – OR).

Na análise da acurácia do teste de Schiller, da cervicografia digital e do citopatológico, foram utilizados os testes diagnósticos: sensibilidade, especificidade, razão de chances de diagnóstico (*diagnostic odds ratio*), acurácia (eficácia de diagnóstico), valor preditivo positivo (VPP), valor preditivo negativo (VPN) e razão de verossimilhança para teste positivo (*likelihood ratio*), tendo como teste de comparação a colposcopia (padrão ouro). As definições dos testes diagnósticos e as fórmulas estão expressos no Quadro 3.

Quadro 3. Descrição dos testes diagnósticos avaliação da Cervicografia, Schiller e Citopatológico. Fortaleza, Ceará, 2019.

Teste diagnóstico	Definição	Fórmula
Sensibilidade	Capacidade de um teste detectar corretamente as pessoas com a doença	$S = \text{verdadeiros positivos} / (\text{verdadeiros positivos} + \text{falso negativos})$
Especificidade	Capacidade de um teste excluir corretamente as pessoas sem a doença	$E = \text{verdadeiros negativos} / (\text{verdadeiros negativos} + \text{falso positivos})$
Razão de chances de diagnóstico	Medida que gera a estimativa do poder de discriminação de procedimentos de diagnóstico e, também, para a comparação de precisões de diagnóstico entre dois ou mais testes de diagnóstico.	$RCD = (\text{verdadeiros positivos} / \text{falso negativo}) / (\text{falso positivo} / \text{verdadeiro negativo})$
Acurácia ou Eficácia de Diagnóstico	Medida global de acurácia diagnóstica, que expressa a proporção de todos os testes corretos sobre todos os resultados obtidos.	$A = (\text{verdadeiros positivos} + \text{verdadeiros negativos}) / (\text{verdadeiros positivos} + \text{falso negativos} + \text{verdadeiros positivos} + \text{verdadeiros negativos})$
Valor preditivo positivo	Indica qual a probabilidade de uma pessoa com teste positivo realmente tenha a doença.	$VPP = \text{verdadeiro positivo} / (\text{verdadeiro positivo} + \text{falso positivo})$
Valor preditivo negativo	Indica qual a probabilidade de uma pessoa com teste negativo realmente não tenha a doença.	$VPN = \text{verdadeiro negativo} / (\text{falso negativo} + \text{verdadeiro negativo})$
Razão de verossimilhança para teste positivo	Calcula a probabilidade de encontrar um teste positivo em uma pessoa com a doença, comparado a uma pessoa sem a doença.	$RV = \text{Sensibilidade} / (1 - \text{especificidade})$

Fonte: elaboração própria.

Para uma avaliação global dos valores dos testes (cervicografia, Schiller e citopatológico), realizou-se as curvas ROC (*Receiver Operating Characteristic*). A curva ROC é um instrumento binário com representação gráfica da sensibilidade (verdadeiros positivos) contra “1 – especificidade” (falso-negativos) para todos os valores de corte possíveis de um novo teste (FERREIRA; PATINO, 2018). Para tal, possui cinco graus de classificação, que expressam a relação entre a área sob a curva e a precisão do diagnóstico: excelente (0,9 a 1), bom (0,8 a 0,9), razoável (0,7 a 0,8), pobre (0,6 a 0,7) e não discriminados (0,5 a 0,6) (BORGES, 2016; KROHLING; PAULA; BHLAU, 2016).

4.8 Aspectos Éticos e Legais

Os dados aqui apresentados fazem parte de uma pesquisa maior previamente submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC) na qual seguiu os preceitos éticos e legais propostos pela Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012), recebendo parecer favorável de n° 401.240 (ANEXO A).

As participantes foram informadas dos objetivos da pesquisa e convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE C), o qual assegura as participantes o sigilo de sua identidade, bem como a privacidade, e lhes resguarda o direito de permanecer ou desistir da pesquisa em qualquer momento, sem nenhuma penalidade ou prejuízo a elas.

Essa pesquisa envolveu riscos mínimos às participantes, devido ao risco de constrangimento das respostas ao instrumento e desconforto durante a consulta de enfermagem ginecológica. Enfatiza-se que as entrevistas foram realizadas por pesquisadores treinados em ambiente privado no intuito de amenizar os riscos relatados. Ressalta-se que os pesquisadores estavam aptos e disponíveis para orientar e minimizar quaisquer desconfortos ou desentendimentos.

Este estudo produz benefícios às participantes, uma vez que se realizou a consulta de enfermagem ginecológica detalhada, na qual foi capaz de detectar precocemente qualquer alteração que as mulheres pudessem apresentar durante o estudo, foi verificada a necessidade de encaminhamento e/ou tratamento imediato. Da mesma maneira que produziu novas informações aos enfermeiros e demais profissionais que prestam assistência a esse público, o que pode acarretar uma melhor qualidade da assistência e enriquecimento científico. Acredita-se, que neste estudo, os benefícios superaram os riscos.

5 RESULTADOS

Foram analisados os resultados de saúde de 87 mulheres atendidas na consulta de enfermagem para a prevenção do CCU em uma unidade-escola. A Tabela 1 traz as variáveis sociodemográficas dessas mulheres e põe em evidência o predomínio da faixa etária de 26 a 35 anos (31; 35,6%), com idade mínima de 15 anos e máxima de 59 anos; a média da idade foi de $32,9 \pm 10$ anos. Com relação à etnia, 67 (77%) referiram ser pardas; 62 (71,3%) afirmaram ser casadas, com tempo de estudo de até nove anos (45; 51,7%), com o máximo de 13 anos; e 46 (52,9%) eram donas de casa.

Tabela 1. Dados sociodemográficos das participantes. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).

Variáveis	N	%	Outras estatísticas
Faixa etária (anos)			Mín. = 15 anos; Máx. = 59 anos; Média = 32,9 anos; DP = 10,0 anos
15-25	23	26,4	
26-35	31	35,6	
36-45	23	26,4	
46-55	9	10,3	
>56	1	1,1	
Etnia			
Parda	67	77,0	
Branca	09	10,3	
Preta	07	8,0	
Amarela	04	4,6	
Estado civil			
Solteira	23	26,4	
Casada	62	71,3	
Divorciada	02	2,3	
Tempo de estudo (anos)			Mín. = 0 ano; Máx. = 13 anos; Mediana = 09 anos; DP = 2,6 anos
Até 09	45	51,7	
Acima de 09	42	48,3	
Ocupação			
Desempregada	08	9,2	
Dona de casa	46	52,9	
Trabalhadora autônoma	12	13,8	
Trabalhadora formal	21	24,1	

Legenda: n = frequência absoluta; % = frequência relativa; DP = desvio padrão; Mín = valor mínimo; Máx = valor máximo.

Fonte: elaboração própria.

Durante a consulta, foram exploradas variáveis relacionadas com os antecedentes familiares conforme a Tabela 2. As mulheres referiram possuir antecedentes familiares (70;

80,5%), sendo eles cardiopatia (31; 35,6%), hipertensão (42; 48,3%), câncer (41; 47,1%) entre outros.

Tabela 2. Histórico familiar de saúde das participantes. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).

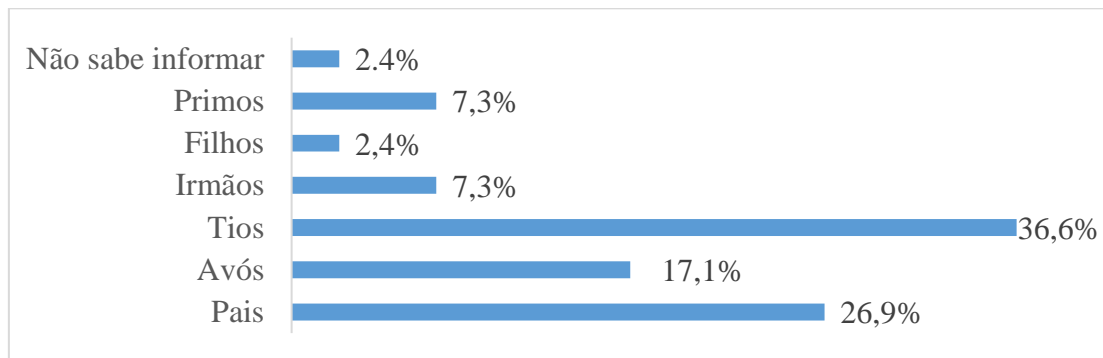
Variáveis	N	%
Antecedentes familiares		
Sim	70	80,5
Não	17	19,5
História de cardiopatia		
Sim	31	35,6
Não	56	64,4
História de violência		
Sim	12	13,8
Não	75	86,2
História de hipertensão		
Sim	42	48,3
Não	45	51,7
História de doença mental		
Sim	13	14,9
Não	74	85,1
História de câncer		
Sim	40	46,0
Não	47	54,0
Alergias na família		
Sim	09	10,3
Não	78	89,7
História de acidente vascular cerebral		
Sim	01	1,1
Não	86	98,9

Legenda: n = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Fonte: elaboração própria.

Buscou-se investigar o grau de parentesco das participantes com os familiares que apresentaram histórico de câncer. Verificou-se o maior percentual de tios (15; 36,6%), seguido dos pais (11; 26,9%) e avós (07; 17,1%%), conforme Gráfico 1.

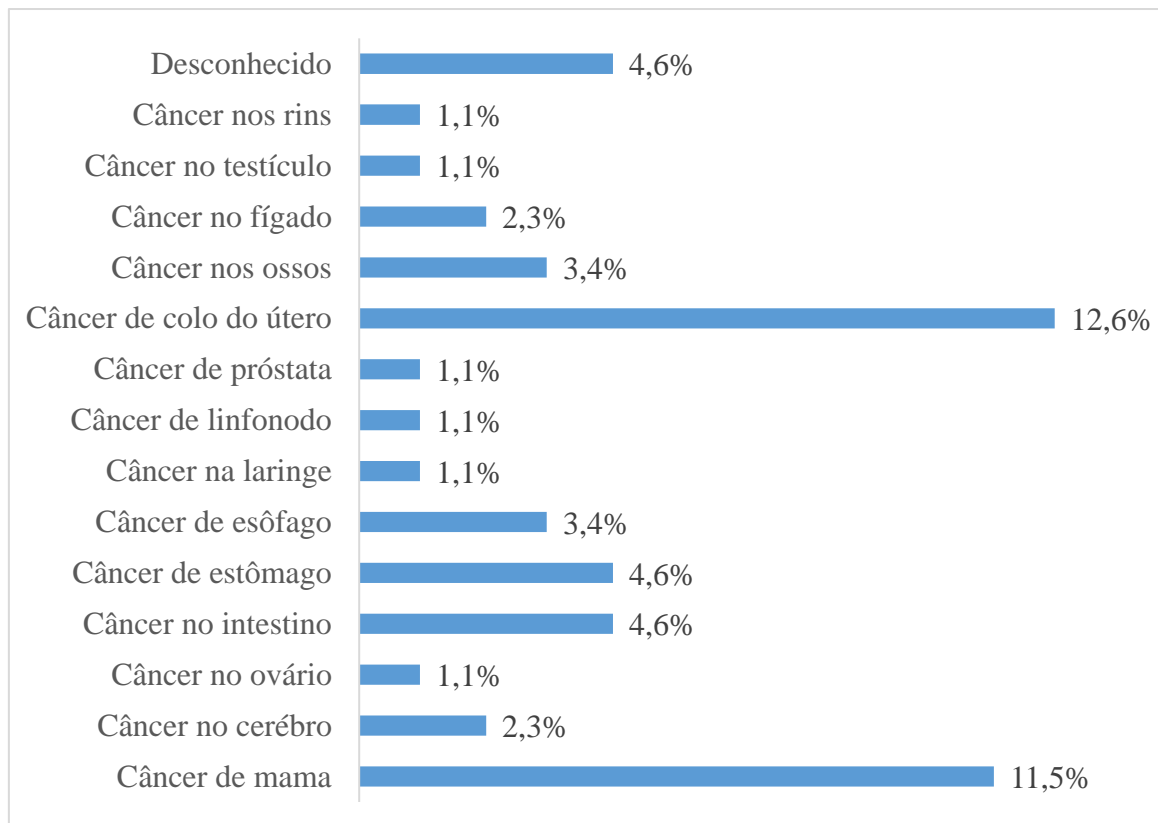
Gráfico 1. Familiares das participantes com histórico de câncer. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).



Fonte: elaboração própria.

Quanto aos tipos de câncer desenvolvidos pelos familiares das participantes da pesquisa (Gráfico 2), observou-se uma grande variedade de cânceres. Contudo, o CCU (11; 12,6%), câncer de mama (10; 11,5%) e câncer de estômago e de intestino (04; 4,6%) foram os mais citados.

Gráfico 2. Tipos de câncer apresentados pelos familiares das participantes. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).



Fonte: elaboração própria.

A Tabela 3 evidencia os hábitos de vida das participantes da pesquisa. A grande maioria não fazia uso de cigarro (81; 93,1%) e álcool (74; 85,1%). Dentre as que fumavam, quatro (66,7%) afirmaram fumar mais que dois cigarros por dia, sendo o máximo de quatro cigarros. Já a frequência do uso de bebidas alcoólicas entre as participantes era rara (11; 84,6%).

A prática de atividade física foi referida por 30 (34,5%) participantes. As atividades mais praticadas foram a caminhada (14; 46,7%) e musculação (08; 26,7%). O índice de massa corporal (IMC) das participantes variou entre 15,5kg e 42,2kg com mediana de 26,8kg, sendo que 30 (34,5%) participantes apresentaram o IMC adequado e 29 (29,9%) obesidade.

Tabela 3. Hábitos de vida das participantes. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).

Variáveis	n	%	Outras estatísticas
História de tabagismo			
Sim	06	6,9	
Não	81	93,1	
Número de cigarros por dia			
Até dois	02	33,3	Mín. = 01; Máx. = 04; Mediana = 0,1
Acima de dois	04	66,7	
História de alcoolismo			
Sim	13	14,9	
Não	74	85,1	
Frequência de uso de álcool			
Fins de semana	02	15,4	
Raramente	11	84,6	
Prática de atividade física			
Sim	30	34,5	
Não	57	65,5	
Atividade física praticada			
Caminhada	14	46,7	
Musculação	08	26,7	
Dança	03	10,0	
Ciclismo	01	3,3	
Futsal	01	3,3	
Atividades combinadas	03	10,0	
Índice de Massa Corpórea			
Baixo peso	01	1,1	Mín. = 15,5kg; Máx. = 42,2kg; Mediana = 26,8kg
Adequado	30	34,5	
Sobrepeso	24	27,6	
Obesidade	26	29,9	
Desconhecido	06	6,9	

Legenda: n = frequência absoluta; % = frequência relativa; DP = desvio padrão; Mín = valor mínimo; Máx = valor máximo.

Fonte: elaboração própria.

Com relação ao histórico de saúde pessoal (Tabela 4), 70 (80,5%) tinham pressão arterial dentro dos parâmetros da normalidade, quatro (4,6%) tinham história de violência, uma afirmou sofrer de ansiedade e nenhuma referiu ter doenças cardíacas ou câncer.

Tabela 4. História de saúde das participantes. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).

Variáveis	n	%
Classificação da pressão arterial		
Normal	70	80,5
Pré-hipertensão	05	5,7
Hipertensão estágio 1	02	2,3
Hipertensão estágio 2	01	1,1
Hipertensão estágio 3	01	1,1
Desconhecido	08	9,2
História de violência		
Sim	04	4,6
Não	83	95,4
História de doenças cardíacas		
Sim	-	-
Não	87	100
História de câncer		
Sim	-	-
Não	87	100
Outros antecedentes pessoais		
Ansiedade	01	1,1
Mais nenhum	86	98,9

Legenda: n = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Fonte: elaboração própria.

No que diz respeito aos dados sexuais e reprodutivos (Tabela 5), constatou-se que 40 (46%) participantes iniciaram a vida sexual entre 16 e 20 anos e, desde o início da vida sexual, a maioria referiu possuir até cinco parceiros (74; 85,1%), com mediana de três parceiros, mínimo de um e máximo de 20 parceiros. Nos últimos três meses, 83 (95,5%) tiveram entre um e dois parceiros, com máximo de três e mediana de um parceiro.

Dentre as participantes da pesquisa, 80 (92%) eram heterossexuais e tinham relações sexuais de uma a duas vezes na semana (38; 43,7%). Todas realizavam sexo vaginal (87; 100%), 38 (43,7%) faziam sexo oral e 29 (33,3%), anal. Verificou-se que 65 (74,7%) utilizavam métodos contraceptivos, sendo que 60 (69%) afirmaram não ter reações adversas. A maioria (71; 81,6%) referiu ter tido orgasmos.

Quanto à história obstétrica, 42 (48,3%) tiveram de uma a duas gestações, com máximo de oito gestações; 66 (75,9%) tiveram até dois partos, com máximo de sete partos.

Observou-se que 19 (21,8%) das participantes revelaram ter sofrido aborto, com máximo de quatro abortos. Apenas duas (2,3%) pacientes estavam na menopausa, com início há mais de 12 meses anteriores à pesquisa.

Quanto ao histórico de IST, nove (10,3%) afirmaram possuir alguma doença, sendo que 7 (8,0%) afirmaram ter apresentado HPV e duas (2,3%) não lembravam; oito (9,2%) fizeram tratamento para IST anterior e nenhuma foi vacinada contra o HPV.

Tabela 5. Dados sexuais e reprodutivos das participantes. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).

Variáveis	n	%	Outras estatísticas
Início da vida sexual (em anos)			
≥15	36	41,4	
16 - 20	40	46,0	
> 20	10	11,5	
Não soube responder	01	1,1	
Número de parceiros sexuais			
≥ 05	74	85,1	Mín. = 01; Máx. = 20; Mediana = 03
06 - 10	09	10,3	
> 10	04	4,6	
Número de parceiros sexuais nos últimos 03 meses			
Nenhum	03	3,4	Mín. = 0; Máx. = 03; Mediana = 1,00
01 - 02	83	95,5	
> 02	01	1,1	
Orientação sexual			
Heterossexual	80	92,0	
Homossexual	07	8,0	
Frequência das relações sexuais (por semana)			
Não realiza	01	1,1	
1 – 2	38	43,7	
3 – 5	33	37,9	
6 – 7	06	6,9	
Duas vezes ao mês	03	3,5	
Não soube informar	06	6,9	
Hábito sexual vaginal			
Sim	87	100	
Não	-	-	
Hábito sexual oral			
Sim	38	43,7	
Não	49	56,3	

Hábito sexual anal

Sim	29	33,3
Não	58	66,7

Uso de métodos contraceptivos

Sim	65	74,7
Não	22	25,3

Reações adversas devido os contraceptivos

Sem reações	60	69,0
Náusea	04	4,6
Dor de cabeça	01	1,1
Não se aplica	22	25,3

Já teve orgasmo

Sim	71	81,6
Não	16	18,4

Número de gestações

Nenhuma	15	17,2	Mín. = 0; Máx. = 08; Mediana = 2,00
1 – 2	42	48,3	
3 – 5	27	31,0	
> 5	03	3,5	

Número de partos

≤2	66	75,9	Mín. = 0; Máx. = 07; Mediana = 1,00
3 – 5	20	23,0	
> 5	01	1,1	

Número de filhos vivos

≤2	66	75,9	Mín. = 01; Máx. = 20; Mediana = 03
3 – 5	20	23,0	
> 5	01	1,1	

Aborto

Sim	19	21,8
Não	68	78,2

Número de abortos

1	13	68,4	Mín. = 0; Máx. = 04; Mediana = 0
2 - 3	05	26,3	
> 3	01	5,3	

Início da menopausa

Há mais de 12 meses atrás	02	2,3
Não se aplica	85	97,7

História de IST

Sim	09	10,3
Não	78	89,7

Qual IST

HPV	07	8,0
Desconhece	02	2,3

Tratamento para IST anterior

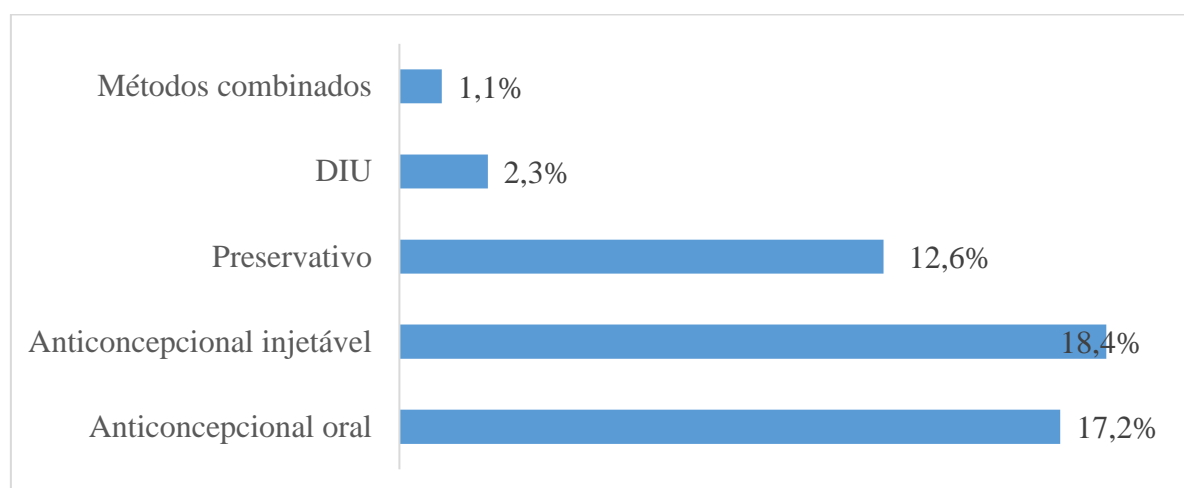
Sim	08	9,2
Não	79	90,8
É vacinada contra o HPV		
Sim	-	-
Não	87	100,0

Legenda: n = frequência absoluta; % = frequência relativa; Mín = valor mínimo; Máx = valor máximo.

Fonte: elaboração própria.

Os métodos contraceptivos de escolha pelas participantes podem ser visualizados no Gráfico 3. Observou-se que 15 (17,2%) faziam uso de anticoncepcionais orais (ACO), 16 (18,4%) optaram pelo uso do anticoncepcional injetável, 11 (12,6%) utilizavam preservativos, duas (2,3%), usavam DIU e apenas uma (1,1%) fazia uso de métodos combinados.

Gráfico 3. Métodos contraceptivos utilizados pelas participantes. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).



Fonte: elaboração própria.

As participantes foram indagadas acerca da consulta ginecológica e da realização do exame citopatológico (Tabela 6). Quatro participantes (4,6%) admitiram que estavam na primeira consulta ginecológica da vida; 44 (50,6%) fez o primeiro citopatológico há mais de 10 anos; 45 (51,7%) realizaram a primeira consulta dentro dos três primeiros anos do início da vida sexual. O último citopatológico foi feito há cinco anos (62; 71,3%) e o resultado foi desconhecido para muitas participantes. Contudo, 32 (36,8%) referiram que foi negativo para malignidade; 49 (56,3%) realizam o citopatológico anualmente.

Tabela 6. Dados ginecológicos das participantes. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).

Variáveis	n	%
Esta é a primeira consulta ginecológica da sua vida?		
Sim	04	4,6
Não	83	95,4
Há quanto tempo você fez o primeiro exame citopatológico? (em anos)		
≤ 10	18	20,7
> 10	44	50,6
Não sabe informar	25	28,7
O primeiro exame citopatológico foi realizado dentro dos três primeiros anos do início da vida sexual?		
Sim	45	51,7
Não	38	43,7
Não sabe informar	04	4,6
Há quanto tempo realizou o último exame citopatológico? (em anos)		
≤ 5	62	71,3
> 5	25	28,7
Resultado do último exame citopatológico		
Negativo para malignidade e lesão intraepitelial	32	36,8
LSIL	01	1,1
Não sabe informar	54	62,1
Realiza o exame citopatológico anualmente?		
Sim	49	56,3
Não	38	43,7

Legenda: n = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Fonte: elaboração própria.

Em análise aos exames clínicos realizados pelas participantes (Tabela 7), oito (9,2%) tiveram o teste Schiller positivo. No que se refere a colposcopia, 13 (14,9%) foram irregulares, 66 (75,9%) normais e oito (9,2%) insatisfatória, principalmente, pela JEC não visível (07; 87,5%). O exame de colo foi regular em 28 (32,2%) participantes; outros achados principais envolveram sem área acetobranca (ACB), iodo positivo (22; 25,3%), sem ACB iodo negativo apenas em epitélio glandular (20; 23%) e iodo positivo, exceto em ectopia (05; 5,7%).

Tabela 7. Dados dos exames clínicos das participantes. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).

Variáveis	n	%
Teste Schiller		
Positivo	08	9,2
Negativo	79	90,8
Colposcopia irregular		
Sim	13	14,9
Não	74	85,1
Colposcopia normal		
Sim	66	75,9
Não	21	24,1
Colposcopia insatisfatória		
JEC não visível	07	87,5
Inflamação	01	12,5
Exame do colo		
Regular	28	32,2
Ectopia cilíndrica	19	21,8
Desconhecido	40	46,0
Outros achados na colposcopia		
Sem ACB, iodo negativo apenas em epitélio glandular	20	23,0
Sem ACB, iodo positivo	22	25,3
Iodo positivo, exceto em ectopia	05	5,7
Discreta ACB	04	4,6
Sem ACB, iodo com captação irregular	02	2,3
Iodo negativo no pólipso	01	1,1
Cervicografia digital		
Positivo	45	51,7
Negativo	42	48,3
Projeções positivas		
Sim	23	26,4
Não	64	73,6
Projeções negativas		
Sim	10	11,5
Não	77	88,5
Alteração colorimétrica reativas		
Sim	38	43,7
Não	49	56,3
Alteração colorimétrica não reativas		
Sim	17	19,5
Não	70	80,5
Citopatológico		
Resultado		
Presença de lesão intraepitelial	11	12,6

Negativo para malignidade	76	87,4
Adequabilidade da amostra		
Satisfatória	87	100,0
Não satisfatória	-	-
Epitélio escamoso		
Sim	87	100,0
Não	-	-
Epitélio glandular		
Sim	62	71,3
Não	25	28,7
Epitélio metaplásico		
Sim	45	51,7
Não	42	48,3

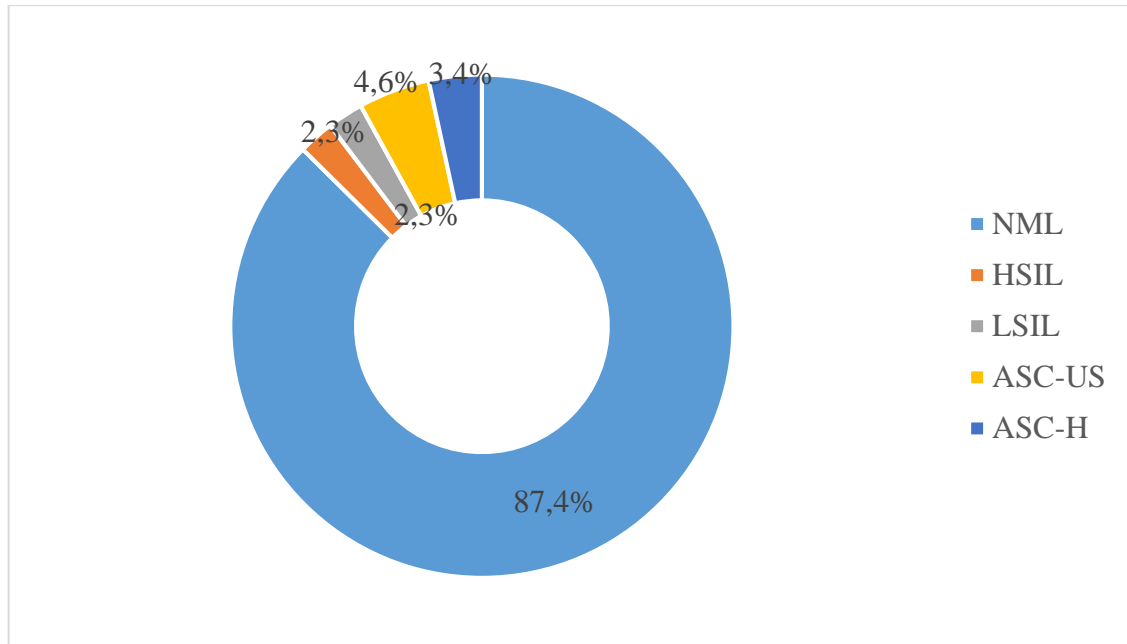
Legenda: n = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Fonte: elaboração própria.

Na cervicografia digital, o resultado foi positivo em 45 (51,7%) mulheres, com 23 (26,4%) projeções positivas, 10 (11,5%) projeções negativas, 38 (43,7%) alterações colorimétricas reativas e 17 (19,5%) não reativas. Já na CC, 11 (12,6%) resultados apresentaram lesão intraepitelial, todas as amostras foram satisfatórias. Todas as participantes apresentaram epitélio escamoso, em 62 (71,3%) foi observado epitélio glandular e em 45 (51,7%), epitélio metaplásico (Tabela 7).

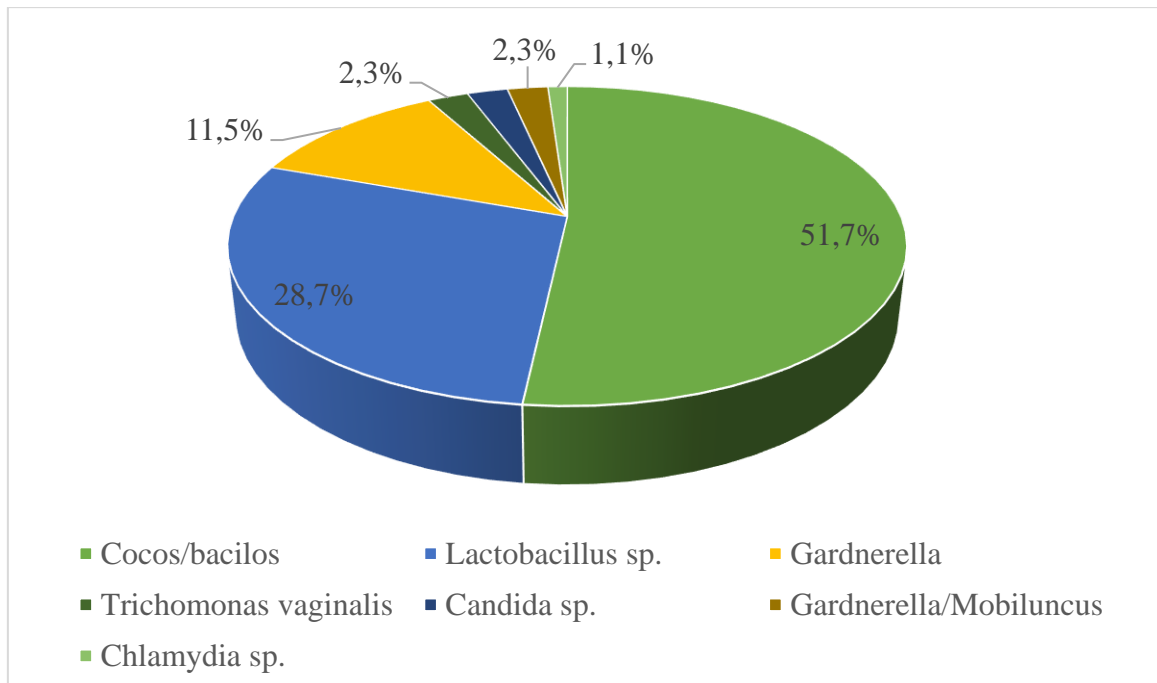
O Gráfico 4 apresenta o laudo citopatológico, 76 (87,4%) participantes apresentaram resultados normais (NML), entre os resultados anormais o ASC-US (4; 4,6%) foi prevalente, seguido por ASC-H (3, 3,4%), LSIL (2; 2,3%) e HSIL (2, 2,3%). Na microbiologia, o Gráfico 5 evidencia a prevalência de cocos/bacilos (45; 51,7%) e *Lactobacillus sp* (25; 28,7%).

Gráfico 4. Tipos de lesão intraepitelial. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).



Fonte: elaboração própria.

Gráfico 5. Microbiota encontrada no laudo citopatológico. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).



Fonte: elaboração própria.

Não houve associação significativa entre as variáveis sociodemográficas, estilo de vida e história de saúde dos familiares e a realização anual do exame citopatológico. Na história de

saúde sexual e reprodutiva, observou-se que as mulheres que já apresentaram alguma IST realizavam o exame citopatológico anualmente ($p = 0,025$ [OR95% = 7,22 (1,86 – 60,49)]), assim como as mulheres que faziam uso do anticoncepcional oral ($p = 0,035$ [OR95% = 3,78 (0,98 – 14,55)]) (Tabela 8).

Tabela 8. História de saúde sexual e reprodutiva e realização do exame citopatológico anualmente. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).

Variáveis	Exame anual				p-valor	OR (IC95%)
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
História de IST					0,025 ^a	
Sim	08	88,9	01	11,1		7,22 (1,86-60,49)
Não	41	52,6	37	47,4		1
Anticoncepcional oral					0,035	
Sim	12	80,0	03	20,0		3,78 (0,98-14,55)
Não	37	51,4	35	48,6		1

Legenda: n = frequência absoluta; % = frequência relativa; p-valor = teste do qui-quadrado de Pearson; OR = razão de chances; IC = intervalo de confiança; a = Razão de Verossimilhança.

Fonte: elaboração própria.

A segunda variável de rastreio analisada foi sobre a primeira consulta ginecológica da vida da mulher. Apenas uma variável mostrou associação significativa com esse desfecho: a cor autorreferida preta ($p = 0,031$ [OR95% = 15,60 (1,80 – 135,06)]) (Tabela 9).

Tabela 9. Aspectos sociais e primeira consulta ginecológica. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).

Variáveis	Primeira consulta				p-valor	OR (IC95%)
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Cor autorreferida preta					0,031 ^a	
Sim	02	28,6	05	71,4		15,6 (1,80-135,06)
Não	02	2,5	78	97,5		1

Legenda: n = frequência absoluta; % = frequência relativa; p-valor = teste do qui-quadrado de Pearson; OR = razão de chances; IC = intervalo de confiança; a = Teste Exato de Fisher.

Fonte: elaboração própria.

A terceira variável de rastreio analisada foi ter realizado o primeiro exame citopatológico dentro dos três primeiros anos do início da vida sexual (Tabela 10). O estado civil solteira mostrou associação com esse desfecho ($p = 0,031$), assim como possuir história de câncer na família ($p < 0,001$).

Tabela 10. Aspectos sociais e o primeiro exame citopatológico dentro dos três primeiros anos do início da vida sexual. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).

Variáveis	Primeira consulta (03 anos)				p-valor	OR (IC95%)
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Estado civil					0,031 ^a	
Solteira	14	60,9	07	30,4		-
Casada	31	50,0	29	46,8		
Divorciada	00	-	02	100,0		
História de câncer na família					0,000 ^b	
Sim	13	31,7	24	58,5		-
Não	32	69,6	14	30,4		
Desconhecido	04	9,8	00	-		

Legenda: n = frequência absoluta; % = frequência relativa; OR = razão de chances; IC = intervalo de confiança; a = Associação linear; b = Razão de Verossimilhança.

Fonte: elaboração própria.

Quando analisadas as variáveis com o resultado da colposcopia, verificou-se que a idade até 30 anos mostrou associação significativa com o resultado do exame positivo apresentado pelas participantes desta pesquisa ($p = 0,027$ [OR95% = 0,25 (0,07 – 0,90)]), bem como o estado civil: solteira ($p = 0,021$ [OR95% = 0,23 (0,07 – 0,80)]) (Tabela 11).

Tabela 11. Dados sociodemográficos e resultado da colposcopia. Fortaleza, Ceará, 2019. (N=87).

Variáveis	Resultado da Colposcopia				p-valor	OR (IC95%)
	Positivo		Negativo			
	n	%	n	%		
Faixa etária					0,027	
Até 30 anos	09	25,0	27	75,0		1
Acima de 30 anos	04	7,8	47	82,2		0,25 (0,07-0,90)
Solteira					0,021 ^a	
Sim	07	30,4	16	69,6		1
Não	06	9,4	58	90,6		0,23 (0,07-0,80)

Legenda: n = frequência absoluta; % = frequência relativa; p-valor = teste do qui-quadrado de Pearson; OR = razão de chances; IC = intervalo de confiança; a = Razão de verossimilhança.

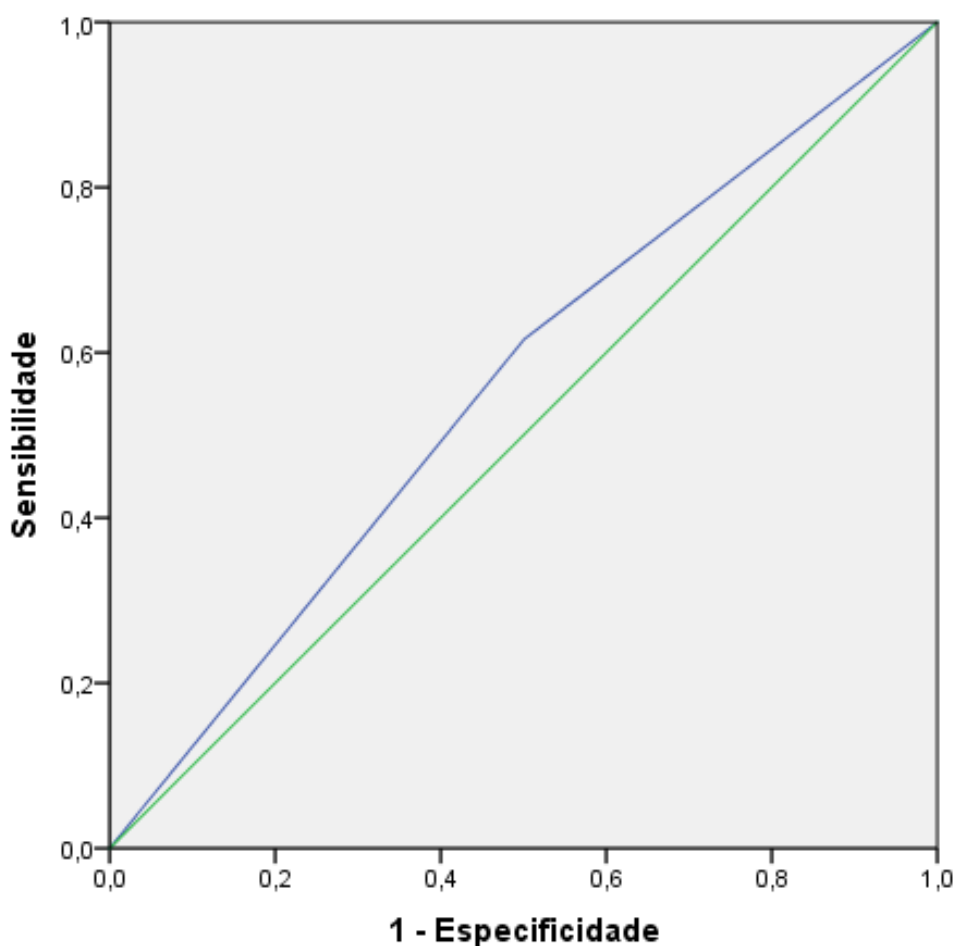
Fonte: elaboração própria.

Quanto a acurácia dos testes, o padrão ouro utilizado para a análise foi a colposcopia. Foi considerado positivo para lesão os resultados que apresentaram irregularidade totalizando 13 (14,9%), os insatisfatórios e normais foram considerados negativos, correspondendo a 74 (85,1%).

A cervicografia apresentou sensibilidade de 0,61 e especificidade de 0,5, evidenciando que o exame não tem função diagnóstica, sendo indicado apenas como rastreamento. A razão de chances de diagnóstico foi de 1,60, a acurácia 0,57, o VPP de 0,18 e VPN de 0,90 e a razão de verossimilhança de 1,23 (Tabela 12).

Na curva ROC, observou-se que a curva do teste (em azul) apresentou-se acima da curva diagonal (em verde), sem associação significativa ($p=0,509$ [IC95% = 0,389-726]) e área de 0,558 (Gráfico 6).

Gráfico 6. Curva ROC para a cervicografia, em comparação ao teste padrão ouro (colposcopia). Fortaleza, Ceará, 2019.



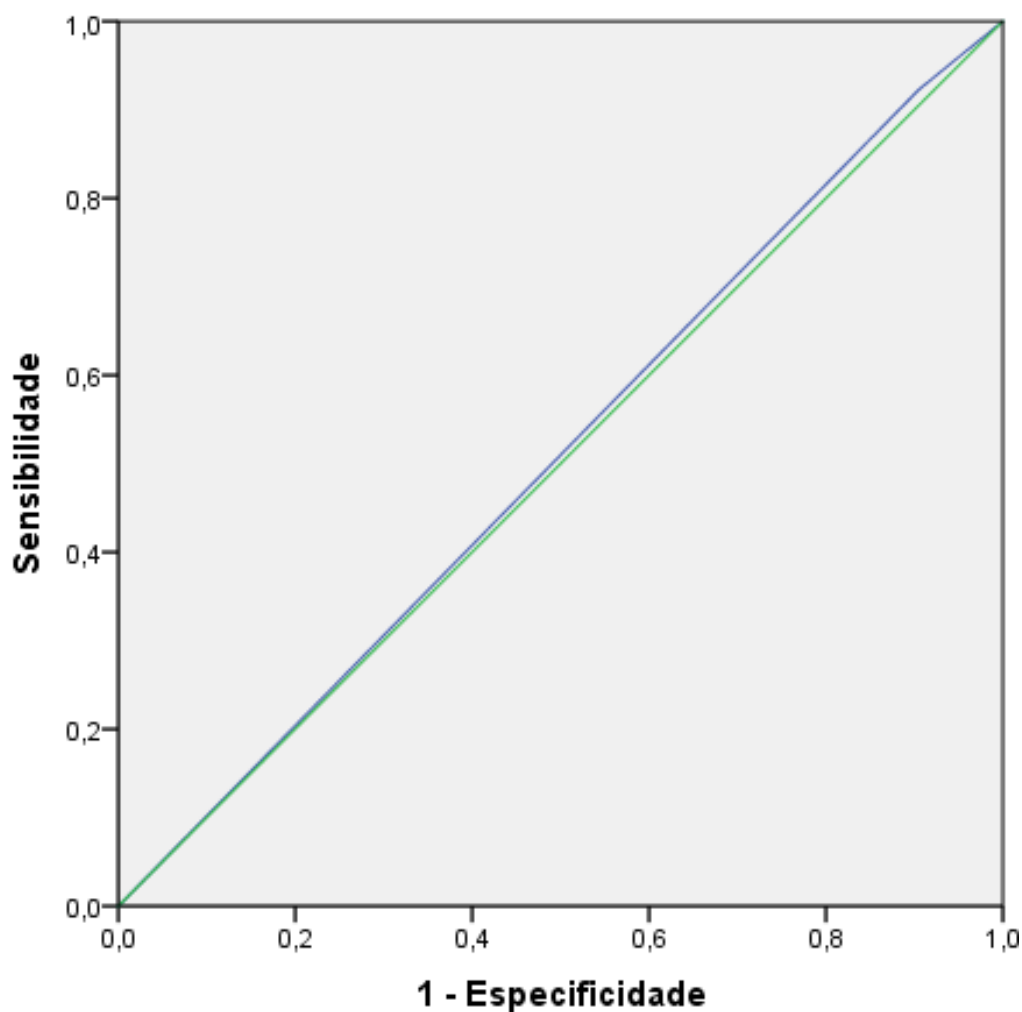
Já com relação à sensibilidade e especificidade do teste de Schiller, obteve-se um valor de 0,07 para sensibilidade e 0,90 para especificidade. A baixa sensibilidade indica um alto percentual de falsos negativos. A alta especificidade indica que o teste de Schiller auxilia na

confirmação diagnóstica, uma vez que apresenta grande probabilidade de ser verdadeiro positivo, pois haverá poucos falsos positivos.

O Teste de Schiller apresentou uma razão de chances de diagnóstico de 0,80, acurácia de 0,78, VPP e VPN de 0,13 e 0,85 (respectivamente), e razão de verossimilhança de 0,81, conforme evidenciado na Tabela 12.

Verificou-se que a curva do teste (em azul) apresentou-se quase sobreposta à curva diagonal (em verde), sem associação significativa ($p=0,919$ [IC95% = 0,322-0,661]) e área de 0,491 (Gráfico 7).

Gráfico 7. Curva ROC para o teste de Schiller, em comparação ao teste padrão ouro (colposcopia). Fortaleza, Ceará, 2019.

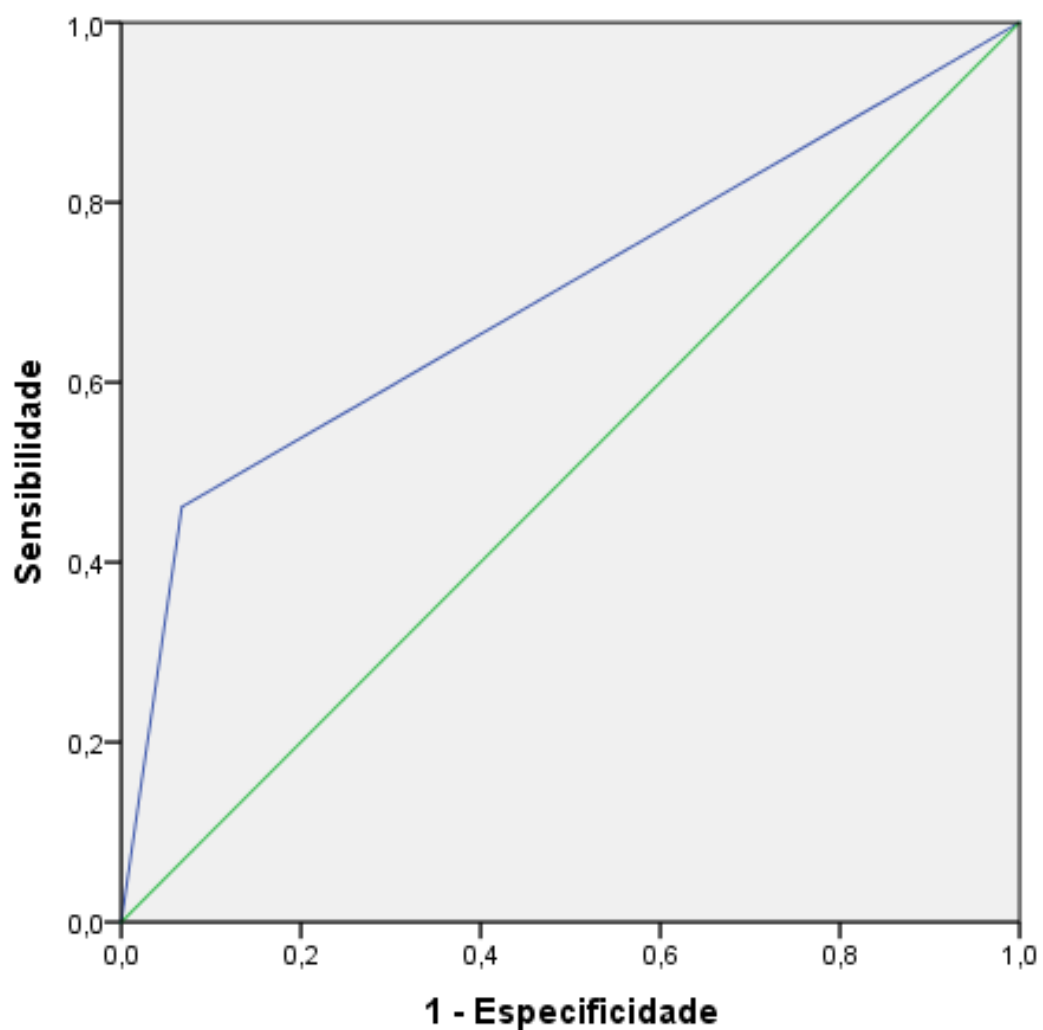


Buscou-se, ainda, analisar as propriedades do exame citopatológico, expostas na Tabela 12. O citopatológico apresentou sensibilidade e especificidade superiores às do teste Schiller,

com valores de 0,46 e 0,93, respectivamente. A RCD do teste foi de 12,3, acurácia de 0,86, VPP de 0,54 e VPN de 0,90, e razão de verossimilhança de 6,83.

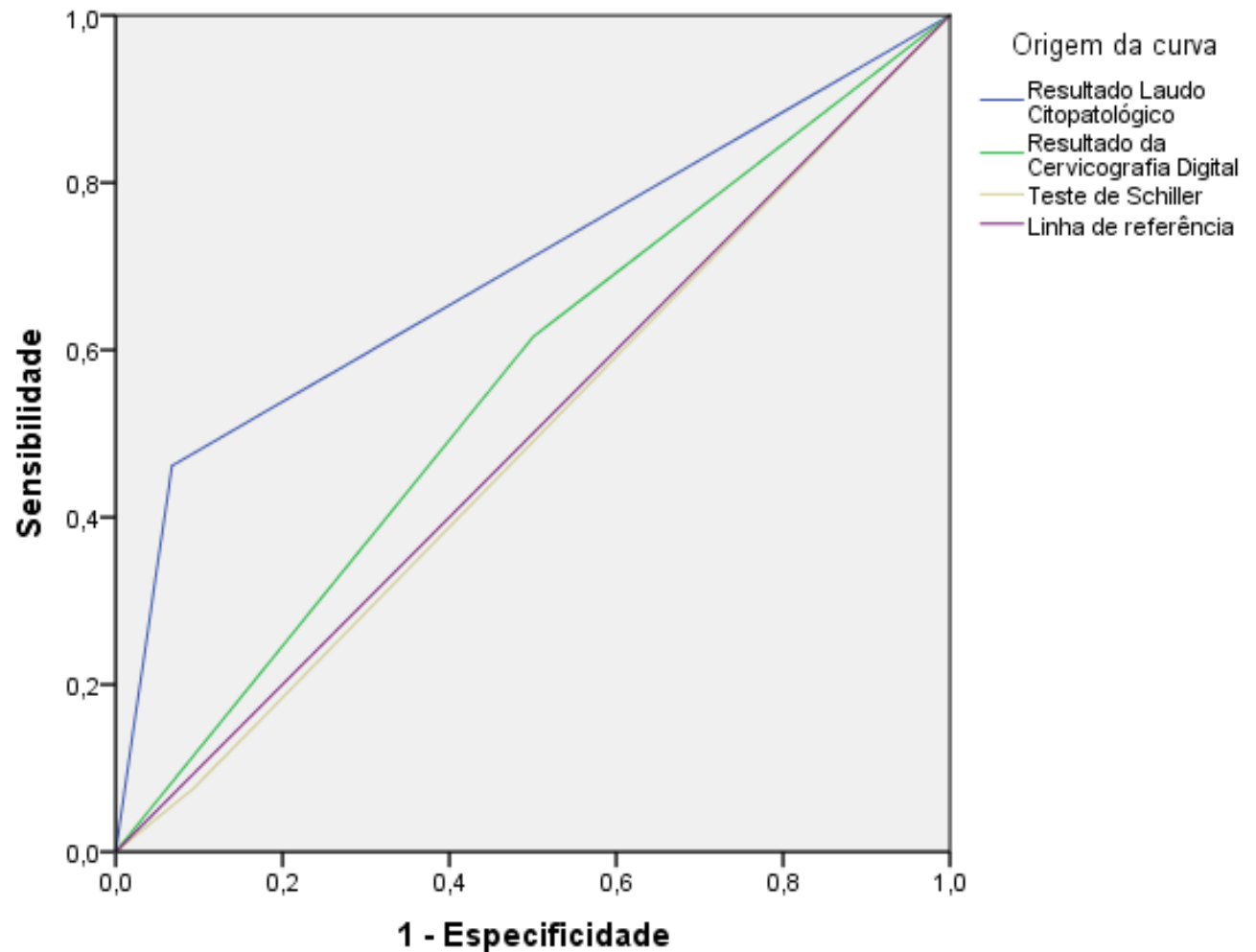
Na curva ROC, o citopatológico apresentou a curva do teste (em azul) mais afastada dos demais testes, com associação significativa ($p=0,024$ [IC95% = 0,517 – 0,877]) e área de 0,697 (Gráfico 8).

Gráfico 8. Curva ROC para o citopatológico, em comparação ao teste padrão ouro (colposcopia). Fortaleza, Ceará, 2019.



A representação da curva ROC para a cervicografia, teste de Schiller e citopatológico podem ser visualizados no Gráfico 9.

Gráfico 9. Representação da curva ROC para a cervicografia, teste de Schiller e citopatológico. Fortaleza, Ceará, 2019.



Dentre os três testes realizados, o citopatológico foi o que mais apresentou sua curva afastada da linha diagonal. Mesmo tendo uma área sob a curva classificada com pobre, possuiu um valor significativo, diferenciando-se dos dois testes anteriores.

Os testes diagnósticos dos exames avaliados estão resumidos na Tabela 12.

Tabela 12. Relação entre área sob a curva ROC e a precisão do diagnóstico. Fortaleza, Ceará, 2019.

Dados	Cervicografia	Teste Schiller	Citopatológico
Sensibilidade	0,61	0,07	0,46
Especificidade	0,50	0,90	0,93
RCD	1,60	0,80	12,3
Acurácia	0,57	0,78	0,86
VPP	0,18	0,13	0,54
VPN	0,90	0,85	0,90
RV	1,23	0,81	6,83
<i>p</i> -valor	0,509	0,919	0,024
IC95%	0,389 – 726	0,322 – 0,661	0,517 – 0,877
Área	0,558	0,491	0,697
Classificação	Não discriminado	Não discriminado	Pobre

Legenda: RCD = razão de chances de diagnóstico; VPP = valor preditivo positivo; VPN = valor preditivo negativo; RV = razão de verossimilhança; IC95% = intervalo de confiança 95%.

Fonte: elaboração própria.

O citopatológico apresentou maior RCD, medida que representa a relação das chances de positividade em pacientes com doença, em relação às probabilidades em indivíduos sem a doença. É uma medida que depende significativamente da sensibilidade e da especificidade de um teste: quanto maior a especificidade e menor a sensibilidade, a RCD é elevada. Com uma mesma sensibilidade do teste, a RCD se eleva com o aumento da especificidade do teste (BORGES, 2016).

No que se refere à RV, observou-se que também foi maior no citopatológico. A $RV > 1$ corrobora com a presença da doença (FERREIRA; PATINO, 2018), ou seja, dentre os três testes, a citologia apresentou maior chance de diagnosticar a doença entre as participantes – quanto maior a RV, maior a probabilidade de doença.

6 DISCUSSÃO

Mais de um terço das participantes tinha de 26 a 35 anos, a maioria declarou ser parda e afirmou ser casada, quanto à escolaridade metade relatou ter até nove anos e serem donas de casa. Achados sociodemográficos como este refletem o público que busca os serviços de saúde brasileiros para o rastreamento do CCU que concentra mulheres com faixa etária entre 30 e 39 anos (43,3%), pardas (52,4%) e que estudam há mais de oito anos (63,7%) (LEITE; AMORIM, GIGANTE, 2018). A idade máxima das participantes foi de 59 anos, ratificando que as mulheres com 60 a 64 anos apresentam menor cobertura do exame preventivo (VIANA *et al.*, 2019). Se assemelhando a outros países como por exemplo a Etiópia que realizou uma pesquisa para avaliar a captação do rastreamento do câncer pré-cervical e seus fatores associados em mulheres em idade reprodutiva, sendo a grande parte que buscaram o serviço casadas (62,1%) e mais de um quarto donas de casa (28,2%) (BANTE *et al.*, 2019).

Um estudo com mulheres do Mato Grosso do Sul e da Paraíba, evidenciou que os fatores como de alto nível educacional, emprego e relacionamento interpessoal estável aumenta as chances de realização do exame de Papanicolaou (ALVES *et al.*, 2019). A literatura aponta vários fatores que implicam na não realização do exame de Papanicolaou, como a baixa escolaridade (MARTINS; VALENTE; THULER, 2009; BORGES *et al.*, 2012; MARTÍNEZ-MESA *et al.*, 2013; LEITE; AMORIM, GIGANTE, 2018; NUCHE BERENGUER; SAKELLARIOU, 2019), baixa renda (BORGES *et al.*, 2012; LEITE; AMORIM, GIGANTE, 2018; NUCHE BERENGUER; SAKELLARIOU, 2019), ser solteira (MARTINS; VALENTE; THULER, 2009; GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011; BORGES *et al.*, 2012; NUCHE BERENGUER; SAKELLARIOU, 2019), idade avançada (MARTINS; VALENTE; THULER, 2009), cor autorreferida preta (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011; BAIRROS *et al.*, 2011), e os grupos menos favorecidos como indígenas (SONEJI; FUKUI, 2013) e quilombolas (OLIVEIRA; GUIMARÃES; FRANÇA, 2014).

As regiões brasileiras mais pobres (Norte e Nordeste) apresentam a maior prevalência de mulheres nunca rastreadas para CCU, o que é comprovado por apresentarem as maiores taxas nacionais de incidência e mortalidade por CCU (MARTÍNEZ-MESA *et al.*, 2013; BRASIL, 2017a). Dessa maneira, como o Brasil apresenta diferenças regionais e sociodemográficas, conhecer o perfil das mulheres que buscam os serviços para o exame citopatológico é fundamental, bem como os determinantes sociais e comportamentais de não comparecimento ao rastreamento devem ser usados para otimizar a prevenção do CCU (PETKEVICIENE; IVANAUSKIENE; KLUMBIENE, 2018).

Menos de um quarto das participantes referiram histórico familiar de CCU. Interessados também nessa informação, a pesquisa em Roraima apresentou histórico familiar de CCU de 15,9%, valor este que se aproxima do achado nesta pesquisa (NAVARRO *et al.*, 2015). Perguntar ao público seu histórico familiar de câncer torna-se importante, já que os parentes de primeiro grau correm maior risco de desenvolvê-lo, o que auxilia na avaliação do risco preliminar, além de contribuir para o aconselhamento preventivo adequado e na promoção da saúde desse público (FIEDERLING; SHAMS; HAUG, 2016; CLEOPHAT *et al.*, 2018). Vale destacar que outros fatores não hereditários como estilo de vida, ambientais e de comportamento de saúde contribuem também para a ocorrência do câncer (FRANK *et al.*, 2014), portanto a busca de todas essas informações é de suma importância.

Quase a totalidade das participantes referiram não fumar, assim como a maioria referiu não fazer uso de álcool. Esses achados diferem das participantes para o rastreio do CCU de Vitória, Espírito Santo, em que 12% eram fumantes e 34% fazia uso de álcool (LEITE; AMORIM, GIGANTE, 2018) e de Boa Vista, Roraima 27,5% referiram fumar e somente 4,3% faziam uso de álcool (NAVARRO *et al.*, 2015). Apesar de muitos países apresentarem diminuição da prevalência do tabagismo, o número de fumantes em todo o mundo deve aumentar de 1,3 bilhão em 2010 para 1,7 bilhão em 2025, com grande parte desse crescimento ocorrendo em países de baixa e média renda. O CCU está constantemente associado ao tabagismo, o risco relativo para carcinoma em células escamosas aumenta atualmente comparado aos nunca fumantes, com o número de cigarros fumados por dia e com idade mais jovem ao começar a fumar (THUN; FREEDMAN, 2018). Uma pesquisa feita na Austrália mostrou que as chances de NIC de alto grau aumentaram 43% entre os fumantes atuais em comparação aos que nunca fumaram e aumentaram com a intensidade do tabagismo (XU *et al.*, 2018). A combinação de fumar e beber pesado aumenta o risco de câncer de maneira mais consistente e rápida, do que fosse de maneira isolada (THUN; FREEDMAN, 2018). Conhecer o hábito de vida das mulheres para rastreio do CCU é relevante, uma vez que o tabagismo consiste em um fator de risco modificável evitando assim o câncer, dessa maneira é necessário encorajar a sua cessação para que ocorra a diminuição dos riscos das lesões pré-cancerígenas (XU *et al.*, 2018).

A prática de atividade física foi referida por pouco mais de um terço das participantes sendo a caminhada e musculação as mais referidas. Contudo grande parte relatou não fazer nenhuma atividade. Vale destacar que a inatividade física está associada à menor participação no rastreio do CCU (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011; RICHARD *et al.*, 2015). Quanto ao IMC das participantes, este variou entre 15,5 e 42,2 com mediana de 26,8, sendo que mais de

um terço das participantes apresentaram o IMC adequado e cerca de um terço obesidade. É necessária uma atenção especial para um fator que está crescendo nos últimos tempos que é a obesidade, as mulheres com obesidade, apresentam baixas taxas de rastreio do CCU (ALDRICH; HACKLEY, 2010; RICHARD *et al.*, 2015; FRANCK *et al.*, 2019). A obesidade está causalmente relacionada ao câncer de mama (pós-menopausa), entretanto as associações com o CCU não foram classificadas (KEUM *et al.*, 2018). Dessa maneira identificar grupos com baixas taxas de rastreio é de suma importância para que sejam realizadas buscas ativas e intervenções que visem melhorar o rastreio e participação desse público.

A violência foi referida por quatro mulheres, essa informação deve ser investigada com relevância, uma vez que a literatura indica que independentemente do tipo de violência (física ou sexual) aplicada pelo parceiro íntimo, sua presença tornam as mulheres mais susceptíveis a não realização do exame de Papanicolaou, comparado as que não são vítimas (LEITE; AMORIM, GIGANTE, 2018). Um estudo no Canadá que visou explorar barreiras e facilitadores para a implementação da auto amostragem do HPV em programas de rastreamento do CCU, na perspectiva de provedores e formuladores de políticas, mostrou que mais de um terço dos entrevistados considerou que a natureza invasiva do exame de Papanicolaou também pode impedir a participação de mulheres que sofreram trauma ou abuso sexual (WOOD *et al.*, 2018).

Quase metade referiu início da vida sexual dos 16 aos 20 anos, a grande maioria teve até 5 parceiros e quase a totalidade referiu de um a dois parceiros nos últimos três meses. Esses achados se assemelham com os identificados em Vitória, Espírito Santo, onde 54% das mulheres tiveram a primeira relação sexual entre 15 e 18 anos de idade, e mais de 90% tiveram pelo menos um parceiro sexual nos últimos 12 meses (LEITE; AMORIM, GIGANTE, 2018). Cabe destacar que os fatores de risco para a infecção pelo HPV estão relacionados ao comportamento sexual e inclui a multiplicidade de parceiros e o início precoce da atividade sexual (BRASIL, 2013; PAHO, 2016).

Quase a totalidade das participantes eram heterossexuais, é notório a participação desse público no rastreio CCU, uma vez que as mulheres lésbicas apresentam menor participação (TRACY; SCHLUTERMAN; GREENBERG, 2013; WATERMAN; VOSS, 2015). As barreiras para participação citadas estão relacionadas ao entendimento dos benefícios do rastreio, a gravidade e a suscetibilidade ao CCU e a revelação da orientação sexual para os profissionais de saúde. Técnicas de intervenção que possuem êxito em mulheres heterossexuais podem não ser eficazes para as lésbicas, portanto, o desenvolvimento de estratégias

especializadas pode ajudar na captação desse público. As intervenções direcionadas às lésbicas devem, portanto, enfatizar os benefícios da triagem e educá-las sobre sua suscetibilidade ao CCU, além de oferecer estratégias para superar barreiras (TRACY; SCHLUTERMAN; GREENBERG, 2013).

Quase metade das participantes teve de uma até duas gestações, sendo a maioria dois partos e menos de um quarto relataram aborto. Diferente desse achado, quase metade das entrevistadas em Vitória, tiveram três ou mais gestações (LEITE; AMORIM, GIGANTE, 2018). Salienta-se que, a maioria dos exames é realizado quando uma mulher procura atendimento ginecológico ou obstétrico. Dessa forma, os exames geralmente são realizados fora do grupo etário recomendado e no mesmo grupo de mulheres, ocasionando um superrastreamento enquanto outros grupos não participam do rastreio e correm maior risco de desenvolver o CCU (BRASIL, 2016; VALE *et al.*, 2019).

Quanto as práticas sexuais, todas referiram fazer sexo vaginal, quase metade sexo oral e mais de um terço sexo a anal. Rotineiramente nas consultas, devem ser realizadas perguntas sobre as práticas sexuais com o intuito de investigar melhor os sítios das ISTs, como no caso da clamídia e gonococo que podem ocorrer na via oral, vaginal e anal, assim como a hepatite A, devido o contato oral-anal que acontece especialmente nos gays e nos homens que fazem sexo com homens (HSH). As pessoas vivendo com HIV (PVHIV) que realizam sexo anal merece atenção especial, pois apresentam maior incidência de verrugas genitais perianais e complicações com lesões malignas e neoplasias (BRASIL, 2019a).

A maioria fazia uso de métodos contraceptivos, entre os mais usados foram o ACO, anticoncepcional injetável e preservativo. Um estudo australiano, constatou que mulheres entre 30 e 44 anos que eram usuárias atuais de contraceptivos hormonais apresentaram chances aumentadas em cerca de 50% de desenvolver NIC de alto grau em comparação com mulheres que nunca usaram ou usaram no passado (XU *et al.*, 2018). Mulheres que usam ACO têm maior probabilidade de serem expostas ao HPV do que aquelas que usam métodos contraceptivos de barreira ou que não fazem relações sexuais. A associação ao CCU é diminuída após a interrupção do uso de ACO e é muito fraca 10 anos após o último uso. Consequentemente, as usuárias de longo prazo do ACO merecem direcionamento específico para os programas de rastreamento do CCU (CIBULA *et al.*, 2010).

Uma pequena porcentagem referiu história de IST sendo mencionado HPV e duas desconheciam qual IST tiveram. O estudo realizado na Etiópia já mencionado encontrou um valor maior, correspondendo a 14,3% das mulheres tiveram IST (BANTE *et al.*, 2019). A

história de IST está associada a maiores chances de realização do rastreio do CCU (BANTE *et al.*, 2019; BRANDÃO *et al.*, 2019).

Os cofatores que modificam o risco em mulheres com DNA positivo para HPV incluem método contraceptivo, tabagismo, alta paridade e exposição prévia a outras ISTs, como *Chlamydia trachomatis* e vírus do herpes simplex tipo 2, no entanto para a identificação destes, é necessário um controle adequado do forte efeito do HPV e uma população grande para ser estudada. Outro aspecto que é reconhecido referente a paridade é sua prevalência mais frequentes entre populações de baixa renda, em contrapartida, a contracepção hormonal é mais prevalente em grupos de alta renda (HERRERO; MURILLO, 2018).

Todas as participantes referiram não ser vacinadas contra o HPV, fato esse esperado, visto que a vacina do HPV quadrivalente (6, 11, 16 e 18) foi adicionada no PNI em 2014, portanto só estava com dois anos de implementação e a faixa etária das participantes do estudo não condizia com a preconizada. Uma pesquisa recente no Brasil evidenciou os tipos de HPV detectados frequentemente em território nacional, sendo eles: HPV-56, HPV-51, HPV-53, HPV-18, HPV-58, HPV-52 e HPV-16 (LORENZI *et al.*, 2019). Portanto, é necessário o rastreio contínuo para prevenção do CCU em populações vacinadas e não-vacinadas, visto a heterogeneidade do vírus (XU *et al.*, 2018), o processo migratório e miscigenação entre as populações.

Quase todas referiram que não era a primeira consulta ginecológica da vida, metade estava com mais de dez anos do primeiro exame citopatológico e referiu ter feito este pela primeira vez dentro dos três anos de início da vida sexual. A maioria das participantes relatou que o último exame citopatológico tinha sido realizado há cinco anos e mais da metade relatou fazê-lo o anualmente. Esses achados diferem do estudo realizado em Boa Vista, Roraima tendo como último exame citopatológico realizado há menos de um ano 85,7% e com a frequência do exame anual de 77% (NAVARRO *et al.*, 2015). Um estudo de auditoria realizado em Campinas, São Paulo evidencia que em 2010, o intervalo do exame citopatológico mais frequente foi o anual 47,5% e em 2016 o bienal 34,7% (VALE *et al.*, 2019).

Nos estados brasileiros a cobertura dos exames citopatológico varia, sendo maior em Roraima, Santa Catarina e Espírito Santo, enquanto os estados com os menores percentuais corresponde ao Maranhão, Amapá e Ceará (BARBOSA, 2017), também fica notória a ausência de uma política para garantir um convite de rotina à população-alvo, o que configura o padrão de rastreio como oportuníssimo, isto é, as mulheres acessam o sistema de saúde por diferentes razões para realizar o exame citopatológico (VALE *et al.*, 2019, BRASIL, 2016).

Grande parte das participantes não sabiam informar o resultado do último exame, fato esse comum nos serviços de saúde, na qual muitos resultados das citologias não são informados independente de ser normal ou não, e o principal motivo é a paciente que não volta ao serviço para recebê-lo. O ideal seria um sistema que ao invés de medir o número de exames de Papanicolaou que são realizados, medisse o número de resultados que são entregues as mulheres (BLANCKENBERG *et al.*, 2013).

Todas as amostras foram satisfatórias, mostrando o padrão de qualidade das coletas que são realizadas na unidade de saúde escola. No entanto, deve-se repetir o exame quando o resultado for insatisfatório ou rejeitado e, nesses casos, o novo exame é considerado de rastreamento, uma vez que o primeiro não teve resultado. No período de 2011 a 2013 o percentual de exames insatisfatórios ou rejeitados nos laboratórios corresponderam a 1,16% (BRASIL, 2019b).

A grande maioria apresentou laudo citopatológico normal, a prevalência de lesões foi de 12,6%, sendo as mais prevalentes ASC-US e ASC-H seguido de LSIL e HSIL. Análogo a este estudo, pesquisadores em Pernambuco verificaram o perfil das mulheres com alterações cervicais, encontrando a prevalência das lesões na mesma ordem decrescente da pesquisa porém em proporções maiores sendo ASC-US (36,94%), ASC-H (23,89%), LSIL (11,28%), HSIL (6,63%) (PEDROSA; MAGALHÃES FILHO; PERES, 2019). Os resultados normais geralmente predominam (97,0 a 98,0%); entre os resultados anormais, os mais frequentes são os ASC (ASC-US, ASC-H) (1,1 a 1,6%), seguido pelo LSIL (0,3 a 0,6%) (VALE *et al.*, 2019).

Metade das mulheres apresentou na microbiologia citológica cocos e bacilos e quase um terço *Lactobacillus sp.* O estudo de Pernambuco já mencionado, Cocos, *Gardnerella vaginalis* e lactobacilos foram os agentes mais evidentes (PEDROSA; MAGALHÃES FILHO; PERES, 2019).

Com relação a realização do exame citopatológico anualmente, as variáveis história de IST e uso de ACO foram estatisticamente significativas. As mulheres que já apresentaram alguma IST apresentaram 7,22 vezes mais chances de realizarem anualmente o exame citopatológico, já as que faziam uso do ACO tiveram 3,78 mais chances. Isso pode estar associado ao fato de muitas mulheres não saberem que o exame citopatológico é para prevenção do CCU e sim pensarem que é para o rastreio de IST, como também o fato de fazer uso de ACO pode estar associado a ida ao serviço para pegá-lo.

Outra vez, o estudo realizado na Etiópia apontou que as mulheres com histórico de IST tinham 2,37 vezes mais chances de realizar o rastreamento do que aquelas que não tinham

(BANTE *et al.*, 2019), em outro estudo realizado na Etiópia a probabilidade das mulheres com IST foi de 1.635 vezes mais alta de se submeter ao rastreamento CCU quando comparadas às que não tiveram (BAYU *et al.*, 2016). Um estudo em Moçambique com o intuito de estimar a prevalência autorreferida e os determinantes da captação do rastreamento do CCU em Moçambique, apresentou a prevalência rastreio maior nas participantes que relataram o uso de contraceptivos orais (RP = 2,25, IC 95%: 1,20–4,24) (BRANDÃO *et al.*, 2019).

Ser da cor autorreferida preta apresentou 15,60 mais chances de estar realizando a primeira consulta ginecológica. Fato esse que corrobora com a literatura, já que as mulheres pretas se constituem um fator para não participação do rastreio do CCU, por isso a busca do serviço as vezes ocorre de maneira tardia. Esse público juntamente com as indígenas constitui populações mais vulneráveis ao diagnóstico em estágio avançado do CCU se comparada às mulheres brancas, de acordo com o estudo da análise temporal e os fatores associados ao diagnóstico em estágio avançado do CCU realizado no Brasil (RENNA JUNIOR; SILVA, 2018). Identificar o perfil das mulheres com estágio do câncer avançado, pode auxiliar nas reformulações em programas com foco para esse público que talvez não esteja sendo alvo das campanhas atuais (TSUCHIYA *et al.*, 2017).

No que se refere ao primeiro exame citopatológico dentro dos três primeiros anos do início da vida sexual, ser solteira e história de câncer na família foram significativas. Em relação a ser solteira, trata-se de achado diferente, visto que a não realização do exame aumenta nas mulheres que não possuem relacionamento estável (GRILLO; VALLÉE; CHAUVIN, 2012; KRISTENSSON *et al.*, 2014; MENVIELLE *et al.*, 2014)

Quanto ao histórico de câncer na família pode estar associado ao receio que as mulheres têm por ser um fator hereditário e torná-las mais propensas a desenvolver. Um estudo realizado em Paris para examinar as características potencialmente associadas ao nunca ter se submetido ao rastreio do CCU foram mais frequentes entre as que declararam não ter ninguém em seu círculo com câncer (GRILLO; VALLÉE; CHAUVIN, 2012). O estudo realizado na Etiópia já citado previamente, revelou que as participantes que tinham histórico familiar de CCU eram 4,95 vezes mais propensas para realizar o rastreamento pré-cervical do que aquelas que não tinham (BANTE *et al.*, 2019)

As mulheres acima de 30 anos e casadas apresentaram resultado negativo para a colposcopia. Achados significativos referentes ao resultado positivo da colposcopia teve associação com as mulheres até 30 anos. Esse achado converge com a diretriz ministerial brasileira, que destaca a prevalência da infecção maior em mulheres abaixo dos 30 anos, tendo a maioria delas resolução espontânea na adolescência, em um período aproximado de até 24

meses (BRASIL, 2019a), vale destacar a NIC geralmente é uma doença em idade reprodutiva, entretanto CCU é mais comum em mulheres de mais idade (BHOGIREDDY *et al.*, 2014). As solteiras também se associaram ao resultado positivo, não foram encontrados dados na literatura com essa informação. Quanto ao fato de ser solteira, pode estar relacionada a maior vulnerabilidade que apresentam pela não existência de um parceiro fixo, diferente das casadas que possuem um relacionamento estável.

Um estudo realizado na Tailândia para determinar os fatores associados ao aumento do risco de desenvolvimento de HSIL em mulheres com menos de 30 anos em comparação às com idade ≥ 30 anos que também tinham HSIL encontrou na análise multivariada que o início da vida sexual precoce, múltiplos parceiros sexuais, história de verrugas genitais e história de tabagismo, estiveram significativamente associados ao desenvolvimento de HSIL em mulheres com menos de 30 anos (WUDTISAN *et al.*, 2019).

As diferenças no estado de saúde podem estar associadas a uma miríade de fatores dentre eles individuais, sociais e sistêmicos. Os de riscos individuais envolvem as características como deficiência, sexo e raça ou etnia; os sociais incluem status educacional, ocupação e outros indicadores de classe social; já os sistêmicos abrangem aspectos como acesso, tipo e fonte habitual de assistência à saúde (ROWLAND *et al.*, 2014).

Para verificar a sensibilidade, especificidade e acurácia da CD, Schiller e do citopatológico, utilizou-se a colposcopia como referência (padrão ouro), em virtude de os resultados da biopsia não terem sido obtidos, por se tratar de um exame mais complexo e que não é realizado nível da AB.

A cervicografia apresentou sensibilidade 61%, especificidade 50%, VPP 18%, VPN 90% e acurácia de 57%. Um estudo realizado para validar critérios de positividade envolveu 300 mulheres e mostrou que sensibilidade 99,1%, especificidade 81,3%, VPP 76%, VPN 99,3% (FRANCO *et al.*, 2008). Um estudo realizado em Porto Alegre avaliou e comparou o desempenho da CD com os métodos visuais de rastreamento, sendo estes a CD com IVA apresentando sensibilidade 84%, especificidade 95,8%, VPP 87,5%, VPN 94,5% e acurácia de 92,7%, já a CD com iodo apresentou sensibilidade 88%, especificidade 97,2%, VPP 91,6%, VPN 95,9%, acurácia 94,9% (HILLMANN *et al.*, 2013). Nota-se que apenas o VPN de ambos os estudos se aproxima do encontrado nesta pesquisa. A literatura é limitada quanto a CD como método de rastreamento, contudo algumas de suas vantagens além do baixo custo, é a de fornecer várias imagens para serem analisadas e enviadas para um colposcopista especializado, da

mesma forma podem ser usadas como estratégia educacional, proporcionando aos alunos a oportunidade de ver casos raros (HILLMANN, *et al.*, 2019).

Quanto ao teste de Schiller sua sensibilidade correspondeu a 7% e especificidade 90%. Em contrapartida, em um estudo sobre o rastreio do CCU nos países em desenvolvimento apresentou maior sensibilidade (78-98%), considerada moderada, mas no que se refere a especificidade (73-93%) classificada como baixa se aproximou do que foi encontrado nesta pesquisa. Portanto, o teste de Schiller pode auxiliar no tratamento imediato, sendo adequado para lugares com pouco recursos (DENNY; QUINN; SANKARANARAYANAN, 2006). Uma metanálise realizada para avaliar precisão diagnóstica dos métodos visuais de rastreio para detectar NIC II mostrou que o teste de Schiller possui sensibilidade 88%, sendo bem superior a encontrada nesta pesquisa, e já a especificidade se aproxima do valor em questão, correspondendo a 86%, e que embora imperfeito, sozinho parecia ser a estratégia de triagem visual mais útil (CATARINO *et al.*, 2018). No que diz respeito ao VPP 13%, VPN 85% e acurácia 78% aqui destacado, em oposto ao estudo da Nigéria que comparou a precisão da citologia, IVA e Schiller na detecção de lesões pré-malignas e malignas do colo do útero, encontrou VPP, VPN e acurácia correspondendo a 57,9%, 95,1%, e 99% respectivamente (EGEDE *et al.*, 2018).

O citopatológico apresentou sensibilidade e especificidade de 46% e 93% respectivamente. Corroborando com os achados dessa pesquisa, um estudo sobre o rastreio do CCU nos países em desenvolvimento evidencia a sensibilidade moderada (44-78%) e especificidade alta (91-96%) para este exame, o que requer a garantia dos recursos materiais e humanos adequados (desde a técnica até a interpretação do laudo) para que se tenha um padrão de qualidade (DENNY; QUINN; SANKARANARAYANAN, 2006). Em paradoxo, o estudo de Egede *et al.*, (2018) realizado na Nigéria, citado anteriormente, destacou a sensibilidade de 80%, e, no entanto, a especificidade 91,8% se aproxima do valor encontrado nesta pesquisa. No tocante ao VPP, VPN e acurácia investigados nesta pesquisa, corresponderam a 54%, 90% e 86% respectivamente, valores estes que se aproximam dos que foram encontrados na Nigéria (VPP 63,2%, VPN 96,3%, e acurácia 90%) (EGEDE *et al.*, 2018).

A literatura é diversificada quanto a sensibilidade e especificidade dos testes utilizados para rastreio do CCU e varia muito de acordo com padrão ouro (biopsia, colposcopia seguida de biopsia) utilizado e qual estágio de lesão intraepitelial que se deseja detectar. Além disso, a alta acurácia dos testes visuais pode ser explicada pela classificação incorreta padrão-ouro como resultado da alta correlação entre os testes de rastreio visual e a colposcopia (CATARINO *et*

al., 2018). Diferença significativa nas sensibilidades da IVA e teste de Schiller entre diferentes padrões-ouro pode fornecer informações para a otimização dos programas de rastreamento CCU em andamento (QIAO *et al.*, 2015).

A literatura é escassa quanto à RV, possuindo como finalidade calcular a probabilidade de encontrar um teste positivo em uma pessoa com a doença, comparado a uma pessoa sem a doença. No entanto em ambientes com poucos recursos, há um foco em estratégias com VPP mais altos para identificar mulheres que precisam de intervenções imediatas (WENTZENSEN *et al.*, 2016).

Importante ressaltar que, mesmo apresentando maior RCD, acurácia e RV o citopatológico pode ser influenciado pela competência de quem está coletando o exame e de quem realiza a leitura da lâmina. O estudo foi desenvolvido em uma unidade escola com pessoal treinado para realizar o exame, o que pode ter influenciado essa avaliação. Portanto, para um exame citopatológico mais acurado a ser realizado em toda a rede de atenção básica é necessário investir na qualificação dos profissionais que o realizam.

A leitura e interpretação das amostras do exame citopatológico são realizadas em hospitais ou laboratórios particulares que estão situados na zona urbana, e os atrasos tornam menos provável que as mulheres com resultados positivos recebam o laudo, bem como o tratamento e/ou acompanhamento sejam realizados em tempo oportuno (EGEDE *et al.*, 2018). Os ambientes que dispõem de poucos recursos necessitam de estratégias de rastreio diferentes, visto que a capacidade de tratamento é limitada e o retorno das mulheres para os testes repetidos é desafiador ou impossível (WENTZENSEN *et al.*, 2016). Portanto, a colposcopia no nível de atenção primária surge como ferramenta para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno para a população feminina.

Salienta-se que a colposcopia imediata possui suas vantagens e desvantagens. Esta por sua vez permite um diagnóstico rápido das lesões pré-cancerosas e pode evitar possíveis perdas, entretanto causa desconforto, ansiedade desnecessária, alto custo e possibilidade de causar diagnóstico e tratamento excessivos (BARUT *et al.*, 2015). Contudo, vários benefícios são mencionados para a realização da colposcopia no nível primário, com destaque para o treinamento adequado, na qual as tarefas que foram executadas por funcionários altamente especializados podem ser deslocadas para outros profissionais de saúde, permitindo que os especialistas se concentrem em casos mais complexos, além disso, diminui a barreira dos pacientes ao acesso, o que deixa o serviço mais próximo da população, reduzindo assim o custo com transportes e outros custos (BLANCKENBERG *et al.*, 2013; MAIMELA *et al.*, 2019).

Fazer uso de estratégias baseadas em evidências que visem a detecção e controle do CCU é primordial, bem como a capacitação e treinamento de profissionais para que possam fazer uso destas (LOPEZ *et al.*, 2017).

Neste ínterim, pesquisadores da UFC mostraram por meio do seu estudo da avaliação de custo efetividade do PROGYNE que ao implementar o rastreio com seu uso observou-se que o QALY foi de 45,22 somado a expectativa, confirmando que as usuárias submetidas as tecnologias de rastreio preconizadas (CD e colposcopia) ganharão mais anos de vida com qualidade e que embora no presente o custo para implementá-lo corresponda a R\$ 1.085.527.223,61, ao longo do tempo será obtido uma economia equivalente a R\$ 447.169.309,76 (SOUSA; ORÍÁ, 2018).

7 CONCLUSÃO

O perfil sociodemográfico das mulheres que acessaram o serviço para consulta de enfermagem ginecológica apresentava idade entre 26 a 35 anos, eram pardas, casadas, com até nove anos de estudo e donas de casa. Ademais, apresentaram histórico familiar de câncer sendo o CCU e o câncer de mama mais relatados. Quanto aos hábitos pessoais, não faziam uso de cigarro e bebida alcoólica, nem praticavam atividade física, apresentaram IMC adequado, eram heterossexuais, iniciaram a vida sexual entre 16 e 20 anos, tiveram até cinco parceiros íntimos, faziam uso de métodos contraceptivos, tiveram de uma a duas gestações, referiram HPV como histórico de IST, não era a primeira consulta ginecológica da vida, sendo relatado o primeiro Papanicolaou há mais de 10 anos com início dentro dos três primeiros anos de início da vida sexual.

Os tipos de lesões pré-cancerosas prevalentes foram ACS-US, ASC-H, LSIL e HSIL. Não houve associação significativa das lesões com as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e rastreio. No entanto, achados consistentes foram encontrados para realização do exame preventivo anual como a história de IST e uso de anticoncepcional oral, sendo que para as mulheres de cor autorreferida preta a consulta estava sendo a primeira da vida. A realização da primeira consulta de prevenção ginecológica dentro dos três primeiros anos do início da vida sexual esteve associada com ser solteira e com histórico de câncer na família. O resultado da colposcopia positiva associou-se com a idade até 30 anos e ao estado civil solteira.

Os métodos de rastreio utilizados CD, Schiller e citopatológico foram verificados quanto a acurácia sendo o citopatológico o de maior acurácia e maior razão de chances de diagnóstico. No entanto, implementar a colposcopia na atenção básica se mostrou eficaz para auxiliar no rastreio e diagnóstico das lesões pré-cancerosas, pois trata-se de um procedimento mais acurado.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Como limitação do estudo destaca-se o pequeno número amostral, em virtude da perda se seguimento das colposcopias, o que também repercute na inferência estatística e pode não ser representativa da população que busca o serviço da unidade de saúde-escola.

Já os pontos fortes da pesquisa, trata-se de uma pesquisa nova, que fornece informações importantes sobre as mulheres que buscam o serviço para realizar o rastreio do CCU como também avalia a utilização das estratégias abordadas pelo o PROGYNE. Dessa maneira, compreender os resultados de saúde sejam eles positivos ou negativos do público que acessa os serviços de saúde para o rastreio do CCU e qual está com a baixa participação, assim como os métodos de rastreio utilizados é essencial para o serviço e o sistema nacional de saúde dos países menos desenvolvidos, como no caso o Brasil, sobretudo o estado do Ceará apontado como um dos estados com baixo rastreio para o CCU. Essas informações são importantes pois auxiliará a compreensão do público, no gerenciamento mais adequado, criação de programas e intervenções mais eficazes para a busca ativa das faltosas bem como para a detecção precoce das lesões precursoras do CCU.

Apesar das evidências encontradas, sugere-se a realização de mais estudos envolvendo as mulheres que buscam o serviço de rastreio do CCU na CPN, visando investigar os determinantes sociais da saúde que envolvem esse público, o motivo da procura, o conhecimento, atitude e crenças, quais as barreiras podem ser apresentadas (geográfica, acessibilidade e financeira), como as redes sociais (companheiro, familiares, amigos e redes sociais) as influenciam na busca do serviço ou na disseminação das informações do CCU e quais disparidades se apresentam nesse cenário.

REFERÊNCIAS

- ABBOTT, K. V. Retrospective Studies: A Fresh Look. **Am J Speech Lang Pathol.**, v. 25, n. 2, p. 157-63, 2016.
- ALDRICH, T.; HACKLEY B. The impact of obesity on gynecologic cancer screening: an integrative literature review. **J Midwifery Women's Health.**, v. 55, n. 4, p. 344-56, 2010.
- ALVES, S. A. V. et al. Differential Impact of Education Level, Occupation and Marital Status on Performance of the Papanicolaou Test among Women from Various Regions in Brazil. **Asian Pac J Cancer Prev**, v. 20, n. 4, p. 1037-1044, 2019.
- BAIROS, F. S. *et al.* Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 12, p. 2364-2372, 2011.
- BANTE, S. A. *et al.* Uptake of pre-cervical cancer screening and associated factors among reproductive age women in Debre Markos town, Northwest Ethiopia, 2017. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 1102, 2019.
- BARBIANI, R.; NORA, C. R. D.; SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e2721, 2016.
- BARBOSA, I. R. Regional and Socioeconomic Differences in the Coverage of the Papanicolaou Test in Brazil: Data from the Brazilian Health Survey 2013. **Rev Bras Ginecol**, v. 39, n. 9, p. 480-487, 2017.
- BARNSBEE, L.; BARNETT, A. G.; HALTON, K.; NGHIEM, S. Cost-effectiveness. Mechanical Circulatory and Respiratory Support, 749–772, 2018.
- BARUT, M. U. *et al.* Analysis of Sensitivity, Specificity, and Positive and Negative Predictive Values of Smear and Colposcopy in Diagnosis of Premalignant and Malignant Cervical Lesions. **Med Sci Monit**, v. 21, n. 3860–3867, 2015.
- BAYU, H. *et al.* Cervical Cancer Screening Service Uptake and Associated Factors among Age Eligible Women in Mekelle Zone, Northern Ethiopia, 2015: A Community Based Study Using Health Belief Model. **PLoS One**, v. 11, n. 3, p. e0149908, 2016.
- BHOGIREDDY, V. *et al.* Cervical Intraepithelial Neoplasia and Cancer in Women 35 Years and Older. **J Low Genit Tract Dis**, v. 18, n. 1, p. 41-5, 2014.
- BLANCKENBERG, N. D. *et al.* Impact of the introduction of a colposcopy service in a rural South African sub-district on uptake of colposcopy. **S Afr J Obstet Gynaecol**, v. 19, n. 3, p. 81-85, 2013.
- BORGES, L.S.R. Medidas de acurácia diagnóstica na pesquisa cardiovascular. **Int J Cardiovasc Sciences**, v.29, n.3, 218-22, 2016.
- 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, v. 28, n. 6, p. 1156-1166, 2012.

BRANDÃO, M. *et al.* Cervical cancer screening uptake in women aged between 15 and 64 years in Mozambique. **Eur J Cancer Prev**, v. 28, n. 4, p. 338-343, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: Inca, 2019b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//parametros_tecnicos_colo_do_uterio_2019.pdf>. Acesso em 17 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**: diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2017a. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em 17 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. Ed. Rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017b**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em 17 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. Ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf>. Acesso em: 17 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas 94ancer94ng94rus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/14/Informe-T--cnico-HPV-MENINGITE.pdf>>. Acesso em: 17 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em:<

file:///C:/Users/Luziene%20Gomes/Downloads/pcdt_ist_fnal_24_06_2019_web.pdf>. Acesso em: 17 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 17 de maio de 2019.

BRAY, F. *et al.* Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer J Clin**, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018.

BUEHLER, J. W. *et al.* Personal and Neighborhood Attributes Associated with Cervical and Colorectal Cancer Screening in an Urban African American Population. **Preventing chronic disease**, v. 16, n. E118, 2019.

BULTERYS, M.; BROTHERTON, J.; CHEN DING- SHINN. **Prevention of Infection-Related Cancers**. In: Thun MJ, Linet MS, Cerhan JR, Haiman CA, Schottenfeld D, eds. *Cancer Epidemiology and Prevention*. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2018:925-946.

CATARINO, R. *et al.* Accuracy of combinations of visual inspection using acetic acid or lugol iodine to detect cervical precancer: a meta-analysis. **BJOG**, v. 125, n. 5, p. 545-553, 2018.

CECILIA, F. M. L. *et al.* Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino. **Rev Enferm IMSS**, v. 12, n. 3, p. 123-130, 2004

CHATTERJEE, T.; GILL, S. S.; RAC, R. Standardization of cervical/vaginal cytopathology reporting: the 95ancer95n system (tbs) for reporting cervical/vaginal cytologic diagnoses. **Med J Armed Forces India**, v. 56, n. 1, p. 45-49, 2017.

CHUANG E. *et al.* Organizational Factors Associated with Disparities in Cervical and Colorectal Cancer Screening Rates in Community Health Centers. *J Health Care Poor Underserved.*, v. 30, n. 1, p. 161-181, 2019

CIBULA, D. *et al.* Hormonal contraception and risk of cancer. **Hum Reprod Update**, v. 16, n. 6, p. 631-50, 2010

CLARK, C. R. *et al.* Case management intervention in cervical cancer prevention: the Boston REACH coalition women's health demonstration project. **Prog Community Health Partnersh.**, v. 5, n. 3, p. 235-47, 2011.

CLEOPHAT, J. E. *et al.* What characterizes cancer family history collection tools? A critical literature review. **Curr Oncol**, v. 25, n. 4, p. e335-e350, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do

Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 18 de maio de 2019.

CUZICK, J. *et al.* New technologies and procedures for cervical cancer screening. **Vaccine**, v. 30, sup. 5, p. F107-16, 2012.

DENNY, L.; QUINN, M.; SANKARANARAYANAN, R. Chapter 8: Screening for cervical cancer in developing countries. **Vaccine**, v. 24, sup. 3, p. S3/71–S3/77, 2006.

EGEDE, J. *et al.* Comparison of the Accuracy of Papanicolaou Test Cytology, Visual Inspection With Acetic Acid, and Visual Inspection With Lugol Iodine in Screening for Cervical Neoplasia in Southeast Nigeria. **J Glob Oncol**, v. 4, p. 1-9, 2018

FERLAY, J. *et al.* Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **Int J Cancer**, v. 136, n. 5, p. 359-86, 2015.

FERLAY, J. *et al.* Global and Regional Estimates of the Incidence and Mortality for 38 Cancers: GLOBOCAN 2018. **International Agency for Research on Cancer**. World Health Organization, 2018a.

FERLAY, J. *et al.* Global Cancer Observatory: Cancer Today. **International Agency for Research on Cancer**. Lyon: France, 2018b. Disponível em: <<https://gco.iarc.fr/today>>. Acesso em 17 de maio de 2019.

FERREIRA, J.C.; PATINO, C.M. Entendendo os testes diagnósticos. Parte 3. **J Bras Pneumol**, v.44, n.1, p.4-4, 2018.

FIEDERLING J.; SHAMS, A. Z.; HAUG U. Validity of self-reported family history of cancer: A systematic literature review on selected cancers. **Int J Cancer**, v. 139, n. 7, p. 1449-60, 2016.

FRANCK, J. E. *et al.* The determinants of cervical cancer screening uptake in women with obesity: application of the Andersen's behavioral model to the CONSTANCES survey. **Cancer Causes Control**, 2019.

FRANCO, E. S. *et al.* Critérios de positividade para cervicografia digital: melhorando a sensibilidade do diagnóstico do câncer cervical. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2653-2660, 2008.

FRANK, C. *et al.* The population impact of familial cancer, a major cause of cancer. **Int J Cancer**, v. 134, n. 8, p. 1899-906, 2014.

GASPERIN, S. I; BOING, A. F.; KUPEK, E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p. 1312-1322, 2011.

GEISLER, K. H.; LEATHERMAN, S. Providing primary health care through integrated microfinance and health services in Latin America. **Soc Sci Med.**, v. 132, p. 30-7, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad. Saúde Pública*, v. 33 Sup 2:e00118816, 2017.

GRILLO, F.; VALLÉE, J.; CHAUVIN P. Inequalities in cervical cancer screening for women with or without a regular consulting in primary care for gynaecological health, in Paris, France. **Prev Med.**, v. 54, n. 3-4, p. 259-65, 2012.

HERRERO, R.; MURILLO, R. Cervical Cancer. In: Thun MJ, Linet MS, Cerhan JR, Haiman CA, Schottenfeld D, eds. **Cancer Epidemiology and Prevention**. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2018:925-946, 2018.

HILLMANN, E. C. *et al.* Cervical digital photography for screening of uterine cervix cancer and its precursor lesions in developing countries. **Arch Gynecol Obstet**, v. 288, n. 1, p. 183-9, 2013.

HILLMANN, E. C. *et al.* Cervical Digital Photography: An Alternative Method to Colposcopy. **J Obstet Gynaecol Can**, v. 41, n. 8, p. 1099-1107, 2019.

IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Human papillomaviruses. International Agency for Research on Cancer. **IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum**. V. 90, p. 1-636, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321760/>>. Acesso em 17 de maio de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/pt/inicio.html>>. Acesso em: 18 de maio de 2019.

KEUM, N. *et al.* Obesity and Body Composition. In: Thun MJ, Linet MS, Cerhan JR, Haiman CA, Schottenfeld D, eds. **Cancer Epidemiology and Prevention**. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2018:925-946, 2018.

KHAN, M. J; SMITH-MCCUNE, K. K. Treatment of cervical precancers: back to basics. **Obstet Gynecol**, v. 123, n. 6, p. 1339-43, 2014.

KRISTENSSON J. H. *et al.* Predictors of non-participation in cervical screening in Denmark. **Cancer Epidemiol**, v. 38, n. 2, p. 174-80, 2014.

KROHLING, L.L.; PAULA, K.M.P.; BEHLAU, M. Curva ROC do Protocolo de Qualidade de Vida em Voz Pediátrico (QVV-P). **CoDAS**, v.28, n.3, p.311-3, 2016.

LEITE, F. M. C.; AMORIM, M. H. C.; GIGANTE, D. P. Implication of violence against women on not performing the cytopathologic test. **Rev Saude Publica**, v. 52, p. 89, 2018.

LIAW, W. *et al.* Living in “Cold Spot” Communities Is Associated with Poor Health and Health Quality. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 31, n.3, p. 342-350, 2018.

- LOFTERS, A. K. *et al.* Using self-reported data on the social determinants of health in primary care to identify cancer screening disparities: opportunities and challenges. **BMC Fam Pract.**, v. 18, n. 1, p. 31, 2017.
- LOPEZ, M. S. *et al.* Cervical cancer prevention and treatment in Latin America. **J Surg Oncol.**, v. 115, n. 5, p. 615–618, 2017.
- LORENZI, A. T. *et al.* Diversity of human papillomavirus typing among women population living in rural and remote areas of Brazilian territory. **Papillomavirus Res.**, v. 8, p. 100186, 2019.
- LUNDBERG, G. D. The 1988 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytological diagnosis. **JAMA**, v. 262, n. 7, p. 931-934, 1989.
- MAIMELA, G. *et al.* The impact of decentralising colposcopy services from tertiary-level to primary-level care in inner-city Johannesburg, South Africa: a before and after study. **BMJ Open**, v. 9, n. 3, p. e024726, 2019
- MARTÍNEZ-MESA, J. *et al.* Inequalities in Pap smear screening for cervical cancer in Brazil. **Prev Med**, v. 57, n. 4, p. 366-71, 2013.
- MARTINS, L. F. L.; VALENTE, J. G.; THULER, L. C. S. Factors related to inadequate cervical cancer screening in two Brazilian state capitals. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 318-25, 2009.
- MATEJIC, B. *et al.* Determinants of preventive health behavior in relation to cervical cancer screening among the female population of Belgrade. **Health Educ Res.**, v. 26, n. 2, p. 201-11, 2011.
- MCILFATRICK, S. *et al.* Exploring the actual and potential role of the primary care nurse in the prevention of cancer: a mixed methods study. **Eur J Cancer Care (Engl)**, v. 23, n. 3, p. 288-99, 2014.
- MENVIELLE, G. *et al.* To what extent is women's economic situation associated with cancer screening uptake when nationwide screening exists? A study of breast and cervical cancer screening in France in 2010. **Cancer Causes Control**, v. 25, n. 8, p. 977-83, 2014.
- MOHER, D. *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS Med**, v. 6, n. 7, p. e1000097, 2009.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE. Cancer Health Disparities Definitions. Publicado em 17 de fevereiro de 2015. Disponível em: <<https://www.cancer.gov/about-nci/organization/crhd/about-health-disparities/definitions>>.
- NAVARRO, C. *et al.* Cervical cancer screening coverage in a high-incidence region. **Rev Saude Publica**, v. 49, p. 17, 2015.
- NAYAR, R.; WILBUR, D. C. The Pap test and Bethesda 2014. **Cancer Cytopathology**, v. 123, n. 5, p. 271- 81, 2015.

NUCHE-BERENGUER, B.; SAKELLARIOU D. Socioeconomic determinants of cancer screening utilisation in Latin America: A systematic review. **PLoS One**, v. 14, n. 11, p. e0225667, 2019.

OLESKE, D. M.; ISLAM, S. S. Chapter 5- Role of Epidemiology in the Biopharmaceutical Industry. *Pharmacovigilance: A Practical Approach*, p. 69-87, 2019.

OLIVEIRA, M. V.; GUIMARÃES, M. D. C.; FRANCA, E. B. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4535–4544, 2014

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Controle integral do câncer do colo do útero: Guia de práticas essenciais**. Washington, DC: OPAS, 2016. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31403/9789275718797-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 17 de maio de 2019.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Integrating HPV testing in cervical cancer screening program: a manual for program managers**. Washington, D.C: PAHO, 2016. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31393/9789275119105-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 18 de maio de 2019.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Social Determinants of Health in the Americas. Washington, D.C: PAHO, 2019. Disponível em: <<https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=45>>. Acesso em: 18 de maio de 2019.

PAOLINO, M.; SANKARANARAYANAN, R.; ARROSSI, S. Social determinantes da evasão de diagnóstico e tratamento de mulheres com anormal Pap esfregaços em Buenos Aires, Argentina. *Rev Panam Salud Publica*, v. 34 n. 6, p. 437-45, 2013

PEDROSA, T. F. M.; MAGALHÃES FILHO, S. D.; PERES, A. L. Perfil das mulheres com alterações cervicais em uma cidade do nordeste brasileiro. **J. Bras. Patol. Med. Lab**, v. 55, n. 1, p. 32-43, 2019.

PETKEVICIENE, J.; IVANAUSKIENE, R.; KLUMBIENE, J. Sociodemographic and lifestyle determinants of non-attendance for cervical cancer screening in Lithuania, 2006-2014. **Public Health**, v. 156, p. 79-86, 2018.

PETROSKY, E. *et al.* Use of 9-valent human papillomavirus (HPV) vaccine: updated HPV vaccination recommendations of the advisory committee on immunization practices. **MMWR. Morbidity and mortality weekly report**, v. 64, n. 11, p. 296-9, 2015.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA (PMF). Disponível em: <<https://www.fortaleza.ce.gov.br/a-cidade>>. Acesso em: 18 de maio de 2019.

QIAO, L. *et al.* Accuracy of visual inspection with acetic acid and with Lugol's iodine for cervical cancer screening: Meta-analysis. **J Obstet Gynaecol Res**, v. 41, n. 9, p. 1313-25, 2015.

RENNA JUNIOR, N. L.; SILVA, G. A. Tendências temporais e fatores associados ao diagnóstico em estágio avançado de câncer do colo uterino: análise dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil, 2000-2012. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 27, n. 2, p. e2017285, 2018.

RICHARD, A. *et al.* Lifestyle and health-related predictors of cervical cancer screening attendance in a Swiss population-based study. **Cancer Epidemiol**, v. 39, n. 6, p. 870-6, 2015.

RICHART, R. M. Cervical intraepithelial neoplasia. **Pathology Annual**, v. 8, p. 301-28, 1973.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Rouquayrol: epidemiologia & saúde**. 8. Ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018.

ROWLAND, M. *et al.* Health outcome disparities among subgroups of people with disabilities: a scoping review. **Disabil Health J.**, v. 7, n. 2, p. 136-50, 2014.

SANKARANARAYANAN, R. *et al.* Determinants of participation of women in a cervical cancer visual screening trial in rural south India. **Cancer Detect Prev**, v. 27, n. 6, p. 457-65, 2003

SAUVAGET, C. *et al.* Accuracy of visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 113, n. 1, p. 14-24, 2011

SELLORS, J. W.; SANKARANARAYANAN, R. Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a beginners' manual. **International Agency for Research on Cancer**. Lyon: France, 2003. Disponível em: <<https://screening.iarc.fr/doc/Colposcopymanual.pdf>>. Acesso em: 18 de maio de 2019.

SHASTRI, S. S. *et al.* Effect of VIA screening by primary health workers: randomized controlled study in Mumbai, India. **J Natl Cancer Inst**, v. 106, n. 3, dju009, 2014.

SOLOMON, D. *et al.* The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. **JAMA**, v. 287, n. 16, p. 2114-9, 2002.

SONEJI, S.; FUKUI, N. Socioeconomic determinants of cervical cancer screening in Latin America. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 3, p. 174-82, 2013.

SOUSA, D. M. N. **Análise custo-efetividade de protocolo clínico para detecção de lesões precursoras do câncer de colo uterino (PROGYNE)**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Fortaleza, 2018.

SOUSA, D. M. N.; ORIÁ, M. O. B – Protocolo clínico para detecção das lesões precursoras do câncer do colo uterino/ Deise Maria do Nascimento Sousa, Mônica Oliveira Batista Oriá. V.1, n.1, p.1-56, 2016.

THEBAULT, J. L. *et al.* Are primary-care physician practices related to health behaviors likely to reduce social inequalities in health?. **Prev Med.**, v. 99, p. 21-28, 2017.

THUN, M. J.; FREEDMAN, N. D. Tobacco. In: Thun MJ, Linet MS, Cerhan JR, Haiman CA, Schottenfeld D, eds. **Cancer Epidemiology and Prevention**. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2018:925-946, 2018.

TRACY, J. K.; SCHLUTERMAN, N. H.; GREENBERG, D. R. Understanding cervical cancer screening among lesbians: a national survey. **BMC Public Health**, v. 13, p. 442, 2013.
TSUCHIYA, C. T. *et al.* O câncer de colo do útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher. **J Bras Econ Saúde**, v. 9, n. 1, p. 137-47, 2017.

UNITED NATIONS. **The Sustainable Development Agenda**. UN, 2016. Disponível em: <<http://www.un.org/sustainabledevelopment/>>. Acesso em: 18 de maio de 2019.

VALE, D. B. *et al.* Estimating the public health impact of a national guideline on cervical cancer screening: an audit study of a program in Campinas, Brazil. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 1492, 2019.

VIANA, J. N. *et al.* Social determinants of health and secondary prevention of cervical cancer in the State of Amazonas, Brazil. *Medicina (Brazil)*, v. 52, n. 2, p. 110-120, 2019.

WALBOOMERS, J. M. *et al.* Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. **J Pathol**, v. 189, n. 1, p. 12-9, 1999.

WARD, M. M. CHAPTER 9B - Physical Function. Pages 231-236, 2009.

WATERMAN, L. ; VOSS, J. HPV, cervical cancer risks, and barriers to care for lesbian women. **Nurse Pract**, v. 40, n. 1, p. 46-53, 2015

WENTZENSEN, N. *et al.* Triage of HPV positive women in cervical cancer screening. **J Clin Virol**, v. Suppl 1, p. S49-S55, 2016.

WOOD, B.; LOFTERS, A.; VAHABI, M. Strategies to reach marginalized women for cervical cancer screening: A qualitative study of stakeholder perspectives. **Curr Oncol.**,v. 25, n. 1, p. e8-e16, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice** – 2nd ed. 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 18 de maio de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007. Disponível em: <https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf?ua=1>. Acesso em: 18 de maio de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization; 1998. Disponível em:

<<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>>. Acesso em: 18 de maio de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Improving data for decision-making: a toolkit for cervical cancer prevention and control programmes**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/ncds/surveillance/data-toolkit-for-cervical-cancer-prevention-control/en/>>. Acesso em: 18 de maio de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The WHO strategy on research for health. Geneva: World Health Organization; 2012. Disponível em: <https://www.who.int/phi/WHO_Strategy_on_research_for_health.pdf>. Acesso em: 18 de maio de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 18 de maio de 2019.

WUDTISAN, J. *et al.* Factors Associated with Development of High-Grade Squamous Intraepithelial Lesions of the Uterine Cervix in Women Younger than 30 Years. **Asian Pac J Cancer Prev**, v. 20, n. 4, p. 1031-1036, 2019.

XU. H. *et al.* Hormonal contraceptive use and smoking as risk factors for high-grade cervical intraepithelial neoplasia in unvaccinated women aged 30-44 years: A case-control study in New South Wales, Australia. **Cancer Epidemiol**, v. 55, p. 162-169, 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

01. IDENTIFICAÇÃO	
02. Nome:	03. Idade: _____ 04. Data de Nasc. ____/____/____
05. Ocupação: 1) Desempregada 2) Dona de casa 3) Trabalhadora autônoma 4) Trabalhadora formal 5) Servidor público 6) Ignorado	
06. Estado civil: 1) Solteiro 2) Casado 3) Divorciado 4) Viúvo	
07. Educação (anos de estudo):	
08. Etnia (cor da pele autorreferida): 1) Parda 2) Branca 3) Negra 4) Amarela	
ANAMNESE	
09. Histórico Familiar: 1) Sim 2) Não	
10. História de cardiopatias na família: 1) Sim 2) Não	
11. História de DM na família: 1) Sim 2) Não	
12. História de violência na família: 1) Sim 2) Não	
13. História de HAS na família: 1) Sim 2) Não	
14. História de doenças mentais na família: 1) Sim 2) Não	
15. História de câncer na família: 1) Sim 2) Não	
16. Qual familiar? 1) Ninguém 2) Irmãos 3) Pais 4) Avós 5) Outros 6) Não sabe 7) Tios 8) Primos	
17. Qual tipo de câncer? 0) Sem câncer 1) Mama 2) Cervical 3) Cabeça e pescoço 4) Sistema respiratório 5) Sistema digestório 6) Sistema reprodutivo 7) Não sabe 8) Pele 9) Outros	
18. Alergias na família? 1) Sim 2) Não	
19. Outros antecedentes da família:	
20. Antecedentes pessoais: 1) Sim 2) Não	
21. História de tabagismo: 1) Sim 2) Não	
22. Números de cigarros por dia:	
23. História de alcoolismo: 1) Sim 2) Não	
24. Frequência de uso do álcool: 0) Não aplicável 1) Diariamente 2) Fins de semana 3) Raramente	
25. História de HAS: 1) Sim 2) Não	
26. História de DM: 1) Sim 2) Não	
27. História de violência: 1) Sim 2) Não	

28. História de cardiopatia: 1) Sim 2) Não
29. Infertilidade: 1) Sim 2) Não
30. História de câncer: 1) Sim 2) Não
31. Qual tipo de câncer:
32. Outras informações pessoais:
33. Disfunção tireoidiana: 1) Sim 9) Ignorado
34. Qual a disfunção tireoidiana: 0) Nenhuma 1) Hipotireoidismo 3) Desconhecido
35. Pratica exercício físico: 1) Sim 2) Não
36. Qual exercício: 0) Nenhum 1) Caminhada 2) Fisiculturismo 3) Dança 4) Atividades combinadas 5) Qualquer tipo de esporte 6) Ciclismo
37. Há alguma queixa de corrimento vaginal: 1) Sim 2) Não
38. Há alguma queixa de prurido vaginal: 1) Sim 2) Não
39. Há alguma queixa de dispaurenia: 1) Sim 2) Não
40. Há alguma queixa de odor: 1) Sim 2) Não
41. Há alguma queixa de disúria: 1) Sim 2) Não
42. Sinusorragia: 1) Sim 2) Não
43. Outras queixas: 1) Nenhuma 2) Dor 3) Sangramento 4) Bartolinite
44. História de IST: 1) Sim 2) Não
45. Qual IST: 0) Nenhuma 1) Sífilis 2) Herpes 3) Condiloma 4) HPV 5) Não sabe
46. É a primeira consulta ginecológica da sua vida: 1) Sim 2) Não
47. Em que ano você fez a primeira prevenção de câncer ginecológico:
48. A primeira consulta de prevenção de câncer ginecológico foi realizada nos primeiros 3 anos do início da vida sexual: 0) Desconhecido 1) Sim 2) Não
49. Em que ano ocorreu a menarca:
50. Ano do começo da vida sexual:
51. Periodicidade do ciclo menstrual: 1) Regular 2) Irregular 9) Ignorado
52. Intensidade do ciclo menstrual: 1) Hipomenorreia 2) Metrorragia 3) Hipermenorreia 4) Normal 9) Ignorado
53. Duração da menstruação (em dias):
54. Amenorreia por gravidez: 1) Sim 2) Não 9) Ignorado
55. Amenorreia (menopausa): 1) Sim 2) Não
56. Começo da menopausa (em meses): 0) Não se aplica 1) Menos de 12 meses 2) Mais de 12 meses
57. Você faz TRH: 1) Sim 2) Não

58. Qual TRH faz uso:
59. Há quanto tempo você faz uso de TRH (em anos):
60. Amenorreia por condição patológica: 1) Sim 2) Não
61. Qual condição patológica:
62. Número de parceiros sexuais:
63. Número de parceiros sexuais nos últimos 3 meses:
64. Tratamento para IST anterior: 1) Sim 2) Não
65. Qual tratamento de IST: 0) Nenhuma 1) Cauterização 2) Aciclovir 3) Não sabe 4) Conização 5) Penicilina
66. Você faz a prevenção de CCU anualmente: 1) Sim 2) Não
67. Ano do último exame de prevenção:
68. Resultado da última prevenção de CCU: 1) Negativo para malignidade e lesão intraepitelial 2) ASC-US 3) ASC-H 4) LSIL 5) HSIL 6) AGC-US 7) Carcinoma 8) Adenocarcinoma 9) Não sabe
69. Cirurgias ginecológicas anteriores: 1) Sim 2) Não
70. Qual cirurgia ginecológica: 0) Nenhuma 1) Miomectomia 2) Cesariana 3) Conização 4) Laqueadura tubária 5) Ooforectomia 6) Perineoplastia
71. Por que razão? 1) Benigno 2) Maligno 3) Não se aplica
72. Métodos contraceptivos: 0) Não usa 1) Contraceptivo oral 2) Contraceptivo injetável 3) Laqueadura tubária 4) preservativo 5) Métodos combinados 6) DIU
73. Reações adversas aos contraceptivos: 0) Não se aplica 1) Sem reação 2) Dor no peito 3) Náusea 4) Dor de cabeça 5) Vômito
74. Orgasmo: 1) Sim 2) Não
75. Orientação sexual: 1) Heterossexual 2) Homossexual 3) Bissexual
76. Hábitos sexuais: 1) Sexo oral 2) Sexo vaginal 3) Sexo anal 4) Sexo oral + sexo vaginal 5) Oral + sexo anal 6) Vaginal + sexo anal 7) Oral+vaginal+sexo anal
77. Frequência de relações sexuais: 1) Semanal 2) 2 vezes na semana 3) 3 vezes na semana 4) 4 vezes na semana 5) 5 vezes na semana 6) 6 vezes na semana 7) 7 vezes na semana 8) Quinzenal 9) Abstinente 10) Ignorado
78. Primeiro dia do seu último período menstrual:
79. Você tem perda involuntária de urina pelo menos 1 vez por mês? 1) Sim 2) Não
80. Você perde sua urina quando tosse, espirra, força ou carrega peso? 1) Sim 2) Não

81. Você perde urina antes de ir ao banheiro depois de sentir vontade de urinar? 1) Sim 2) Não
82. Com que frequência você perde urina involuntariamente? 1) 1 vez por semana 2) 2 ou 3 vezes por semana 3) 1 vez por dia 4) Várias vezes ao dia 5) O tempo todo 6) Nunca
83. Quanta urina você acha que perde? 1) Pequena quantidade 2) Moderada quantidade 3) Grande quantidade 4) Nenhuma
84. Quando você perde urina? 1) Eu perco antes de ir ao banheiro 2) Eu perco quando tusso ou espirro 3) Eu perco quando estou dormindo 4) Eu perco quando estou fazendo atividades físicas 5) Eu perco quando termino de urinar e estou me vestindo 6) Eu perco sem razão óbvia 7) Eu perco todo tempo 8) Nunca
85. Você perde urina durante a relação sexual? 1) Sim 2) Não
86. Tem sensação de esvaziamento incompleto/ a bexiga não se esvazia completamente após a micção? 1) Sim 2) Não
87. Quantas gravidezes?
88. Quantos nascimentos?
89. Quantos abortos?
90. Número de filhos vivos?
91. Quando foi o nascimento do seu último filho (em meses)?
92. Tipo de parto: 1) Vaginal 2) Abdominal 3) Fórceps 4) Episiotomia 9) Desconhecido 12) vaginal + abdominal
93. Você tem o esquema completo de vacina contra o tétano? 1) Sim 2) Não
94. Número de doses da vacina antitetânica: 1) 1º dose 2) 2º dose 3) 3º dose
95. Quando será a próxima dose da vacina antitetânica?
96. Você é vacinada contra o HPV? 1) Sim 2) Não
97. Número de doses da vacina HPV: 1) 1º dose 2) 2º dose
98. Quando será a próxima dose da vacina HPV?
99. Você faz o autoexame das mamas? 1) Sim 2) Não
100. Você tem sintomas nas mamas? 1) Sim 2) Não
101. Você tem sensibilidade mamária? 1) Sim 2) Não

102. Há secreção? 1) Sim 2) Não
103. Há tumores? 1) Sim 2) Não
EXAME FÍSICO
104. Peso:
105. Altura:
106. PAS:
107. PAD:
108. Classificação da PA: 1) Normal 2) Pré-hipertenso 3) Hipertenso Estágio 1 4) Hipertenso Estágio 2 5) Hipertenso Estágio 3 6) Diagnosticado pelo médico
109. IMC:
110. Classificação do IMC: 1) Baixo peso 2) Peso adequado 3) Sobrepeso 4) Obesidade
111. Simetria da mama direita: 1) Simétrica 2) Assimétrica
112. Tamanho da mama direita: 1) Pequena 2) Grande
113. Mama direita tem estria? 1) Sim 2) Não
114. Qual o tipo de mamilo da mama direita: 1) Mamilo plano 2) Mamilo protuso 3) Mamilo invertido
115. Qual a consistência? 1) Flácida 2) Pendular 3) Firme
116. Simetria da mama esquerda: 1) Simétrica 2) Assimétrica
117. Tamanho da mama esquerda: 1) Pequena 2) Grande
118. Mama esquerda tem estria? 1) Sim 2) Não
119. Qual o tipo de mamilo da mama esquerda? 1) Mamilo plano 2) Mamilo protuso 3) Mamilo invertido
120. Qual a consistência? 1) Flácida 2) Pendular 3) Firme
121. Exame oral: 1) Regular 2) Irregular
122. Achados do exame oral: 1) Arcada dentária completa 2) Ausência de dentes 3) Aparelho ortodôntico 4) Uso de prótese
123. Exame abdominal: 1) Regular 2) Irregular
124. Achados do exame abdominal: 1) Plano, flácido, palpação indolor 2) Globoso, doloroso à palpação 3) Flácido, doloroso 4) Plano, flácido, doloroso 5) Globoso, indolor
125. Exame de vulva/períneo: 1) Regular 2) Irregular

126. Achados do exame da vulva/períneo: 1) Íntegra/coloração normal 2) Verrugas 3) Bartolinite 4) Dermatite
127. Exame da vagina: 1) Regular 2) Irregular
128. Achados do exame da vagina: 1) Não danificada, normal 2) Danificada, anormal.
129. Conteúdo vaginal 1) Sim 2) Não
130. Qual a cor? 1) Branco 2) Transparente 3) Amarelo 4) Verde
131. Qual o aspecto? 1) Grumoso 2) Leitoso 3) Fluido 4) Bolhoso
132. Qual a quantidade? 1) Pequena 2) Moderada 3) Abundante
133. Odor: 1) Sim 2) Não
134. Especuloscopia: 1) Regular 2) Irregular
135. Achados da especuloscopia: 1) Colo centralizado 2) Colo posterior 3) Colo para a direita 4) Colo para a esquerda 5) Colo anterior
136. Colo Friável: 1) Sim 2) Não
137. Avaliação IVA: 1) Positivo 2) Negativo
138. Iodo: 1) Positivo 2) Negativo
139. Teste de Schiller: 1) Positivo 2) Negativo
140. Parâmetros JEC:
141. Membros inferiores: 1) Normal 2) Edema
CERVICOGRAFIA DIGITAL
142. Alterações colorimétricas não reativas: 1) Sim 2) Não
143. Alterações colorimétricas reativas: 1) Sim 2) Não
144. Projeções positivas: 1) Sim 2) Não
145. Projeções negativas: 1) Sim 2) Não
COLPOSCOPIA
146. Motivos colposcópios insatisfatórios: 1) JEC não visualizada 2) Inflamação 3) Atrofia 4) Colo não visível 5) Outros
147. Outros motivos colposcópicos insatisfatórios:
148. Normal ou com limitação: 1) Normal 2) Com limitação
149. Exame da vagina (Colposcopia regular): 1) Conteúdo vaginal fluido 2) Pequeno conteúdo vaginal 3) Conteúdo vaginal com sangue 4) Conteúdo vaginal amarelo e bolhoso 5) Conteúdo vaginal grumoso e branco 6) Ausência de conteúdo vaginal 7) Sem lesões
150. Exame do colo: 1) Padrão 2) Ectopia cilíndrica
151. Parâmetros JEC (Colposcopia normal):

152. Zona de transformação (Colposcopia normal): 1) Zona tipo 1 2) Zona tipo 2 3) Zona tipo 3
153. Presença de pólipos (Colposcopia normal): 1) Sim 2) Não
154. Presença de cisto de Naboth (Colposcopia normal): 1) Sim 2) Não
155. Outros achados (Colposcopia normal): 1) Sem áreas acetobranças, iodo negativo apenas em epitélio glandular 2) Sem áreas acetobranças, iodo positivo 3) Iodo positivo exceto em ectopia 4) Discreta área acetobrança 5) Sem área acetobrança, iodo com captação irregular 6) Iodo negativo no pólipo
156. Colposcopia anormal? 1) Sim 2) Não
157. Exame de vagina (Colposcopia anormal): 1) Conteúdo vaginal mucoide 2) Sem lesões
158. Parâmetros JEC (Colposcopia anormal):
159. Zona de transformação (Colposcopia anormal): 1) Zona tipo 1 2) Zona tipo 2 3) Zona tipo 3
160. Epitélio acetobranco (Colposcopia anormal): 1) Epitélio plano 2) Epitélio espessado
161. Mosaico (Colposcopia anormal): 1) Fino 2) Grosso
162. Pontilhado (Colposcopia anormal): 1) Fino 2) Grosso
163. Iodo (Colposcopia anormal): 1) Parcialmente positivo 2) Negativo
164. Vasos atípicos: 1) Sim 2) Não
165. Teste de Schiller (Colposcopia anormal): 1) Positivo 2) Negativo
BIÓPSIA
166. Biópsia (Colposcopia anormal): 1) Alça 2) Pinça 3) Outros
167. Outros achados da Biópsia:
168. Sítios da Biópsia:
169. Extirpação total da lesão: 1) Sim 2) Não
CITOPATOLÓGICO
170. Adequabilidade da amostra: 1) Satisfatória 2) Limitada 3) Insatisfatória
171. Limitado por adequação da amostra:
172. Epitélio representado na amostra: 1) Escamoso 2) Glandular 3) Metaplásico 4) Escamoso+Glandular 5) Escamoso+Glandular+Metaplásico 6) Escamoso+Metaplásico
173. Alterações celulares benignas reativas ou reparativas: 1) Metaplasia escamosa imatura 2) Atrofia com inflamação 3) Radiação
174. Microbiologia: 1) Lactobacillus sp 2) Cocos/Bacilos 3) Trichomonas vaginalis 4) Gardnerella

5) Candida Sp 6) Chlamydia Sp							
175. Atypias: 1) ASC-US 2) ASC-H 3) LSIL 4) HSIL 5) NIC I 6) NIC II 7) NIC III							
8) Normal		9) AGC-US					

APÊNDICE B - TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Resultados de Saúde das Mulheres Atendidas nas Consultas de Enfermagem para a Prevenção do Câncer de Colo do Útero

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Profa. Dr.^a Mônica Oliveira Batista Oriá

Prezada colaboradora,

Sou enfermeira e professora de Enfermagem na Universidade Federal do Ceará (UFC). Estou convidando você para participar de um estudo que será desenvolvido sob minha responsabilidade, com o auxílio de minhas Bolsistas Deise Maria do Nascimento, Cíntia Coelho Góes e Maria Luziene de Sousa Gomes.

Neste estudo pretendo analisar os resultados de saúde das mulheres atendidas na consulta de enfermagem ginecológica. Para isso, será aplicado um formulário contendo informações sociodemográficas, referente a anamnese e no que concerne o exame físico, citopatológico, a cervicografia digital, colposcopia, resultado da citologia oncológica e biópsia.

Caso você concorde em participar do estudo, eu (ou uma das minhas bolsistas), realizaremos sua consulta de prevenção do câncer ginecológico incluindo exames que ajudarão na detecção de lesões precursoras do câncer de colo uterino. Sua participação neste estudo é livre e exigirá em torno de 50 minutos, tempo estimado para a consulta completa. Ressalto a importância da sua participação para a melhoria do cuidado prestado à saúde sexual e reprodutiva da mulher.

Os riscos da pesquisa são mínimos, devido ao risco de constrangimento as respostas ao instrumento e desconforto durante a consulta de enfermagem ginecológica. Enfatiza-se que as entrevistas serão realizadas por pesquisadores treinados em ambiente privado no intuito de amenizar os riscos relatados. Ressaltamos que os pesquisadores estarão aptos e disponíveis para orientar e minimizar quaisquer desconfortos ou desentendimentos.

As informações que obterei serão usadas apenas para a realização deste estudo e, também lhe garanto que a qualquer momento que desejar poderá ter acesso às informações sobre os procedimentos relacionados ao estudo, inclusive para esclarecer qualquer dúvida que você possa ter. Você tem o direito de sair do estudo em qualquer momento se assim desejar sem que isto traga prejuízo no seu atendimento na rede pública ou privada de saúde, e finalmente lhe informo que as informações do estudo serão codificadas e, portanto sua identidade não será revelada durante a condução do estudo e nem quando o estudo for publicado em eventos ou jornais científicos.

A participação neste estudo não trará nenhuma despesa para você, nem prejuízo à sua saúde e no seu cuidado. Sinta-se livre para perguntar durante a leitura desse termo de consentimento ou em qualquer momento do estudo contatando a pesquisadora:

Nome do pesquisador responsável: Prof Dra Mônica Oliveira Batista Oriá

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo.

Telefone para contato: (85) 33668454

Horário de atendimento: Sexta-Feira, de 08 às 12hs.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo.

Telefone para contato: (85) 33668346

Horário de atendimento: Segunda a Sexta-Feira, de 08 às 12hs.

Se a Sr.^a estiver de acordo em participar, deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo e a outra ficará com o pesquisador.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____ RG: _____ após ter sido devidamente esclarecida pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em participar da presente pesquisa “Resultados de Saúde das Mulheres Atendidas na Prevenção Primária do Câncer de Colo do Útero”.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura da Participante

Assinatura Pesquisador

APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Resultados de Saúde das Mulheres Atendidas nas Consultas de Enfermagem para a Prevenção do Câncer de Colo do Útero

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Profa. Dr.^a Mônica Oliveira Batista Oriá

Prezada colaboradora,

Sou enfermeira e professora de Enfermagem na Universidade Federal do Ceará (UFC). Estou convidando você para participar de um estudo que será desenvolvido sob minha responsabilidade, com o auxílio de minhas Bolsistas Deise Maria do Nascimento, Cíntia Coelho Góes e Maria Luziene de Sousa Gomes.

Neste estudo pretendo analisar os resultados de saúde das mulheres atendidas na consulta de enfermagem ginecológica. Para isso, será aplicado um formulário contendo informações sociodemográficas, referente a anamnese e no que concerne o exame físico, citopatológico, a cervicografia digital, colposcopia, resultado da citologia oncológica e biópsia.

Caso você concorde em participar do estudo, eu (ou uma das minhas bolsistas), realizaremos sua consulta de prevenção do câncer ginecológico incluindo exames que ajudarão na detecção de lesões precursoras do câncer de colo uterino. Sua participação neste estudo é livre e exigirá em torno de 50 minutos, tempo estimado para a consulta completa. Ressalto a importância da sua participação para a melhoria do cuidado prestado à saúde sexual e reprodutiva da mulher.

Os riscos da pesquisa são mínimos, devido ao risco de constrangimento as respostas ao instrumento e desconforto durante a consulta de enfermagem ginecológica. Enfatiza-se que as entrevistas serão realizadas por pesquisadores treinados em ambiente privado no intuito de amenizar os riscos relatados. Ressaltamos que os pesquisadores estarão aptos e disponíveis para orientar e minimizar quaisquer desconfortos ou desentendimentos.

As informações que obterei serão usadas apenas para a realização deste estudo e, também lhe garanto que a qualquer momento que desejar poderá ter acesso às informações sobre os procedimentos relacionados ao estudo, inclusive para esclarecer qualquer dúvida que você possa ter. Você tem o direito de sair do estudo em qualquer momento se assim desejar sem que isto traga prejuízo no seu atendimento na rede pública ou privada de saúde, e finalmente lhe informo que as informações do estudo serão codificadas e, portanto sua identidade não será

revelada durante a condução do estudo e nem quando o estudo for publicado em eventos ou jornais científicos.

A participação neste estudo não trará nenhuma despesa para você, nem prejuízo à sua saúde e no seu cuidado. Sinta-se livre para perguntar durante a leitura desse termo de consentimento ou em qualquer momento do estudo contatando a pesquisadora:

Nome do pesquisador responsável: Prof Dra Mônica Oliveira Batista Oriá

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo.

Telefone para contato: (85) 33668454

Horário de atendimento: Sexta-Feira, de 08 às 12hs.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo.

Telefone para contato: (85) 33668346

Horário de atendimento: Segunda a Sexta-Feira, de 08 às 12hs.

Se a Sr.^a estiver de acordo em participar, deve preencher e assinar o Termo de Assentimento Pós esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo e a outra ficará com o pesquisador.

ASSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____ RG: _____ após ter sido devidamente esclarecida pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em participar da presente pesquisa “Resultados de Saúde das Mulheres Atendidas na Prevenção Primária do Câncer de Colo do Útero”.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Representante legal

Assinatura Pesquisador

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção e Validação de Protocolo Clínico para Detecção Precoce de Lesões Precursoras do Câncer de Colo Uterino

Pesquisador: Mônica Oliveira Batista Oriá

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18198513.2.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 401.240

Data da Relatoria: 19/09/2013

Apresentação do Projeto:

Estudo metodológico para elaborar e validar um protocolo a ser utilizado em consultas de enfermagem na prevenção do câncer de colo uterino e terá por base as diretrizes do Ministério da Saúde, documentos dos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e artigos científicos. O estudo dar-se-á na Casa de Parto Natural 2, CPN que se encontra vinculada ao Centro de Desenvolvimento Familiar / UFC, situado no bairro Planalto do Pici, Secretaria Executiva Regional III. Participarão do estudo 182 mulheres a partir de 18 anos que buscarem o serviço de enfermagem ginecológica da CPN que estejam aptas a compreenderem as etapas do estudo e concederem sua anuência formal via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo será organizado em quatro etapas: construção do protocolo, validação de aparência e de conteúdo, teste piloto e validação relacionada a critério. O protocolo desenvolvido servirá como guia para as consultas de enfermagem durante a prevenção de câncer ginecológico e será dividido em capítulos contendo temas alusivos à abordagem da mulher durante o primeiro contato com o serviço de saúde: roteiro da consulta de enfermagem ginecológica, exame clínico geral e ginecológico, solicitação de exames obrigatórios, complementares e seus achados, roteiros para as condutas, encaminhamentos e sistematização da assistência de enfermagem. O protocolo também será representado na forma gráfica de

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



Continuação do Parecer: 401.240

fluxogramas com algoritmos. Antes de ser iniciado o processo de validação do protocolo, será desenvolvido um teste piloto como forma de melhor aperfeiçoá-lo para posteriormente ser validado. Nessa etapa, o protocolo será aplicado por enfermeiras em consultas de prevenção do câncer ginecológico na CPN Lígia Barros Costa visando identificar possíveis falhas e assim, ser readaptado frente às necessidades. O teste piloto deve envolver uma amostra de 30 mulheres. Para a validação de aparência e conteúdo serão realizadas consultas a especialistas, sejam enfermeiros ou médicos com experiência em uma ou mais áreas de interesse: ginecologia, saúde da mulher, prevenção do câncer ginecológico, saúde da família, validação de instrumentos. Para a validação de aparência e conteúdo será elaborado um instrumento direcionado aos especialistas e terá a seguinte divisão: primeira parte com dados referentes ao avaliador a fim de ser feita sua caracterização quanto à titulação, tempo de formação, tempo de atuação na área e produção científica; a segunda parte conterá informações referentes aos itens do protocolo a serem avaliados como, objetivo, apresentação, estrutura e relevância. Será adotada a forma de escala tipo Likert, com os seguintes níveis de resposta, sendo: 1-Inadequado, 2 - Parcialmente adequado, 3- Adequado, 4- Totalmente adequado e 0- NA (não se aplica). Os especialistas serão selecionados por meio da amostragem bola de neve, na qual ao identificar um sujeito que se encaixa nos critérios de elegibilidade necessários para participar do estudo, será solicitado ao mesmo que sugira outros participantes. Após a indicação, será realizada consulta ao Currículo Lattes para verificar a adequação do especialista aos critérios de seleção para esse estudo. Os especialistas serão escolhidos conforme os seguintes critérios estabelecidos: titulação, produção científica e tempo de atuação com a temática escolhida. A avaliação de ocorrência de resultados falso-positivos será determinada pela discordância entre a positividade/suspeita de lesão precursora identificada no protocolo construído e o resultado histopatológico negativo para o câncer do colo uterino e suas lesões precursoras, ou seja, os casos em que o protocolo sugeriu a presença de lesão pelo HPV que não tiveram confirmação pela histopatologia (padrão ouro) serão considerados falso-positivos. Será realizada análise estatística.

Objetivo da Pesquisa:

Construir um protocolo direcionado a consulta de enfermagem ginecológica.

Descrever as etapas do processo de desenvolvimento de um protocolo.

Validar conteúdo e aparência de um protocolo para consulta de enfermagem ginecológica.

Realizar a validação de critério do protocolo para consulta de enfermagem ginecológica.

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/ PROPEQ



Continuação do Parecer: 401.240

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: o protocolo seguirá recomendações do Ministério da Saúde, com risco/desconforto mínimo.

Benefícios: Existência de uma ferramenta de consulta válida e confiável.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente e relevante para área de enfermagem. Objeto de pesquisa bem descrito, objetivos claros e congruentes com a metodologia apresentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados: carta de encaminhamento da pesquisa ao CEP; declaração de concordância; folha de rosto; cronograma; TCLE para mulheres; TCLE para juízes; orçamento; currículo.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 20 de Setembro 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

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br