



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

DENISE DE FÁTIMA FERNANDES CUNHA

**FATORES DE RISCO PARA A DESCONTINUIDADE NA DETECÇÃO
PRECOCE DO CÂNCER DE COLO UTERINO**

FORTALEZA

2014

DENISE DE FÁTIMA FERNANDES CUNHA

**FATORES DE RISCO PARA A DESCONTINUIDADE NA DETECÇÃO
PRECOCE DO CÂNCER DE COLO UTERINO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Priscila de Souza Aquino

FORTALEZA

2014

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

C972f Cunha, Denise de Fátima Fernandes.

Fatores de risco para a descontinuidade na detecção precoce do câncer de colo uterino / Denise de Fátima Fernandes Cunha. – 2014.

81 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2014.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientação: Profa. Dra. Priscila de Souza Aquino.

1. Prevenção de Câncer de Colo Uterino. 2. Esfregaço Vaginal. 3. Saúde da Mulher. 4. Fatores de Risco. I. Título.

CDD 616.99266

DENISE DE FÁTIMA FERNANDES CUNHA

**FATORES DE RISCO PARA A DESCONTINUIDADE NA DETECÇÃO
PRECOCE DO CÂNCER DE COLO UTERINO**

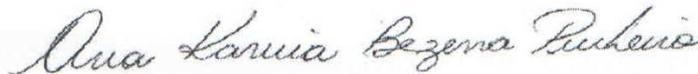
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 28/03/2014

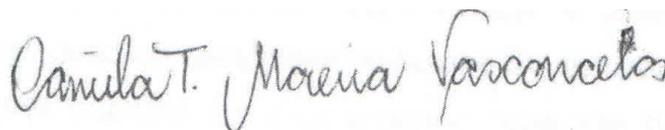
BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dr^ª. Priscila de Souza Aquino (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC



Prof^ª. Dr^ª. Ana Karina Bezerra Pinheiro
Universidade Federal do Ceará - UFC



Prof^ª. Dr^ª. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos
Universidade Federal do Ceará - UFC

À minha filha Esther, para quem dedico todos os meus passos e devoto meu amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

À Deus, Senhor de tudo, infinito em sua sabedoria, pela força para continuar na caminhada. Por ter calçado meus pés e por ter feito de cada pedra no caminho um impulso para a conclusão dessa jornada. Te amarei, Senhor, para sempre te amarei.

À minha mãe, *Dona Dinha*, por continuar a ser esse anjo de asas fortes e acolhedoras que me protegem. Por me amparar nos momentos mais difíceis e por compartilhar os mais felizes. Sou fruto de sua determinação e coragem, muito orgulho de ser sua filha. Te amo.

Ao meu pai, *Nazareno (in memorian)*, pelo carinho e pelo amor a mim destinados, a seu modo, pelo curto espaço de tempo em que convivemos. Sei que aonde estiver estará orgulhoso por essa conquista que também é sua.

Aos meus irmãos, *Sandro e Verônica*, à minha cunhada *Aline* e à minha sobrinha *Liz*, pelo simples fato de existirem, pelo amor que nos une e nos fortalece.

Aos *familiares*, pela demonstração de alegria e afeto a cada nova conquista.

À orientadora mais que querida, *Dr^a Priscila de Souza Aquino*, por acreditar, por incentivar, por entender, pela amizade fortalecida nesse período, por dividir comigo seu amplo conhecimento, pela compreensão quando precisei, pelas cobranças e por permitir me sentir ser sua amiga.

À professora *Dr^a Ana Karina Bezerra Pinheiro*, pelo exemplo de profissional e de ser humano no qual me espelho. Acredito que o respeito surge e se mantém pela admiração, e eu a respeito e admiro muito. Obrigada, simplesmente, pela oportunidade de convivemos.

Ao prof. *Dr. Paulo César*, pela disponibilidade em contribuir com a análise estatística. Muito obrigada.

À professora *Dr^a Mônica Oriá* pelas contribuições e pelo incentivo na etapa de validação do instrumento de coleta de dados. Muito grata.

À professora e amiga *Dr^a Camila Teixeira* pelas contribuições e pelo apoio durante toda a minha vida acadêmica. Tenho profunda admiração por você.

Aos *professores do Programa* pelos ensinamentos, pela troca de conhecimentos e pela oportunidade de crescer enquanto profissional. Obrigada mestres.

À *CAPES*, pelo fornecimento da bolsa que certamente muito ajudou para a conclusão dessa etapa.

Ao *Programa de Pós-graduação em Enfermagem*, pela oportunidade do aprendizado e pela contribuição na construção de uma Enfermagem cada vez mais forte.

Às amigas, *Caroline Magna* e *Cynthia Lima* pelo incentivo e ajuda nessa jornada, pelas palavras de coragem e fé que sempre me ajudaram. Sou grata a Deus pelo presente que Ele me deu ao colocar vocês na minha vida.

Ao *Projeto Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva*, pelo conhecimento compartilhado e pela receptividade das minhas ideias e dos meus projetos.

Às bolsistas *Lorena, Suellen, Nádia e Priscila Nascimento* pela ajuda com a coleta e tabulação dos dados. Eu realmente não teria conseguido sem o apoio de vocês!

Aos amigos, *Amanda, Ana Carolina, Ana Rita e Diego*, por fortalecer elos antigos e criar novos elos, por dividir as angústias, dúvidas, conquistas e alegrias durante o curso.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a finalização desse trabalho, muito obrigada!

RESUMO

A pesquisa objetivou analisar os fatores de risco para a descontinuidade na detecção precoce do câncer de colo uterino. Trata-se de um estudo retrospectivo, documental, quantitativo, desenvolvido no Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa. Do total de 3357, foram analisados 2878 prontuários de mulheres atendidas no setor de prevenção ginecológica, desde o início do seu funcionamento até dezembro de 2011, após aplicação dos critérios de inclusão, quais sejam: ter iniciado atividade sexual e ter realizado a coleta citológica. Os dados foram coletados de março a setembro de 2013. O instrumento foi validado por três juízes e consistiu em um formulário estruturado composto por variáveis de identificação, histórico geral, ginecológico, sexual e obstétrico da paciente e a avaliação da continuidade do cuidado em detecção precoce do câncer de colo uterino, avaliada pela periodicidade adequada e retorno para busca do laudo citopatológico. Verificou-se as associações entre a descontinuidade e as variáveis independentes por meio dos seguintes testes: qui-quadrado e análise de regressão logística. A idade das mulheres variou de 12 a 91 anos, com uma mediana de 33 anos. A maioria das mulheres 1343 (53,8%) possuía apenas o ensino fundamental, 1426 (56,5%) eram casadas ou conviviam em união estável, 130 (63,1%) trabalhavam fora de casa, e 1651 (57,4%) residiam no mesmo bairro da instituição. A infecção pelo HPV foi a DST mais frequente, acometendo 184 (77%) das mulheres. Do total, 1623 (56,4%) mulheres apresentavam alguma queixa que motivou a consulta. Em relação aos métodos contraceptivos, observou-se que 942 (35%) mulheres utilizavam contraceptivo hormonal (oral e/ou injetável), 722 (26,9%) utilizavam o preservativo, 383 (14,2%) eram laqueadas e 525 (19,5%) não utilizavam nenhum método. A maioria das mulheres analisadas apresentou descontinuidade na detecção precoce do CCU, 2516 (87,4%), com 669 (23,2%) que não receberam o laudo do último exame e a quase totalidade da amostra, 2460 (96,6%) apresentou periodicidade inadequada na realização do teste. O estudo evidenciou os seguintes fatores de risco para a descontinuidade na detecção precoce do CCU: morar no bairro comum à instituição ($p=0,024$), não morar com companheiro ($p=0,013$), não ter diagnóstico de hipertensão arterial ($p=0,038$), baixo número de consultas para coleta citológica ($p=0,000$), apresentar queixa no exame ($p=0,035$), não estar em amenorréia ($p=0,005$) ou menopausa ($p=0,021$), não utilizar preservativo ($p=0,009$), apresentar dispareunia ($p=0,027$) e ter iniciado a vida sexual até os 20 anos de idade ($p=0,039$). Conclui-se que a prevalência de descontinuidade na detecção precoce do CCU é alta na população estudada. A identificação dos fatores de risco pode

direcionar ações de educação em saúde com vistas a promover o conhecimento dessa população, visando maior adesão à realização do exame na periodicidade correta e a busca do laudo citopatológico.

Palavras-chave: Prevenção do Câncer de Colo Uterino. Esfregaço Vaginal. Saúde da Mulher. Fatores de Risco. Enfermagem.

ABSTRACT

This research aimed to analyse the risk factors of the early detection of Cervical Cancer (CC). It is a documentary, correlational study with a quantitative approach developed at the Center for Natural Childbirth Ligia Barros Costa (CPN). The population consisted of 3357 medical records of women seen in the gynecological prevention's sector of CPN, since the beginning of operations until December 2011. The final study sample consisted of 2878 records, after the exclusion criteria were applied. The instrument was subjected to face validity and content by 03 judges and consisted of a structured questionnaire composed of identification, general, gynecological, obstetric and sexual history of the patient and review of continuity of care in early detection of cervical cancer. Were calculated absolute and relative frequencies, measures of mean and median central tendency and measure of risk odds ratio (OR) with their respective 95% CI. There was discontinuity between the associations and the independent variables by chi-square test and logistic regression analysis. The women's ages ranged from 12 to 91 years, with a median of 33 years and standard deviation of 13.55. The majority 1343 (53.8 %) women had only primary education, were married or lived in a stable relationship 1426 (56.5%) worked outside home 130 (63.1%) and lived in the same neighborhood of the institution 1651 (57.4%). HPV infection was the most common STI, affecting 184 (77%) of women. Of the total, 1623 women had any complaints (56.4%) which led to the query. Regarding contraception, it was observed that 942 women (35.0 %) used hormonal contraceptives (oral and / or injectable) , 722 (26.9 %) used condoms , 383 (14.2%) were sterilized and 525 of them (19.5 %) did not use any contraceptive method . The study revealed the following risk factors for discontinuity in the early detection of cervical cancer: live in the same neighborhood of the institution ($p=0.024$), not living with a partner ($p=0.013$), not having a diagnosis of hypertension ($p=0.038$) the low number of visits ($p=0.000$) , pursue ($p=0.035$), not being in amenorrhea ($p = 0.005$), not being in menopause ($p=0.021$) did not use condoms ($p=0.009$), present dyspareunia ($p =0.027$) and have begun their sexual life until 20 years of age ($p=0.039$). Most women analyzed showed discontinuity in the early detection of cervical cancer (87.4%) received the report of the last examination (76.8%), while almost the entire study population (96.6%) had inadequate periodicity in testing. We conclude that the prevalence of discontinuity in the early detection of cervical cancer is high in this population. The identification of risk factors can direct actions of health education in order to promote the understanding of this population, seeking greater adherence to the test and the

pursuit of cytopathology report.

Key words: Uterine Cervical Neoplasms. Vaginal Smears. Women's Health. Risk Factors. Nursing.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo analizar los factores de riesgo para la interrupción de la detección precoz del cáncer de cuello uterino CCU. Se trata de un estudio retrospectivo, documental, cuantitativo, desarrollado en el Centro de Parto Natural Ligia Costa Barros. Se analizaron 2.878 historias clínicas de mujeres que acudieron a la prevención ginecológica, desde su inicio de funcionamiento hasta diciembre de 2011, después de aplicar los criterios de inclusión, que fueron: historias clínicas de mujeres vírgenes, que no realizaron la coleta del examen citopatológico y llenados de forma incompleta. El instrumento fue validado por tres jueces y consistió en un cuestionario estructurado compuesto por variables de identificación, historia general, ginecológica, obstétrica y sexual de la paciente y la evaluación de la continuidad del cuidado en la detección precoz del CCU, evaluada por la periodicidad adecuada y el retorno para buscar el informe citopatológico. Se verificó las asociaciones entre la discontinuidad y las variables independientes por medio de dos test de χ^2 y análisis de regresión logística. Las edades de las mujeres osciló entre 12 y 91 años, con una mediana de 33 años. La mayoría de las mujeres 1.343 (53,8%) tenían sólo educación primaria, 1.426 (56,5%) estaban casadas o vivían en unión estable, 130 (63,1 %) trabajaban fuera de su hogar, y 1.651 (57,4%) vivían en el mismo barrio de la institución. La infección por VPH es la ETS más común, que afecta a 184 (77%) de las mujeres. Del total, 1.623 (56,4%) mujeres tuvieron alguna queja que motivó a la consulta. En cuanto a la anticoncepción, se observó que 942 (35%) mujeres utilizaban anticonceptivos hormonales (oral y/o inyectable), 722 (26,9%) utilizaban los condones, 383 (14,2%) fueron esterilizadas y 525 (19,5%) no utilizaron ningún método. La mayoría de las mujeres analizadas presentaron discontinuidad en la detección precoz del CCU, 2.516 (87,4%); 669 (23,2%) no recibieron el resultado del último examen y casi la totalidad de la población en estudio 2.460 (96,6%) presentó periodicidad inadecuada en la realización de la prueba. El estudio reveló los siguientes factores de riesgo para la discontinuidad en la detección precoz del CCU: no vivir en el mismo barrio a la institución ($p=0,024$), no vivir con su pareja ($p=0,013$), no tener un diagnóstico de hipertensión ($p=0,038$), bajo número de consultas ($p=0,000$), presentar quejas en el examen ($p=0,035$), no estar en amenorrea ($p=0,005$) o en la menopausia ($p=0,021$) no usaron condones ($p=0,009$), presentar dispareunia ($p=0,027$) y haber iniciado su vida sexual hasta 20 años de edad ($p=0,039$). Se concluye que la prevalencia de la discontinuidad en la detección precoz del CCU es alta en esta población. La identificación de factores de riesgo puede dirigir a las acciones de educación para la salud con el fin de promover el conocimiento de esta población,

buscando una mayor adherencia a los exámenes de prevención en intervalos adecuados y la búsqueda de su resultado citopatología.

Palabras clave: Neoplasias del Cuello Uterino. Frotis Vaginal. Salud de la Mujer. Factores de Riesgo. Enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Fortaleza, CE, março, 2014.....	26
Tabela 2 -	Distribuição dos estudos incluídos na Revisão integrativa sobre adesão à detecção precoce do CCU. Fortaleza, CE, março, 2014.....	27
Tabela 3 -	Distribuição das características sociodemográficas das usuárias do setor de consulta de enfermagem em ginecologia do CPN. Fortaleza, Ceará, março, 2014.....	37
Tabela 4 -	Distribuição dos dados do histórico pessoal das usuárias do setor de consulta de enfermagem em ginecologia do CPN. Fortaleza, Ceará, março, 2014.....	39
Tabela 5 -	Distribuição dos dados do histórico ginecológico das usuárias do setor de consulta de enfermagem em ginecologia do CPN. Fortaleza, Ceará, março, 2014.....	42
Tabela 6 -	Distribuição dos dados do histórico sexual e obstétrico das usuárias do setor de consulta de enfermagem em ginecologia do CPN. Fortaleza, Ceará, março, 2014.....	46
Tabela 7 -	Distribuição dos fatores associados à descontinuidade na detecção precoce do câncer de colo uterino das usuárias do setor de consulta de enfermagem em ginecologia do CPN . Fortaleza, Ceará, março, 2014.....	48
Tabela 8 -	Associação das variáveis sociodemográficas e a descontinuidade na detecção precoce do CCU. Fortaleza, Ceará, janeiro, 2014.....	50
Tabela 9 -	Associação das variáveis do histórico pessoal e a descontinuidade na detecção precoce do CCU. Fortaleza, Ceará, janeiro, 2014.....	54
Tabela 10-	Associação das variáveis do histórico ginecológico e a descontinuidade na detecção precoce do CCU. Fortaleza, Ceará, janeiro, 2014.....	56
Tabela 11-	Associação das variáveis do histórico sexual e obstétrico e a descontinuidade na detecção precoce do CCU. Fortaleza, Ceará, janeiro, 2014.....	59
Tabela 12-	Relação entre o recebimento do laudo e a adequação da periodicidade. Fortaleza, Ceará, março, 2014.....	61

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Critérios construídos para seleção de experts para validação de face e de conteúdo	34
------------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF	Base de Dados de Enfermagem
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CCU	Câncer de Colo do Útero
CENTRAL	Registro de ensaios clínicos controlados
CPN	Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
HTA	Avaliação de Tecnologias em Saúde
IARC	International Agency for Research on Câncer
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IVS	Início da vida sexual
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and retrieval System On-line
OMS	Organização Mundial de Saúde
RC	Razão de Chances
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	Objetivo geral.....	23
2.2	Objetivos específicos.....	23
3	ESTADO DA ARTE	24
3.1	Promoção e educação em saúde na prevenção do câncer de colo uterino	25
3.2	Adesão à detecção precoce do Papanicolaou: revisão integrativa da literatura.....	25
4	METODOLOGIA	33
4.1	Tipo de estudo.....	33
4.2	Descrição do local do estudo.....	33
4.3	População e amostra.....	34
4.4	Coleta de Dados.....	35
4.5	Apresentação e análise dos dados.....	36
4.6	Aspectos éticos e legais.....	37
5	RESULTADOS	38
5.1	Caracterização sociodemográfica.....	38
5.2	Histórico pessoal	40
5.3	Histórico ginecológico.....	43
5.4	Histórico sexual e obstétrico	47
5.5	Fatores associados à descontinuidade na detecção precoce do CCU.....	49
5.6	Associação das variáveis investigadas com a descontinuidade na detecção precoce do CCU.....	50
5.7	Cuidado na detecção precoce do CCU: relação entre a periodicidade adequada e o recebimento do laudo do exame citopatológico	61
6	CONCLUSÃO.....	64
	REFERÊNCIAS.....	66
	APÊNDICES.....	73

1 INTRODUÇÃO

O câncer é resultado de alterações que promovem mudanças incontroláveis nas células do organismo, pois o corpo perde o controle sobre o aumento das mesmas. O câncer do colo do útero (CCU) caracteriza-se pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou a distância. Existem duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermóide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que ataca o epitélio glandular. (ORSHAN, 2010; BRASIL, 2011a).

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

A neoplasia cervical uterina é considerada evitável, diferentemente de outros cânceres humanos, devido à sua lenta evolução e ao longo período existente entre o aparecimento das primeiras lesões e o surgimento da malignidade (ORSHAN, 2010). Apesar do grande potencial de prevenção e cura, a cada ano mais de 270.000 mulheres morrem de CCU e mais de 85% das mortes são registradas nos países de baixa e média renda (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2013).

No Brasil, o CCU ocupa o terceiro lugar geral entre os cânceres mais prevalentes na população feminina. Na região Nordeste ocupa a segunda posição (18 casos/100 mil). Para o Brasil, espera-se 15.590 casos novos desse tipo de câncer no ano de 2014. Para o Estado do Ceará estima-se 930 casos novos e para a cidade de Fortaleza teremos 280 casos novos (BRASIL, 2013b).

Pode-se considerar como fatores de vulnerabilidade para o CCU a multiplicidade de parceiros, o início precoce da vida sexual, a história de doenças sexualmente transmissíveis (DST), o uso prolongado de anticoncepcional oral, a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), o tabagismo e a imunossupressão (BRASIL, 2011). Além desses, pode-se citar o déficit nutricional e imunológico e as alterações genéticas como fatores que podem levar ao

CCU (SCARINCI *et al.*, 2010). A infecção pelo HIV em alguns estudos é considerada um cofator para o CCU (BRITO; GALVÃO; PEREIRA, 2011; BRITO; GALVÃO, 2010).

Uma condição *sine qua non* para desenvolvimento do CCU é a infecção pelo HPV. Já foram mapeados pelo menos 100 tipos diferentes desse vírus e cerca de 12 a 18 são considerados oncogênicos. Ademais, os que são mais comumente associados ao CCU, responsáveis por cerca de 70% dos cânceres são os subtipos 16 e 18 (BRASIL, 2013a).

Estudos mostram que a infecção pelo HPV é comum em mulheres jovens no início de suas vidas sexuais e que os números diminuem com o passar dos anos possivelmente devido à eliminação do vírus pelo sistema imunológico dessas mulheres (SASIENI; CASTANÕN; CUZICK, 2009; SMITH, 2011). As mulheres que continuam infectadas pelo HPV, por volta dos 30 a 50 anos, têm maiores chances de desenvolver células anormais que estão associadas ao CCU (BRASIL, 2011).

A prevenção primária do CCU envolve a orientação em relação aos fatores de risco, bem como a proteção contra o HPV por meio do uso de preservativo em todas as relações sexuais. Ademais, a vacina quadrivalente, disponibilizada a partir de 2014 pelo SUS para a faixa etária de 11 a 13 anos, visa a prevenção do CCU, por meio da imunização para os tipos 6, 11, 16 e 18. A prevenção secundária pode ser feita a partir de métodos que detectem as lesões precursoras que poderão dar origem aos carcinomas invasivos, como o Papanicolaou (BRASIL, 2013a).

O enfermeiro é um dos profissionais responsáveis pela realização do exame de prevenção do CCU dentro das unidades básicas de saúde. Além disso, apresenta como característica inerente à sua formação a capacidade de orientar e educar os usuários em relação à minimização de fatores de risco e a busca por um comportamento sexual saudável. Assim, ao incentivar a utilização do preservativo na prevenção de DST, este profissional contribui para a prevenção do CCU, uma vez que o principal fator de risco para o desenvolvimento deste é a infecção pelo HPV.

Por ser considerado um câncer curável e 100% prevenível, a detecção precoce de lesões precursoras do CCU é de extrema relevância. Esta detecção é mais comumente realizada por meio do exame de colpocitologia oncótica, também conhecido como exame preventivo ou Papanicolaou, um método simples e de baixo custo, que deve ser realizado por mulheres com vida sexual ativa na faixa etária de 25 até 59 anos. A periodicidade para o exame de Papanicolaou ideal é a realização do mesmo a cada três anos após dois resultados negativos em anos consecutivos. Isso não impede que a mulher procure o serviço caso esteja percebendo alguma anormalidade ginecológica (BRASIL, 2013a).

O exame de Papanicolaou é realizado há mais de 40 anos e é o método mais eficaz na detecção do CCU (BRASIL, 2011). O mesmo é de fundamental importância para diminuir a incidência e a mortalidade por CCU. Mesmo sendo um exame simples, muitas mulheres ainda são resistentes à sua realização por medo, pudor ou constrangimento diante da exposição de suas partes íntimas (AMÉRICO *et al.*, 2009). É importante que esse exame seja feito em pelo menos 80% da população-alvo para que se possa garantir a detecção precoce das lesões que poderão dar origem ao câncer (OMS, 2013).

Apesar do exame de prevenção não ter como intuito inicial a detecção e cura de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), muitas mulheres procuram o serviço de saúde por causa dessas patologias, possibilitando assim que os profissionais atuem na investigação, prevenção, tratamento e acompanhamento de outros agravos incluindo o CCU (LIMA *et al.*, 2009).

Realizar periodicamente o exame citopatológico é a estratégia mais adotada para o rastreamento do CCU. A alta cobertura da população alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária à saúde para a redução da incidência e da mortalidade por CCU (WHO, 2011).

Apesar de se conhecer os benefícios do exame de Papanicolaou, estudos brasileiros e a revisão sistemática de Martins *et al.* (2005), mostram que a cobertura deste exame ainda é baixa de acordo com o preconizado pela OMS que é de 80% (PINHO *et al.*, 2003; QUADROS; VICTORA E COSTA, 2004; MARTINS; THULER E VALENTE, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2006; RODRIGUES NETO; FIGUEIREDO E SIQUEIRA, 2008; ALBUQUERQUE *et al.*, 2009). Com relação à adequação da periodicidade de realização de exame de Papanicolaou, a maioria dos estudos aplica o critério de ter realizado pelo menos um exame nos últimos três anos e tem demonstrado que a periodicidade também não alcança os indicadores desejáveis (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2003; LEAL *et al.*, 2005).

O estudo de Correa *et al.* (2012), realizado com 3939 mulheres residentes nas regiões sul e nordeste do Brasil, revelou que mais de 90% das mulheres estudadas conheciam o exame de Papanicolaou, contudo para 99% destas mulheres constatou-se conhecimento inadequado quanto à periodicidade de realização do exame, caracterizando um achado semelhante ao encontrado em outros estudos (PINHO *et al.*, 2003; PINHO; FRANÇA-JÚNIOR, 2003; GONÇALVES *et al.*, 2011; FERNANDES; NARCHI, 2002). Quanto à adequação observou-se que apenas 71% das mulheres realizaram o exame com periodicidade adequada, ou seja, um exame nos últimos três anos. Tal achado é menor que o encontrado em estudos brasileiros anteriores (MARTINS; THULER E VALENTE, 2005; LEAL *et al.*, 2005;

FERNANDES E NARCHI, 2002; SZWARCOWALD; MENDONÇA E ANDRADE, 2006; BOTTARI, VASCONCELOS E MENDONÇA, 2008).

Além da prática inadequada das mulheres, o difícil controle do CCU também está relacionado à coleta inadequada da amostra e à inadequação dos laudos colpocitológicos. Mesmo diante desse problema de saúde pública e a possibilidade de cura, os investimentos por parte do governo para disponibilizar o exame, a prevenção e o tratamento não serão totalmente eficazes se as mulheres não retornarem para buscar o laudo colpocitológico (MARTINS *et al.*, 2010).

Quando as mulheres não retornam ao serviço em busca do resultado de seus exames há um grande desperdício de tempo e recursos, tanto por parte das mulheres como do serviço de saúde. É realizado um investimento financeiro e profissional para a realização do exame. O investimento vai desde o material utilizado na coleta até a impressão do laudo colpocitológico. O não retorno dessas mulheres para buscar o resultado de seus exames faz com que o propósito do exame Papanicolaou não seja atingido, visto que o mesmo busca a prevenção do CCU.

No estudo de Vasconcelos (2012), das 775 mulheres que compuseram a amostra, a maioria (83%) compareceu para receber o resultado do exame, embora aproximadamente 28% (n=181) destas o fizeram após a data agendada para o retorno. Foram encontradas proporções mais altas de não comparecimento à consulta de retorno, relacionadas às seguintes características: mulheres jovens ($p=0,001$), com início precoce da atividade sexual ($p=0,047$) e que foram classificadas durante o inquérito CAP com conhecimento inadequado sobre o exame de Papanicolaou ($p=0,029$).

O problema do não retorno está presente em vários contextos, embora em proporções variadas, indicando a necessidade dos profissionais de saúde responsáveis pela prevenção do CCU de buscar estratégias para incrementar o conhecimento das mulheres sobre o combate ao CCU enfatizando a importância da consulta de retorno e mudanças no sistema vigente a fim de otimizar a dinâmica do atendimento objetivando diminuir esses números.

Para tanto, é necessário não somente conhecer os motivos pelos quais as mulheres não retornam, mas também quem são essas mulheres e quais as características relacionadas ao comportamento de não retornar.

Desta forma, surgiu o interesse em identificar quais fatores estão relacionados com a descontinuidade na detecção precoce do CCU. Entende-se como tal, o fato de a mulher não retornar para receber o laudo do exame de Papanicolaou e/ou não realizá-lo com a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde. Identificar o perfil das mulheres com

descontinuidade na detecção precoce do CCU, bem como conhecer os fatores de risco para esse comportamento poderão facilitar as ações de promoção da saúde reprodutiva executadas pelos enfermeiros.

O enfermeiro como profissional responsável pela consulta ginecológica deve dar bastante atenção à prevenção do CCU. Um atendimento humanizado e individualizado faz-se necessário para que as mesmas retornem para uma consulta subsequente ou para buscar o resultado de seus exames, reduzindo as taxas de descontinuidade na prevenção do CCU.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- ✓ Analisar os fatores de risco para a descontinuidade na detecção precoce do CCU.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar as características sociodemográficas, gineco-obstétricas e sexuais de usuárias de um serviço de ginecologia;
- ✓ Verificar a periodicidade de realização do exame de Papanicolaou nessas mulheres;
- ✓ Identificar incidência do não-retorno das mulheres ao serviço para receber o resultado do exame;
- ✓ Identificar a incidência da descontinuidade relacionada à periodicidade inadequada;
- ✓ Identificar a incidência da descontinuidade relacionada ao não retorno para receber o resultado do exame de Papanicolaou;
- ✓ Relacionar as características sociodemográficas, gineco-obstétricas e sexuais com a descontinuidade na detecção precoce do CCU;
- ✓ Verificar a associação entre a periodicidade de realização do exame com o não-retorno para busca do resultado do exame.

3 ESTADO DA ARTE

3.1 Promoção da saúde na detecção precoce do CCU

O CCU representa um agravo à população feminina, uma vez que se constitui o segundo tipo de câncer mais frequente nesta população, apesar de ter um alto potencial de prevenção e cura (próximo de 100%), quando diagnosticado precocemente (BRASIL, 2011).

É imprescindível promover a saúde da mulher visando reduzir as taxas de morbimortalidade ocasionadas pelo CCU, considerado um grave problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento, nos quais a população feminina tem menos acesso às informações adequadas e campanhas eficazes que possam contribuir consideravelmente para a prevenção e detecção precoce deste tipo de câncer (BRASIL, 2013a).

De acordo com o Ministério da Saúde, nenhuma ação de controle do CCU avançará sem a participação do componente educativo que atinja a população de mulheres e os profissionais de saúde. Deverão ser oferecidas a todas as mulheres que buscam os serviços de saúde, por qualquer motivo, ações educativas individuais ou em grupos de reflexão sobre os benefícios que decorrem destas atividades (BRASIL, 2001).

Na perspectiva da promoção da saúde, as práticas educativas assumem um novo caráter, uma vez que seu eixo norteador é o fortalecimento da capacidade de escolha dos sujeitos. No entanto, para que isso ocorra, as informações sobre saúde necessitam ser trabalhadas de forma simples e contextualizadas, instrumentalizando as pessoas para fazerem escolhas mais saudáveis de vida (ALVES; AERTS, 2011).

No contexto da detecção precoce do CCU, algumas lacunas na assistência ainda são observadas como potenciais alvos de estratégias educativas. Como exemplo disso, podemos citar as altas taxas de não-retorno das mulheres para receberem o laudo do exame de Papanicolaou, dados evidenciados por diversos estudos (GOMES *et al.*, 2010; GREENWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006; HACKENHAAR; CÉSAR, DOMINGUES, 2006; VASCONCELOS, 2012).

Esses dados revelam que a descontinuidade na detecção precoce do CCU está presente em vários contextos, o que indica a relevância e a necessidade dos profissionais de saúde utilizarem-se de estratégias, sejam elas educativas, comportamentais ou sociais, a fim de diminuir esses números.

Pesquisa realizada em Pelotas-RS com 1482 mulheres entre 20 e 59 anos de idade demonstra que o percentual de usuárias que não sabia o resultado de seus exames aumentava conforme diminuía a escolaridade: a proporção foi cerca de três vezes maior entre aquelas com até quatro anos de escolaridade em relação às mulheres com doze ou mais de escolaridade (10,7% contra 2,9%) (valor p de tendência linear = 0,000). Pouco mais de um terço (35,6%) das mulheres com escolaridade até quatro anos acredita que o CCU não seja curável, enquanto entre as mulheres com doze ou mais de escolaridade o percentual foi de 9,9 (HACKENHAAR; CÉSAR, DOMINGUES; 2006).

Educar os outros é uma das funções mais elementares que um enfermeiro deve desempenhar. Para cumprir bem o papel de educador, esse profissional deve identificar a informação de que os aprendizes precisam e considerar a motivação e os estilos de aprendizagem. Entretanto, apenas fornecer informações ao aprendiz não garante sua aprendizagem (BASTABLE; 2010).

A mulher, como sujeito autônomo no processo de cuidar da sua saúde, deve estar ciente dos benefícios de realizar o exame de Papanicolaou, uma vez que é reconhecidamente a forma mais eficaz de detecção precoce do CCU em mulheres que já iniciaram atividade sexual (MAREE; WRIGHT, 2011).

Para realizar ações educativas em saúde mais dialogadas e participativas, torna-se fundamental que os profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, consigam, em sua prática profissional, promover o acolhimento e construir vínculos com os sujeitos assistidos, com vistas a compreender, reconhecer e se comprometerem em atender suas necessidades de saúde.

3.2 Adesão à detecção precoce do Papanicolaou: revisão integrativa da literatura

Diversos estudos foram desenvolvidos pela comunidade acadêmica mundial com o objetivo de identificar os fatores que permeiam a realização do exame de Papanicolaou, fatores estes que envolvem a periodicidade correta de realização do exame e a busca para o recebimento do laudo. Esses achados têm demonstrado que a adesão aos programas de rastreamento vai além do conhecimento acerca do exame, mas da aquisição da concepção de risco e vulnerabilidade pelas mulheres. Logo, torna-se fundamental realizar um levantamento desses estudos, a fim de alcançar uma maior compreensão dos fatores que aumentam os riscos à descontinuidade na detecção precoce do CCU.

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, que facilitou a síntese da literatura e compreensão do fenômeno estudado. Seguiu-se os passos recomendados, quais sejam: 1) seleção do tema a ser estudado e formulação da pergunta norteadora, 2) identificação dos descritores nas bases de dados e estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão, 3) seleção das informações a serem extraídas dos textos e categorização dos estudos, 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão, 5) interpretação dos resultados, 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O tema de interesse selecionado foi a descontinuidade na detecção precoce do CCU, envolvendo o não retorno para busca do laudo e a periodicidade inadequada. A questão norteadora para elaboração desta pesquisa foi: “Quais os fatores associados à descontinuidade na detecção precoce do CCU?”.

Posteriormente, realizou-se a busca por artigos indexados na base de dados Bireme utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). O levantamento dos artigos deu-se por meio dos DeCS: “uterine cervical neoplasms”, “vaginal smears” e “primary health care”, combinados simultaneamente.

Pela Bireme foi possível investigar as seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System On-Line (MEDLINE), CENTRAL-Registro de ensaios clínicos controlados, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), HTA-Avaliação de Tecnologias em Saúde, IBECs (Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde) e Coleciona SUS. A busca foi realizada em novembro de 2013.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser artigo de pesquisa ou revisão, estar disponível eletronicamente, estar escrito em inglês, espanhol ou português, conter informações pertinentes à pergunta norteadora.

Na fase seguinte, utilizou-se para coleta de dados um instrumento construído com vistas a identificar as características dos estudos, como: título do artigo, autores, método, base de dados, ano de publicação, país, tipo de publicação, objetivo, população, amostra, resultados e conclusões.

Antes da aplicação do instrumento de pesquisa, realizou-se uma leitura criteriosa dos artigos para excluir os trabalhos que não abordassem o tema pesquisado. A seguir, avaliou-se os estudos quanto ao seu delineamento, representatividade, resultados encontrados e relevância. Na fase relativa à interpretação dos achados, procedeu-se à leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, por meio da qual os textos foram agrupados e submetidos à análise. Os artigos foram divididos em duas categorias: “Fatores relacionados ao não-retorno

para receber o laudo do exame” e “Fatores relacionados à periodicidade inadequada de realização do exame”.

No último passo, relacionado à divulgação do conhecimento sintetizado e avaliado na presente revisão, os resultados encontrados foram descritos em tabelas ilustrativas e discutidos posteriormente.

Na busca foram encontrados 101 artigos, dos quais 87 pertenciam à MEDLINE, 7 à CENTRAL-Registro de ensaios clínicos controlados, 4 à LILACS, 1 à HTA- Avaliação de Tecnologias em Saúde, 1 à IBECs e 1 ao Coleciona SUS. Ao final da leitura dos resumos para identificar se estavam relacionados com a questão estabelecida, foram selecionados 20 para leitura na íntegra, dos quais apenas 12 foram incluídos na revisão. Dos artigos encontrados na busca, nenhum enquadrava-se na categoria de “Fatores relacionados ao não-retorno para receber o laudo do exame”, desta forma, todos os artigos analisados são relacionados à periodicidade inadequada de realização do exame. Ressalta-se, ainda, que a seleção dos artigos para inclusão na revisão foi realizada por três pessoas.

Tabela 1 - Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Fortaleza, CE, março, 2014.

	Lilacs	Medline	Central	HTA	IBECs	Coleciona SUS	Total
Produção encontrada	4	87	7	1	1	1	101
Não aborda a temática do estudo	3	75	4	1	1	1	85
Repetido	0	2	2	0	0	0	4
Total Selecionado	1	10	1	0	0	0	12

Fonte: Própria Pesquisadora

Após a leitura dos resumos e seleção dos artigos para análise, realizou-se a busca dos artigos, encontrando-se 12 artigos na íntegra que foram submetidos à leitura, seus dados foram agrupados e submetidos à análise.

O objetivo da análise e interpretação dos dados representa a síntese dos dados registrados no instrumento de recolha de dados e discussão dos dados extraídos a partir dos artigos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A caracterização dos artigos incluídos na revisão com os respectivos títulos dos artigos, autores, tipo de pesquisa, categoria de descontinuidade na detecção precoce do CCU, base de dados, ano de publicação e país foi disposto na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos estudos incluídos na Revisão integrativa sobre adesão à detecção precoce do CCU. Fortaleza, CE, março, 2014.

TÍTULO	AUTORES	MÉTODO	BASE	ANO	PAÍS
<i>A comparison of health care in Canada and the United States: the case of Pap smears</i>	Gohman	Estudo Descritivo	MEDLINE	2010	EUA
<i>A population-based study of primary care predictors of non-attendance for cervical screening</i>	Webb; Richards; Pickles	Estudo Transversal	MEDLINE	2004	Reino Unido
<i>A primary healthcare-based intervention to improve a Danish cervical cancer screening programme: a cluster randomised controlled Trial</i>	Jensen <i>et al.</i>	Ensaio Clínico Randomizado Controlado	MEDLINE	2009	Dinamarca
<i>Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil</i>	Correa <i>et al.</i>	Estudo transversal	LILACS	2012	Brasil
<i>Determinants of preventive health behavior in relation to cervical cancer screening among the female population of Belgrade</i>	Matejic <i>et al.</i>	Caso- Controle	MEDLINE	2011	Sérvia
<i>How reminders given to patients and physicians affected pap smear use in a health maintenance organization</i>	Burack <i>et al.</i>	Ensaio clínico controlado randomizado	CENTRAL	1998	EUA
<i>Inequalities in cervical cancer screening for women with or without a regular consulting in primary care for gynaecological health, in Paris, France</i>	Grillo; Vallée; Chauvin	Estudo de coorte	MEDLINE	2012	França

Tabela 2 – Distribuição dos estudos incluídos na Revisão integrativa sobre descontinuidade na detecção precoce do CCU. Fortaleza, CE, março, 2014. Continuação.

<i>Organizational Factors and the Cancer Screening Process</i>	Price <i>et al</i>	Revisão de Literatura	MEDLINE	2010	Bases de dados
<i>Pap Smear rates among haitian immigrant women in Eastern Massachusetts</i>	Green <i>et al.</i>	Estudo transversal	MEDLINE	2005	EUA
<i>Primary care factors associated with cervical screening coverage in England</i>	Bang, <i>et al.</i>	Estudo transversal	MEDLINE	2012	Inglaterra
<i>Survey of population coverage in cervical cancer screening in the Oxford region</i>	Coulter; Baldwin	Estudo transversal, inquérito postal	MEDLINE	1987	Inglaterra
<i>The role of primary care professionals in women's experiences of cervical cancer screening: a qualitative study</i>	Armstrong; James; Dixon-Woods	Estudo qualitativo	MEDLINE	2011	Inglaterra

Fonte: Própria Pesquisadora

Nenhum artigo incluído na revisão abordou o retorno para a busca do laudo, pois o principal foco dos estudos foi na cobertura do exame preventivo, envolvendo também a adesão das mulheres ao mesmo. Uma breve explanação dos estudos foi realizada a seguir.

Estudo qualitativo realizado com 34 mulheres da Inglaterra evidenciou que a natureza altamente íntima e pessoal do teste é um desafio e muitas mulheres relatam experiências insatisfatórias. Algumas questões problemáticas incluem o constrangimento (ao expor uma parte íntima e pessoal de seu corpo), o desconforto e a dor, considerando a experiência pessoalmente ameaçadora. Muitas mulheres relatam decepção com a forma como o processo é conduzido, pois a interação com o profissional parece ser vazia de significância emocional. O conhecimento desses fatores poderá auxiliar na mudança de comportamento dos profissionais de saúde, a fim de que acolham essas mulheres, o que poderá contribuir para a maior adesão ao Papanicolaou (ARMSTRONG; JAMES; DIXON-WOODS, 2011).

Em Massachusetts desenvolveu-se um estudo com 700 mulheres com idade acima dos 40 anos que objetivou comparar a adesão ao exame preventivo de mulheres haitianas com as demais etnias. Ter realizado o Papanicolaou nos últimos três anos sofreu

influência da etnia, com as mulheres brancas não-hispânicas e haitianas apresentando as menores taxas. A maior adesão ao exame foi observada em mulheres casadas ou que conviviam com o parceiro, que apresentavam seguro-saúde, com maiores rendas, com espaço de saúde exclusivo, atendidas por profissionais do sexo feminino e idade até os 49 anos (GREEN *et al.*, 2005).

Inquérito desenvolvido em Oxford com 3307 mulheres de 18 a 64 anos, mostrou que a realização do exame Papanicolaou nos últimos cinco anos sofreu influência da idade e da renda, sendo mais realizado por mulheres no intervalo de 25 a 34 anos e com maiores rendas. Dessa forma, percebe-se que a redução do número de mortes pelo CCU depende das ações das equipes da atenção primária, priorizando principalmente as mulheres que apresentam maiores riscos para o desenvolvimento da doença, ou seja, as mulheres mais velhas e de menores níveis sociais (COULTER; BALDWIN, 1987).

Pesquisa nacional realizada pelo sistema de saúde da Inglaterra com 26.497.476 mulheres, de 2008 a 2009, com vistas a identificar os fatores associados à cobertura do exame Papanicolaou evidenciou que estiveram correlacionadas negativamente à realização do exame as mulheres jovens (de 25 a 49 anos), as minorias étnicas e os baixos níveis socioeconômicos (medidos por um instrumento que verifica condições de moradia, emprego, saúde, educação). Percebe-se que as características da população e do sistema de saúde continuam sendo importantes influências sobre a participação em intervenções preventivas, como o rastreamento do colo do útero, mesmo em sistemas de saúde universais (BANG, *et al.*, 2012).

Já um estudo realizado no Brasil, nas regiões Sul e Nordeste, em sete Estados, que objetivou analisar a cobertura e adequação do Papanicolaou de 3.939 mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos, concluiu que tanto a cobertura quanto a periodicidade na realização do exame de Papanicolaou estão afetadas nessas regiões. Mais que 90% da amostra afirmou conhecer o exame, mas 17,3% relatou nunca o ter realizado. A adequada periodicidade esteve presente em 70,7% das mulheres, associada à: idade maior ou igual a 25 anos, escolaridade superior a 9 anos, que realizaram pré-natal na última gestação, mães com mais de um filho, e melhores níveis socioeconômicos (CORREA *et al.*, 2012).

Uma revisão sistemática que analisou a influência de fatores organizacionais no rastreamento do CCU evidenciou que a maior adesão ao rastreamento do CCU estava associada aos seguintes fatores organizacionais: Formas de recrutamento (carta, mensagem, aconselhamento telefônico, vídeo ou mensagens gravadas), agendamento (por telefone, cartas que permitem acesso direto ao serviço ou que estipulam data), número de profissionais, demanda de mulheres, cultura organizacional (compromisso com a qualidade do serviço), presença de

equipe multiprofissional, recursos para o rastreio. Concluiu que maiores taxas de rastreio para o CCU podem ser alcançadas quando os serviços de saúde construírem protocolos como estratégias para superar as dificuldades que envolvem a própria instituição, os profissionais e os pacientes (PRICE *et al.*, 2010).

A realidade da França, através de estudo realizado com 1843 mulheres da área metropolitana que objetivou avaliar as características que influenciavam ausência de realização do teste Papanicolaou na vida, revela que a pouca idade (intervalo entre 18 e 24 anos), não ter relação estável, não ter filhos, ser imigrante, ter menores níveis educacionais, nunca ter trabalhado, ter baixa renda, ser dependente apenas do seguro de saúde social e não ter tido sérios problemas de saúde são fatores que se associam estatisticamente com a não realização do exame. Ademais, as razões citadas para a baixa adesão ao mesmo foram a sensação de que este teste não é necessário e/ou que estava tudo bem (70,2%), seguido do fato de que ninguém as tinha proposto o exame (51,8 %) (GRILLO; VALLÉE; CHAUVIN, 2012).

Um caso-controle desenvolvido em Belgrado, Sérvia, com 524 mulheres de 18 a 70 anos, divididas igualmente nos grupos intervenção (mulheres que procuraram o atendimento para Papanicolaou) e controle (mulheres em atendimento clínico geral) objetivou identificar os fatores determinantes para o rastreio do CCU. A adesão ao rastreamento teve influência de melhores situações financeiras, ausência de predileção por sexo do profissional, consultas com ginecologista sobre prevenção do CCU, falar sobre a doença com pessoas que apresentaram CCU e receber informações das mídias, pela maior exposição (MATEJIC *et al.*, 2011).

Inquérito que objetivou comparar a adesão ao exame Papanicolau das mulheres americanas com as mulheres canadenses encontrou que as taxas de cobertura das mulheres residentes no Canadá foram menores que as das norte-americanas, proporção semelhante às das americanas sem seguros de saúde. A principal fonte de diferença nessa proporção deve-se aos sistemas de saúde divergentes, uma vez que as canadenses são cobertas por um sistema universal de saúde enquanto que as norte-americanas são asseguradas por recursos públicos ou privados. Apesar das diferenças encontradas nessas populações, não direcionam para grandes disparidades entre as mesmas (GOHMAN, 2010).

Estudo realizado nos EUA objetivou avaliar a eficácia de intervenções: carta convite fornecida a pacientes incentivando a realização do Papanicolaou e as orientações fornecidas por médicos, ou ambas. Participaram do estudo 3848 mulheres com idade até os 40 anos. O efeito da intervenção combinada, paciente e profissional de saúde, foi mais significativa para a realização do teste. Na intervenção exclusiva com o paciente, reduziram o

tempo de procura pelo exame mulheres mais jovens, com doenças crônicas, com exame anterior de Papanicolaou, história prévia de DST e com visita recente ao ginecologista (no período do estudo) (BURACK et al, 1998).

Estudo realizado no Reino Unido, com mulheres de 30 anos de idade ou mais (n = 72.613) evidenciou que vários fatores foram significativamente associados com não utilização do serviço para rastreamento, como excesso de carga de trabalho, morar sozinha, atendimento por profissionais de saúde que eram do sexo masculino com idade ≥ 50 anos e profissionais homens de origem sul-asiática (WEBB; RICHARDS; PICKLES, 2004).

Um estudo randomizado controlado realizado na Dinamarca utilizou uma carta-convite para convocar as mulheres ao rastreamento do CCU. O convite era direcionado às mulheres que não participam há 5 anos de triagem cervical. Concluiu que mulheres que não participam de programas de rastreio do CCU, mas que apresentam um exame anterior são mais propensas a ingressar em um programa de rastreio de CCU em comparação a mulheres participantes sem um exame preventivo anterior (JENSEN *et al.*, 2009).

Dessa forma, os achados presentes nas diversas pesquisas direcionam para a necessidade de implementação de programas de rastreamento que priorizem as mulheres com fatores de risco para o CCU e para a não adesão ao exame de Papanicolaou, principalmente àquelas com menores escolaridades e baixas condições socioeconômicas. A realidade mundial não está distante dos achados do estudo brasileiro incluído na revisão, o que denota que modelos bem sucedidos de intervenções realizadas nesses países podem ser bem aceitos na realidade brasileira.

Nota-se a necessidade de um maior investimento na educação da população em relação ao exame de Papanicolaou e uma superação das barreiras que impedem o acesso e impossibilitam a realização da detecção precoce do CCU. Além disso, ressalta-se a importância do desenvolvimento de mais estudos que abordem a temática; principalmente aqueles elaborados por enfermeiros, visto que estes são responsáveis, em grande maioria, pela realização do exame de prevenção nas unidades de ESF; e que esses estudos sejam realizados no Brasil, pois nota-se uma carência de estudos sobre esta temática nesse país.

Torna-se claro que a mudança de perspectiva no pensar e fazer do profissional de saúde, em especial o enfermeiro, agrega seu papel educativo ao resgate da pessoa como cidadã, participativa e consciente de sua condição de vida. O enfermeiro, através da educação popular em saúde, pode modificar os altos índices de não-retorno das mulheres para receber o laudo do exame de Papanicolaou e pode estimular a realização periódica do exame, reduzindo assim, a descontinuidade na detecção precoce do CCU.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

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

Segundo Polit e Beck (2011), correlação é uma inter-relação ou associação entre duas variáveis, ou seja, uma tendência de oscilação em uma das variáveis está relacionada com uma variação na outra. Portanto, os estudos correlacionais são aqueles em que um fenômeno observado é relacionado a outros fenômenos ocorridos. O estudo documental busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questões e hipóteses de interesse (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

4.2 Descrição do local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa (CPN), um local de atendimento específico de enfermagem, vinculado à Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará (UFC). O CPN é campo de estágio para acadêmicos de enfermagem entre o 6º e 8º semestres, que além do atendimento clínico oferecido na unidade, realizam atividades educativas e de extensão na comunidade.

Tal serviço oferece atendimento no acompanhamento pré-natal e de saúde sexual principalmente às mulheres residentes dos bairros Planalto Pici, Bela Vista e Pan Americano, localizados na periferia da cidade de Fortaleza. O funcionamento do acompanhamento ginecológico iniciou em 2003, chegando, no ano de 2013, com 3970 prontuários abertos.

O setor de consulta de enfermagem em ginecologia do CPN é o que mais realiza atendimento dentro da instituição. No ano de 2013, foram realizados 515 atendimentos, sendo que a maioria desses concentra-se no período em que os alunos encontram-se em estágio no CPN. É importante ressaltar que esses números incluem tanto as consultas para realização do exame de Papanicolaou como as consultas para esclarecimento de dúvidas das pacientes ou

resolução de outras queixas não associadas à coleta do exame, além da entrega dos resultados dos mesmos.

A marcação dos exames é feita por demanda espontânea. Os profissionais da instituição disponibilizam, normalmente, as duas primeiras semanas do mês para realizar o agendamento do semestre.

Durante o período de estágio, os atendimentos são realizados às quartas, quintas e sextas-feiras pela manhã e às quintas-feira à tarde. A consulta de retorno para receber o laudo do exame de Papanicolaou é agendada no dia da coleta e a paciente recebe o resultado do exame com o enfermeiro da instituição. Caso ela falte no dia da consulta de retorno, é possível realizar um novo agendamento para receber o exame ou então pode ser feito um encaixe, de acordo com a demanda de atendimentos.

Por se tratar de um ambiente de formação de profissionais, a humanização do atendimento e a visão holística do cuidar são preceitos fundamentais seguidos pelos integrantes da instituição. Com o objetivo de promover a saúde das usuárias, são realizadas diversas estratégias educativas, como sala de espera, palestras e oficinas educativas sobre temáticas relacionadas com sexualidade (prevenção do CCU, prevenção do câncer de mama e prevenção das DST).

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta pelos 3357 prontuários das mulheres atendidas no CPN, no setor de consulta de enfermagem em ginecologia, desde o início do seu funcionamento, em Outubro de 2003, até Dezembro de 2011.

Foram avaliados os prontuários referentes às consultas realizadas até o mês de Dezembro de 2011, uma vez que para se avaliar a periodicidade de realização do exame é necessário ao menos uma consulta de retorno, pois conforme o Ministério da Saúde (2013), o exame Papanicolaou deve ser realizado anualmente e após dois exames anuais consecutivos negativos, a periodicidade é de três anos. Os critérios de inclusão para o estudo foram: ter pelo menos uma consulta na instituição para realização do exame de Papanicolaou e ter vida sexual ativa.

A amostra final do estudo foi composta por 2878 prontuários, após serem aplicados os critérios de exclusão, quais foram: não ter iniciado atividade sexual, não ter realizado a coleta do exame de Papanicolaou e prontuários com informações insuficientes para a análise do estudo.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de Março a Setembro de 2013. Foi utilizado como instrumento para coleta de dados um formulário estruturado, composto por variáveis de identificação, histórico geral, ginecológico, sexual e obstétrico da paciente e a avaliação da descontinuidade na detecção precoce do CCU (Apêndice A).

No intuito de conferir maior credibilidade ao instrumento, foi realizada uma validação de face e conteúdo, na qual o instrumento foi submetido à avaliação (Apêndice B). Os juízes foram selecionados de acordo com critérios construídos, devendo obter pontuação mínima de 5 pontos.

Quadro 1 - Critérios para seleção de juízes para validação de face e de conteúdo.

JUÍZES/ESPECIALISTAS	PONTUAÇÃO
Possuir tese na área de interesse*	3 pontos
Possuir dissertação na área de interesse*	2 pontos
Ser especialista na área de interesse*	1 ponto
Participação em grupos/projetos de pesquisa na área de interesse*	1 ponto
Possuir prática profissional (clínica, ensino ou pesquisa) recente, de no mínimo, 5 anos na área de interesse*	2 pontos/ ano
Artigo publicado em periódico indexado sobre a área de interesse*	1 ponto/trabalho

* Área de interesse: promoção da saúde sexual e reprodutiva

A validação foi realizada por três juízes doutores e pesquisadores com publicações na área de saúde sexual e reprodutiva de grupos específicos, após realização de convite e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C).

O instrumento validado pelos juízes é composto por seis partes, descritas a seguir:

I – Identificação: Número de consultas, data das consultas, bairro, nº do prontuário, tipo de prontuário, telefone, idade na última consulta, estado civil, ocupação e escolaridade.

II - Histórico Geral: Antecedentes familiares (câncer de mama, útero, ovário e colo do útero) e Pessoais (doenças cardíacas, diabetes, violência, câncer, hipertensão, doenças mentais, alcoolismo, tabagismo e DST).

III – Histórico Ginecológico: Queixa principal, menarca, ciclo menstrual, métodos contraceptivos utilizados anteriormente e no momento da consulta e cirurgias ginecológicas.

IV – Histórico Sexual: Dispareunia, sinusiorragia, orgasmo, início da vida sexual (IVS), nº de parceiros (na vida) e hábitos sexuais (sexo oral, sexo vaginal, sexo anal).

V- Histórico obstétrico: Número de gestações, partos, abortos e vias de parto.

VI – Avaliação da continuidade da detecção precoce do CCU: Se recebeu o laudo do último exame, se realiza o exame na periodicidade adequada e se tem descontinuidade na detecção precoce do CCU.

Os juízes analisaram o instrumento quanto à forma de apresentação e ao conteúdo elaborado, relacionando estes elementos à sua capacidade de atingir os objetivos propostos. As modificações sugeridas foram analisadas e acatadas.

Com o intuito de verificar a adequabilidade do instrumento formulado, realizou-se um estudo preliminar com 332 prontuários da unidade, referentes aos prontuários abertos no ano de 2010 (PONTE, 2012). Verificou-se que o instrumento é adequado para os objetivos do estudo.

Segundo Polit e Beck (2011), a coleta de dados por meio de um formulário estruturado tende a fornecer informações que são mais facilmente quantificadas, pois reúnem os dados de maneira comparável e pré-especificada para toda a amostra da pesquisa.

4.5 Apresentação e análise dos resultados

Na fase de inferência estatística foram investigadas associações entre as variáveis dependentes e independentes do estudo. As variáveis independentes foram: morar no mesmo bairro da instituição, número de consultas, idade, atividade laboral, escolaridade, antecedentes pessoais, queixa, amenorréia, menopausa, uso de preservativo, histerectomia, dispareunia, sinusiorragia, orgasmo, início da vida sexual, número de parceiros, sexo oral, vaginal e anal. A variável desfecho foi a descontinuidade na detecção precoce do CCU, ou seja, não retornar para receber o laudo citopatológico e/ou não realizar o exame com a periodicidade adequada, de acordo com o Ministério da Saúde.

Calcularam-se as frequências absolutas, relativas, as medidas de tendência central média e mediana e a medida de risco Razão de Chances (RC) com seu respectivo IC_{95%}. Foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, a fim de identificar a normalidade dos dados e, ainda, o teste de Levene para verificar a igualdade das variâncias. Comparou-se as médias das variáveis quantitativas com relação à descontinuidade por meio do teste t de Student para dados independentes. Verificou-se as associações entre a descontinuidade (Sim e Não) e as variáveis independentes dos testes do qui-quadrado e de razão de verossimilhança. Aquelas variáveis que apresentaram significância estatística com $p < 0,20$ ingressaram na análise multivariada, por meio do modelo de regressão logística forward. Os dados foram processados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 (licença N° 10101131007).

4.6 Aspectos éticos e legais

Os princípios da Bioética que tratam de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça foram respeitados, bem como os princípios éticos para pesquisa com seres humanos presentes na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil (BRASIL, 2012). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e foi aprovado sob o protocolo n° 183493.

Ainda como exigido, foi solicitado a aprovação da diretoria do Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa (APÊNDICE E) para a realização do estudo no referido local por meio dos prontuários, mantendo-se contato prévio com os responsáveis mediante apresentação da Carta de Solicitação.

5 RESULTADOS

Os dados oriundos da busca nos prontuários foram apresentados em seis tópicos, a saber: caracterização sociodemográfica, histórico pessoal, histórico ginecológico, histórico sexual e obstétrico, associação das variáveis investigadas com a descontinuidade na detecção precoce do CCU e o cuidado na detecção precoce do CCU.

5.1 Caracterização sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica dos sujeitos envolvidos no estudo realizou-se por meio da análise descritiva das seguintes variáveis: idade, escolaridade, estado civil, religião, atividade laboral e bairro comum à instituição (tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das características sociodemográficas das usuárias do setor de consulta de enfermagem em ginecologia do CPN. Fortaleza, Ceará, março, 2014.

<i>Caracterização sociodemográfica</i>	n	%	Kolmogorov-Smirnov	Mediana ± DP
Faixa etária (n= 2814)*				
12 – 24	753	26,5	p = 0,000	33,00 ± 13,55 Mín: 12 Máx: 91
25 – 35	819	29,8		
36 – 64	1164	41,0		
≥ 65	78	2,7		
Escolaridade (n=2497)*				
Analfabeta (0-3)	226	9,0		
Ensino Fundamental (4-9)	1343	53,8		
Ensino Médio (10-12)	866	34,7		
Nível Superior (13-17)	62	2,5		
Estado civil (n=2523)*				
Solteira	837	33,2		
Casada/união estável	1426	56,5		
Divorciada	167	6,6		
Viúva	93	3,7		
Trabalha fora (n=206)*				
Sim	130	63,1		
Não	76	36,9		
Reside no mesmo bairro da instituição (n=2878)				
Sim	1651	57,4		
Não	1227	42,6		

Fonte: Própria Pesquisadora

*Número de pessoas que responderam essa pergunta no prontuário

A idade das mulheres pesquisadas variou de 12 a 91 anos, com uma mediana de 33 anos e desvio padrão de 13,55. Observou-se uma predominância da faixa etária de 25 a 64 anos, com representação de 1983 (70,8%) das participantes. A maioria das mulheres 1343, (53,8%) possuía escolaridade até o ensino fundamental, 1426 (56,5%) eram casadas ou

conviviam em união estável, 130 (63,1%) exerciam atividade laboral e 1651 (57,4%) residiam no mesmo bairro da instituição.

A idade constitui um dos aspectos que também parece influenciar os mecanismos que determinam a regressão ou a persistência da infecção pelo HPV. Em mulheres com menos de 30 anos, a infecção pelo HPV regride espontaneamente, ao passo que acima dessa idade a persistência é mais frequente (IARC, 2007). Outros fatores incluem a própria infecção pelo HPV, imunidade, genética e comportamento sexual.

Observou-se no presente estudo que 1512 (53,1%) mulheres tinham menos de 35 anos, ou seja, eram mulheres jovens que estavam, teoricamente, fora da faixa etária considerada de risco para o CCU. Porém, não se pode analisar apenas a idade de forma isolada, uma vez que outros fatores de risco ao CCU poderiam estar presentes. Ademais, a maior parte da amostra estava situada na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde para realização do exame, que é de 25 a 64 anos (BRASIL, 2013).

Há vários fatos indicando que, direta ou indiretamente, o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos não tem impacto na redução da incidência e/ou mortalidade por CCU. Um estudo da International Agency for Research on Cancer (IARC) estimou que, ao iniciar o rastreamento aos 25 anos de idade, e não aos 20 anos, perde-se apenas 1% de redução da incidência cumulativa do CCU (IARC, 2007).

Além da baixa incidência de câncer em mulheres jovens, há evidências de que o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos seja menos eficiente do que em mulheres mais maduras. Um estudo com 4.012 mulheres no Reino Unido com CCU mostrou que 75% das mulheres de 20 a 24 anos que tiveram uma lesão invasora já tinham pelo menos um exame de Papanicolaou prévio. Por outro lado, entre as mulheres entre 50 e 69 anos essa proporção foi de 47% (SASIENI; CASTAÑON; CUZICK, 2009).

Em relação à escolaridade máxima, as participantes deste estudo tinham, em sua maioria 53,8% (1343), o ensino fundamental completo ou não, que refere-se ao tempo de quatro a nove anos de estudo. Uma pesquisa que objetivou analisar a cobertura e a adequação do exame de Papanicolaou em mulheres atendidas em unidades básicas da região sul e nordeste do Brasil encontrou que a média de anos de estudo foi de 7,3 (DP=2,9) para toda a amostra. Este estudo demonstrou que as mulheres com maior escolaridade tiveram a periodicidade do exame mais adequada (CORREA *et al.*, 2012).

Alguns estudos como o de Martins Valente e Thuler (2008), Domingos *et al.* (2007), Hackenhaar, César e Domingues (2006) e Amorim *et al.* (2006) perceberam que o exame de Papanicolaou é menos realizado por mulheres de cor da pele mulata ou preta, de

baixo nível socioeconômico, pouca escolaridade, sem companheiro, as mais jovens e também as de idade mais avançada.

Em relação ao estado civil, a maioria das participantes, 56,5% (1426) era casada ou vivia em união estável. Este achado foi semelhante ao do estudo de Vasconcelos (2012), realizado com 775 mulheres de uma unidade de saúde da periferia de Fortaleza, no qual 69,4% (538) das mulheres participantes da pesquisa viviam com o companheiro. Tal pesquisa mostrou que não morar com o companheiro teve relação estatística significativa com o conhecimento inadequado acerca do exame de Papanicolaou.

A baixa escolaridade e não morar com o companheiro têm sido descritos como fatores de risco para a não realização do exame preventivo (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009; BORGES, 2012; DIÓGENES *et al.*, 2012).

Em relação ao fato de morar ou não próximo à unidade de saúde, foi encontrado que 1651 (57,4%) mulheres, moravam no mesmo bairro do Centro de Parto Natural, um fator que pode auxiliar na busca pelo exame preventivo e por seu laudo. Morar próximo à unidade de saúde não significa necessariamente ter mais acesso à informação sobre a prevenção do CCU, porém é um fator que facilita o acesso à realização adequada do exame (OLIVEIRA; GUIMARÃES; FRANÇA, 2013).

5.2 Histórico pessoal

Os antecedentes pessoais devem estar presentes na consulta de enfermagem em ginecologia, a fim de que o profissional de saúde possa identificar precocemente fatores de risco, bem como realizar uma abordagem mais ampla e global. Por meio da identificação precoce, intervenções de saúde poderiam ser realizadas. Ademais, a descontinuidade na detecção precoce do CCU pode estar relacionada aos mesmos. Esses dados foram alocados na tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos dados do histórico pessoal das usuárias do setor de consulta de enfermagem em ginecologia do CPN. Fortaleza, Ceará, março, 2014. Continuação.

<i>Histórico Pessoal</i>	N	%
Doenças cardíacas (n=2878)		
Sim	7	0,2
Não	2871	99,8
Diabetes (n=2878)		
Sim	82	2,8
Não	2866	97,2

Tabela 4 - Distribuição dos dados do histórico pessoal das usuárias do setor consulta de enfermagem em ginecologia do CPN. Fortaleza, Ceará, março, 2014. Continuação.

Sim	17	0,6
Não	2861	99,4
Câncer (n=2878)		
Sim	23	0,8
Não	2855	99,2
Qual câncer (n=16)		
Colo do útero	2	12,5
Mama	8	50,0
Ovário	3	18,8
Útero	1	6,2
Outros	2	12,5
Hipertensão (n=2878)		
Sim	320	11,1
Não	2558	88,8
Doenças mentais (n=2878)		
Sim	10	0,3
Não	2868	99,7
Alcoolismo (n=2878)		
Sim	364	12,6
Não	2514	87,4
Tabagismo (n=2878)		
Sim	299	10,4
Não	2579	89,6
DST (n=2878)		
Sim	356	12,4
Não	2522	87,6
Qual DST (n=239)*		
Gonorréia	5	2,1
Herpes genital	7	3,0
HIV	2	0,8
HPV	184	77,0
Sífilis	11	4,6
Tricomoníase	30	12,5

Fonte: Própria Pesquisadora

*Número de pessoas que responderam essa pergunta no prontuário

Dentre os antecedentes pessoais relatados pelas participantes do estudo, os mais frequentes foram: alcoolismo (364/12,6%), seguido pelas DST (356/12,4%), hipertensão arterial (320/11,1%) e tabagismo (299/10,4%).

O álcool está associado ao aumento do risco de diversos tipos de câncer: boca, faringe, laringe, esôfago, fígado, mama e intestino, e esse risco aumenta independentemente do tipo de bebida. Estudos indicam que cada dose de bebida alcoólica consumida por dia

aumenta o risco de câncer de mama em cerca de 7% a 11%. Apesar de o álcool aumentar os níveis de estrogênio no organismo, o que, em quantidades acima do normal, pode causar câncer de mama, não há relação cientificamente comprovada entre o álcool e o CCU (BRASIL, 2011).

Estudo realizado por Aquino (2007), com prostitutas de Fortaleza, evidenciou que o uso do preservativo não era valorizado quando as mulheres haviam ingerido bebida alcoólica. Ademais, revisão realizada na literatura evidenciou que:

O uso de álcool associado ao comportamento sexual mostrou ser um fator de risco para transmissão das DSTs/HIV/Aids, visto que, quando ingerido antes ou durante o ato sexual, favorece a prática sem preservativo. O local em que se consome a bebida, antes ou durante o ato sexual, e a quantidade ingerida parecem ser fatores preponderantes na manutenção dessa associação (CARDOSO, MALBERGUER E FIGUEIREDO, 2008).

O risco de câncer é maior para as pessoas que bebem e fumam. O tabagismo também causa câncer de boca, esôfago e fígado, mas o efeito do álcool e tabaco juntos é muito maior. Este risco pode se agravar quando pessoas que bebem e fumam também têm hábitos alimentares inadequados (QUEIROZ; CANO; ZAIA, 2007).

O tabagismo representa o principal fator de risco evitável não só do câncer, como também de doenças cardiovasculares e respiratórias, sendo hoje considerado um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo. O tabaco diminui significativamente a quantidade da função das células de Langherans, que são responsáveis pela defesa do tecido epitelial, além do cigarro conter mais de 300 substâncias cancerígenas (QUEIROZ; CANO; ZAIA, 2007).

É imprescindível ressaltar que menos de 1% das mulheres com infecção por HPV de risco oncogênico irá desenvolver CCU, porém, esse risco se potencializa quando a infecção viral é associada ao tabagismo, destacando assim que o uso frequente do cigarro é uma causa comprovada da evolução dessa patologia (COKER *et al.*, 2009).

O número de fumantes entre o sexo feminino tem aumentado em todo mundo, influenciado por inúmeros fatores, econômicos e socioculturais, principalmente em países em desenvolvimento, transformando o tabaco em uma das maiores causas desse tipo de tumor (HORTA *et al.*, 2007). Confirmando esse fato, um estudo que abordou as alterações citopatológicas e fatores de risco ilustrou que 48% de um total de 65 mulheres que apresentavam alterações cervicais eram tabagistas (MELO *et al.*, 2009).

Atualmente, a teoria mais aceita para a explicação do aparecimento do CCU repousa na transmissão sexual. Desde 1992, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a persistência da infecção pelo HPV em altas cargas virais representa o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença (BRASIL, 2011).

Por se tratar de uma infecção basicamente de transmissão sexual, torna-se preocupante as altas taxas de DST encontradas nas participantes do estudo, uma vez que evidencia uma vida sexual desprotegida. A infecção pelo HPV foi a DST mais frequente, acometendo 184 (77%) mulheres, seguida pela tricomoníase 30 (12,5%), sífilis 11 (4,6%), herpes genital 7 (3%) e gonorréia 5 (2,1%).

As infecções genitais sinalizam um problema que deve ser observado para avaliação de risco e prevenção porque as mulheres com DST estão particularmente expostas ao risco do CCU, especialmente aquelas economicamente desfavorecidas, em que as taxas de infecção por HPV são altas, associadas, principalmente, à baixa idade da sexarca, à baixa escolaridade e à dificuldade de acesso a serviços de saúde (BLANKS *et al.*, 2009; GONÇALVES *et al.*, 2011).

5.3 Histórico ginecológico

Os dados relacionados ao histórico ginecológico foram dispostos na tabela 5. As variáveis desse tópico incluíram o número de consultas, motivação da consulta, ciclos menstruais, uso de contraceptivos e cirurgias ginecológicas.

Tabela 5 - Distribuição dos dados do histórico ginecológico das usuárias do setor de consulta de enfermagem em ginecologia do CPN. Fortaleza, Ceará, março, 2014.

Histórico ginecológico	n	%	Kolmogorov-Smirnov	Mediana ± DP
Número de consultas (n= 2878)				
1 – 3	2683	93,2	p = 0,000	1,0 ± 1,1
4 – 6	169	5,9		Mín: 1
7 – 9	75	0,9		Máx: 9
Motivação da consulta (n=2878)				
Consulta de rotina	1255	43,6		
Presença de queixa	1623	56,4		
Descrição das queixas (n=2210)*				
Dor pélvica	553	25,2		
Corrimento	849	38,4		
Queixas mamárias	80	3,5		
Prurido	402	18,2		
Relacionadas à menstruação	145	6,5		
Feridas, verrugas ou nódulos	61	2,8		
Queixas urinárias	120	5,4		

Tabela 5 - Distribuição dos dados do histórico ginecológico das usuárias do setor de consulta de enfermagem em ginecologia do CPN. Fortaleza, Ceará, março, 2014. Continuação.

Menarca (n=2804)*				
< 12 anos	451	16,0	p = 0,000	13,0 ± 1,8 Mín: 8
	2353	84,0		
≥ 12 anos				Máx: 20
Ciclo menstrual (n=2701)*				
Regular	1610	59,6		
Irregular	661	24,4		
Amenorreia	430	16,0		
Causa da amenorreia (n=380)*				
Menopausa	318	83,7		
Gestação	23	6,0		
Histerectomia	39	10,3		
Métodos contraceptivos utilizados anteriormente à consulta (n=2689)*				
Anticoncepcional Oral	701	26,0		
Anticoncepcional injetável	241	9,0		
Camisinha	722	26,9		
Coito interrompido	37	1,4		
Contraceção de emergência	2	0,1		
Dispositivo intrauterino	67	2,5		
Amenorreia por Lactação	5	0,2		
Laqueadura	383	14,2		
Tabelinha	6	0,2		
Não utiliza	525	19,5		
Métodos contraceptivos utilizados no momento da consulta (n=2439)*				
Anticoncepcional Oral	438	18,0		
Anticoncepcional injetável	174	7,1		
Camisinha	531	21,8		
Coito interrompido	28	1,1		
Dispositivo intrauterino	46	1,9		
Amenorreia por Lactação	5	0,2		
Laqueadura	586	24,0		
Tabelinha	4	0,1		
Não utiliza	627	25,8		
Cirurgias ginecológicas (n=2635)*				
Sim	131	4,5		
Não	2504	95,5		
Histerectomia (n=2622)*				
Sim	91	3,5		
Não	2531	96,5		
Ooforectomia (n=2620)*				
Sim	24	1,0		
Não	2596	99,0		

Fonte: Própria Pesquisadora

*Número de pessoas que responderam essa pergunta no prontuário

O número de consultas das mulheres variou de 1 a 9, com uma mediana de 1. O intervalo de maior número de consultas foi de 1 a 3, em 2683 (93,2%) prontuários. Do total, 1623 (56,4%) mulheres apresentavam alguma queixa que motivou a consulta. As mais frequentes foram: corrimento 849 (38,4%), dor pélvica, 553 (25,2%) e prurido, 402 (18,2%).

Uma pesquisa realizada com 138 mulheres (90 com diagnóstico histológico de neoplasia intraepitelial cervical de alto grau e 48 com câncer invasivo do colo do útero), atendidas no Serviço de Oncologia Ginecológica de São Paulo, detectou que 79% daquelas com NIC e 88% das com câncer invasivo consultava-se com o ginecologista apenas quando apresentava sintomas (BRENNNA *et al.*, 2001).

Estudos têm demonstrado que grande parte das mulheres que busca o serviço de saúde para realização do exame ginecológico o faz por apresentar alguma queixa (LEITÃO *et al.*, 2008; SANTOS, FERNANDES E CAVALCANTI; 2004). O fato de as mulheres procurarem os serviços de saúde somente quando têm sintomas seria a característica socioeconômica da população de países em desenvolvimento, devido ao entendimento de que não é necessário ir ao médico se não se sente nada (JULINAWATI *et al.*, 2013).

É necessário ressaltar que a presença de colpites, corrimentos ou colpocervicites pode comprometer a interpretação da citopatologia, pois a presença de processo inflamatório intenso prejudica a qualidade da amostra. Nesses casos, é recomendado tratar a mulher e orientá-la a retornar posteriormente para a coleta do exame (BRASIL, 2013a).

Observou-se que a menarca teve uma mediana de 13,0 anos (DP=1,827) e que a maioria das mulheres do estudo 2353 (84%) teve a primeira menstruação com 12 anos ou mais. Estudos mostram que a menarca ocorrida antes dos 12 anos está associada ao início precoce da vida sexual, à idade prematura do primeiro parto, baixa utilização do preservativo e à multiplicidade de parceiros sexuais (KAC; VÉLASQUEZ-MELÉNDEZ; VALENTE, 2003; PERSONA; SHIMO E TARALLO, 2004).

Em relação ao ciclo menstrual, 661 (24,4%) mulheres apresentavam ciclo irregular. As queixas relacionadas à irregularidade do ciclo menstrual configuram-se entre as mais frequentes nas mulheres que buscam o exame de Papanicolaou, o que se pode comprovar em outros já realizados acerca da temática (LEITÃO *et al.*, 2008; SANTOS, FERNANDES E CAVALCANTI; 2004; VASCONCELOS, 2012).

Em relação aos métodos contraceptivos utilizados anteriormente à última consulta, observou-se que os contraceptivos hormonais foram os mais utilizados, seguidos da camisinha e da laqueadura. Já no concernente à utilização do método no momento da consulta, os contraceptivos hormonais foram os mais citados, seguidos da laqueadura e da

camisinha.

A prevalência do HPV na população em geral é alta (5 a 20% das mulheres sexualmente ativas mostram positividade em testes moleculares) e este aumento tem sido sentido a partir de 1960, coincidente com o aumento do uso de contraceptivos orais, diminuição do uso de outros métodos de barreira e avanço tecnológico nos métodos diagnósticos (BRASIL, 2013a).

Sabe-se que a utilização do preservativo é de fundamental importância para a prevenção do CCU, uma vez que para sua ocorrência a existência do HPV é primordial. Dessa forma, a camisinha constitui forma de prevenção primária a ser estimulada entre os casais, com vistas à redução das taxas de CCU, bem como DST/Aids (BRASIL, 2010). Dessa forma, o fato de estar entre os três principais métodos citados denota comportamento preventivo pelas mulheres do estudo, mas deve-se considerar que a investigação acerca da consistência de uso não foi realizada.

É importante ressaltar que o tratamento das lesões condilomatosas provocadas pelo HPV não elimina o vírus, portanto os portadores e parceiros devem ser cientificados de que podem ser infectantes, mesmo na ausência de lesões visíveis, por isso o uso de preservativo pode reduzir o risco de transmissão para parceiros não infectados e a realização do exame Papanicolaou permite o rastreamento de doenças pré-invasivas do colo uterino. Em vista disso, torna-se necessário a elaboração de estratégias para resolução da dificuldade de negociação da proteção nas relações sexuais, por parte das mulheres, como também da sua percepção com relação à vulnerabilidade.

A exata relação entre a utilização de contraceptivos hormonais e o CCU permanece incerta. Parece que as mulheres que usam contraceptivos orais, por um período acima de cinco anos, submetem-se a um risco maior de desenvolvimento do CCU, visto que estes agem direta ou indiretamente sobre o epitélio do colo uterino, acarretando pequenas alterações que com o passar do tempo, se não tratadas, podem resultar no CCU (BRASIL, 2013a).

Ademais, estudo realizado no Rio Grande do Sul sobre a prática do sexo seguro por mulheres, comprovou que as entrevistadas que usavam contraceptivo hormonal não utilizavam métodos de barreira, o que poderia aumentar sua exposição às doenças sexualmente transmissíveis, conseqüentemente, ao CCU (AMARO, 2005). Cabe ressaltar também a relação existente entre laqueadura e uso do preservativo. Estudo realizado com mulheres laqueadas evidenciou que a maioria das entrevistadas relatou a não utilização do preservativo, com associação estatística significativa em mulheres que vivem em união

marital com seus companheiros (NICOLAU *et al.*, 2011).

5.4 Histórico sexual e obstétrico

O histórico sexual e obstétrico envolveu questões relacionadas às características do histórico e práticas sexuais, bem como o número de gestações, partos e abortos. Esses dados foram dispostos na tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição dos dados do histórico sexual e obstétrico das usuárias do setor de consulta de enfermagem em ginecologia do CPN. Fortaleza, Ceará, março, 2014.

Histórico sexual e obstétrico	n	%	Kolmogorov-Smirnov	Mediana ± DP
Início da vida sexual (n= 2770)*				
≤ 20 anos	2309	83,4	p = 0,000	17,00 ± 3,817
> 20 anos	461	16,6		Mín: 9 Máx: 42
Número de parceiros (n=2379)*				
Parceiro único	1175	49,4	p = 0,000	2,00 ± 2,356
Até 3 parceiros	826	34,7		Mín: 1
Mais que 3 parceiros	378	15,9		Máx: 30
Dispareunia (n=2632)*				
Sim	777	29,5		
Não	1426	70,5		
Sinúsiorragia (n=2565)*				
Sim	167	6,5		
Não	2398	93,5		
Orgasmo (n=2653)*				
Sim	2074	78,2		
Não	579	21,8		
Sexo oral (n=1994)*				
Sim	578	29,0		
Não	1416	71,0		
Sexo anal (n=1973)*				
Sim	442	22,4		
Não	1521	77,6		
Gesta (n=2807)*				
Zero	483	17,2	p = 0,000	2,00 ± 2,410
1 a 2	1125	40,0		Mín: 0
3 ou +	1199	42,8		Máx: 18
Para (n=2805)*				
Zero	631	22,5	p = 0,000	2,00 ± 2,086
1 a 2	1246	44,4		Mín: 0
3 ou +	928	33,1		Máx: 17
Aborto (n=2805)*				
Zero	1936	68,9	p = 0,000	0 ± 0,968
1 a 2	780	27,8		Mín: 0
3 ou +	93	3,3		Máx: 9
Parto vaginal (n=2501)*				

Tabela 6 - Distribuição dos dados do histórico sexual e obstétrico das usuárias do setor de consulta de enfermagem em ginecologia do CPN. Fortaleza, Ceará, março, 2014. Continuação.

Sim	1626	65,0
Não	875	35,0

Fonte: Própria Pesquisadora

*Número de pessoas que responderam essa pergunta no prontuário

Os determinantes principais da infecção pelo HPV e o provável desenvolvimento do CCU, tanto em homens como em mulheres, estão relacionados com o comportamento sexual e incluem a iniciação sexual precoce, o número elevado de parceiros sexuais e as relações com parceiros sexuais promíscuos (BRASIL, 2013a).

O estudo de Martins *et al.* (2007) demonstrou associação significativa entre o início da atividade sexual precoce e a aquisição de infecção por HPV de alto risco, em mulheres que freqüentam o SUS de três cidades brasileiras. O estudo de fatores comportamentais, como o início da atividade sexual das mulheres, ajuda a esclarecer a história natural da infecção por HPV e pode também auxiliar nas estratégias de tratamento e prevenção de lesões precursoras do CCU (SIGNORELI; COLZANI, 2007).

A dispareunia é uma sintoma que pode estar presente nos estágios mais avançados do CCU, podendo estar associado à sinusiorragia (espontânea, após o coito ou esforço), leucorréia e queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados (BRASIL, 2013a).

Alguns tipos de Papilomavírus Humano (HPV), nos últimos anos, têm sido responsabilizados pelo desenvolvimento de malignidade nas regiões que comumente infectam, compreendendo, na mulher, o períneo, vulva, vagina, colo do útero e região anal; no homem, infectam pênis, uretra, saco escrotal e região anal (SANTOS; ROMANO; WIGG, 2008). Além das áreas comumente descritas na literatura, o desenvolvimento de pesquisas vem demonstrando a presença de HPV de alto risco oncogênico e sua possível associação com o desenvolvimento de malignidade na região de orofaringe e cordas vocais (SCULLY, 2002).

Em relação ao perfil obstétrico, estudos epidemiológicos têm demonstrado forte associação entre a multiparidade e as lesões de alto grau-câncer. A IARC, ao estudar 1.853 gestantes e 255 controles, observou que mulheres com sete ou mais gestações a termo tiveram risco de desenvolver CCU, aumentado em quatro vezes quando comparadas com as nulíparas, sendo que os fatores hormonais, traumáticos e imunológicos parecem ser mecanismos biológicos que justificam tal associação (IARC, 2007).

5.5 Fatores associados à descontinuidade da detecção precoce do CCU

Da totalidade das participantes do estudo, 2516 (87,4%) apresentaram descontinuidade na detecção precoce do CCU, 2209 (76,8%) receberam o laudo do último exame, enquanto 2460 (96,6%) apresentaram periodicidade inadequada na realização do teste, dados dispostos na tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos fatores associados à descontinuidade na detecção precoce do câncer de colo uterino das usuárias do setor de consulta de enfermagem em ginecologia do CPN . Fortaleza, Ceará, março, 2014.

<i>Variáveis</i>	N	%
Descontinuidade na detecção precoce (n=2878)		
Sim	2516	87,4
Não	363	12,6
Recebeu o laudo do último exame (n=2878)		
Sim	2209	76,8
Não	669	23,2
Periodicidade inadequada (n=2547)*		
Sim	2460	96,6
Não	87	3,4

Fonte: Própria Pesquisadora

*Número de pessoas que responderam essa pergunta no prontuário

Observou-se, no presente estudo, taxas de não-retorno para receber o laudo do exame de Papanicolaou semelhantes às encontradas em outros estudos, mesmo tratando-se de um serviço-escola, no qual são disponibilizadas várias oportunidades de marcação de consulta de retorno para as mulheres que realizam o exame (VASCONCELOS, 2008; GOMES *et al.*, 2010; VICTOR; MOREIRA; ARAÚJO, 2004).

Há um investimento, por parte do serviço de saúde, em cada Papanicolau realizado. São envolvidos profissionais de nível superior e pessoal técnico, assim como gastos diversos com material no processo de coleta do exame, leitura da lâmina e impressão do resultado. Quando a mulher não retorna ao serviço para receber esse resultado, há um desperdício de tempo e recursos, por parte do serviço e da mulher, pois o objetivo do Papanicolaou, ou seja, a prevenção do CCU, não é alcançado (VASCONCELOS, 2012).

A literatura relata três aspectos como impeditivos do retorno da mulher para receber o resultado do seu exame de Papanicolaou. São eles os relacionados à mulher, ao profissional e ao serviço. Quanto à mulher, destacam-se a situação de trabalho, a falta de transporte, viagens e mero esquecimento de voltar para pegar o resultado do exame. Quanto ao profissional, o principal é a falta da interação profissional-paciente. Em relação ao serviço, greves, atraso na liberação do resultado do exame, falha de comunicação entre a clientela e o

serviço e dificuldade para conseguir um novo atendimento quando a mulher não compareceu na data agendada, são os maiores empecilhos (GREENWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006).

Em relação à periodicidade, constatou-se que 2460 (96,6%) mulheres não realizam o exame com a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde, achado este já comprovado por outros estudos (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009; BORGES, 2012; OLIVEIRA; GUIMARÃES; FRANÇA, 2013).

A falta de compreensão da importância da realização do exame de Papanicolaou constitui um desafio para os serviços de saúde, pois tem limitado o acesso ao rastreamento do CCU principalmente daquelas consideradas de maior risco. Os motivos alegados pelas mulheres para a não realização do exame remetem à necessidade dos serviços de saúde tornarem-se mais efetivos nas práticas educativas e em estratégias que minimizem a não cobertura do exame, sobretudo dos grupos em maior vulnerabilidade social.

Algumas mulheres sentem-se constrangidas e envergonhadas ao se submeterem ao exame de prevenção. Este sentimento de vergonha é ainda maior quando o profissional que realiza o exame preventivo é do sexo masculino. Esses fatores contribuem como obstáculos para um comportamento preventivo em relação ao CCU, e podem ainda se perpetuar dentro dos núcleos familiares e sociais, impedindo o estabelecimento de ações eficazes no sentido da prevenção (FERREIRA, 2009).

5.6 Associação das variáveis investigadas com a descontinuidade da detecção precoce do CCU

Foi verificada a existência de associação estatística significante entre as variáveis sociodemográficas, quais sejam: idade, atividade laboral, escolaridade e bairro de moradia, com a existência de descontinuidade na detecção precoce. Esses dados foram dispostos na tabela 8.

Morar no bairro comum à instituição apresentou associação estatística com a descontinuidade na detecção precoce do CCU ($p=0,024$), com 29% mais chance do que as mulheres que não moram no mesmo bairro. Este achado diverge dos encontrados na literatura atual. Vasconcelos (2012) ressalta que morar próximo a unidade de saúde pesquisada não significa necessariamente ter mais acesso à informação sobre prevenção do CCU, contudo é um fator que facilita o acesso ao exame. Este mesmo estudo mostrou que residir na área

adstrita ao serviço de saúde não foi um diferencial para o conhecimento, atitude e prática adequada das mulheres em relação ao exame.

Tabela 8 - Associação das variáveis sociodemográficas e a descontinuidade na detecção precoce do CCU. Fortaleza, Ceará, março, 2014.

	<i>Descontinuidade na detecção precoce do CCU</i>				Q - quadrado de Pearson	p	<i>Odds Ratio</i>
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Bairro comum à instituição (Total=2514)							
Sim	1422	86,2	228	13,8	5,060	0,024	1,297
Não	1092	89,0	135	11,0			
Idade (em anos) (Total=2482)							
12 a 24	673	89,5	79	10,5	4,474	0,215	
25 a 35	709	86,6	110	13,4			
36 a 64	1032	86,4	162	13,6			
≥ 65	68	87,2	10	12,8			
Mora com companheiro (Total = 2514)							
Sim	1224	85,8	202	14,2	6,147	0,013	1,322
Não	1290	88,9	161	11,1			
Trabalha fora (Total=180)							
Sim	67	88,2	9	11,8	0,066	0,797	
Não	113	86,9	17	13,1			
Escolaridade (em anos de estudo) (Total=2156)							
≤ 9 anos	1350	86,0	219	14,0	0,406	0,524	
> 9 anos	806	86,9	121	13,1			

Fonte: Própria Pesquisadora

Da mesma forma, pesquisa realizada por Oliveira, Guimarães e França (2013) encontrou que a não realização do Papanicolaou e realizar o exame há três anos ou mais associou-se significativamente a ter buscado atendimento em relação à saúde em unidades/locais diferentes de seus locais de residência.

Apesar de facilitar o acesso para a realização do exame de Papanicolaou, o fato de morar no mesmo bairro da instituição não foi considerado um fator protetor, como evidenciado pela associação estatística. Tal achado pode ser explicado pela facilidade de

acesso e a flexibilidade que o serviço dispõe para essas mulheres, fazendo com que as mesmas tornem-se relapsas em retornar para buscar os seus resultados e/ou repetir o exame com a periodicidade adequada.

Embora não tenha apresentado associação estatística, observou-se altas proporções de descontinuidade na detecção precoce entre as mulheres com idade entre 36 a 64 anos, faixa etária considerada de risco para o CCU pelo Ministério da Saúde. Apesar de não apresentar associação estatística para os intervalos, ao realizar-se o teste *t* de *Student* para médias, encontrou-se um valor de $p=0,020$ para a média de 34,9 anos. Esse fato é preocupante, tendo em vista que essa idade está na faixa de prioridade para a realização do teste Papanicolaou.

Pesquisa que objetivou avaliar a cobertura real do teste de Papanicolaou no Estado de Pernambuco, destacando os fatores associados à não-realização dele, evidenciou que tanto entre as mulheres com menos de 25 anos como entre aquelas com 60 a 69 anos, as proporções de realização de exame ginecológico com Papanicolaou são menores que 40% (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009).

O estudo de Etlinger *et al.* (2008) que avaliou a faixa etária de rastreamento em mulheres atendidas nas unidades de saúde de São Paulo identificou que 24,3% dos casos de lesão intraepitelial escamosa de alto grau ocorreram em mulheres com idade inferior ou igual a 25 anos, com destaque para as adolescentes, sugerindo a necessidade de avaliação das alterações cervicais entre mulheres mais jovens. A associação entre exposição precoce e ausência de rastreamento oportuno pode ocasionar lesões cervicais graves até a idade sugerida para o rastreamento, ressaltando a importância de ações educativas quanto à prevenção e aos fatores de risco para o desenvolvimento das neoplasias do útero.

As mulheres com 60 anos ou mais de idade, por não estarem mais em idade fértil, tendem a deixar de realizar consultas ginecológicas, afastando-se das práticas preventivas para o CCU exatamente quando a incidência da doença aumenta (BRENNAN *et al.*, 2001). Esse segmento de mulheres mais idosas demanda com frequência os serviços de saúde em decorrência de outras morbidades, mas essas demandas não estariam sendo adequadamente aproveitadas para a realização do exame de Papanicolaou, o que ocorreria se estivessem sendo contempladas no contexto de uma efetiva atenção integral à saúde.

Pesquisa que teve como objetivo estimar a cobertura do exame preventivo para CCU no município de Rio Branco-AC e avaliar fatores associados a não-realização do mesmo, mostrou que o estrato de mulheres não pertencentes à faixa etária alvo do programa

do MS, que não trabalhavam fora de casa, com menor renda e sem união estável apresentaram maiores estimativas de risco para a não realização do exame (BORGES, 2012).

Não morar com o companheiro teve associação estatística significativa com a descontinuidade na detecção precoce do CCU ($p=0,013$). Alguns estudos comprovam que não morar com o companheiro é um fator de risco para a não realização do exame de Papanicolaou (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009; BORGES *et al.*, 2012; VASCONCELOS, 2012; HACKENHAAR *et al.*, 2006).

Uma pesquisa realizada entre mulheres hispânicas identificou que o risco para não realizar o exame entre mulheres não casadas ou sem união estável era cerca de quatro vezes maior em relação às casadas (KOVAL; RIGANTTI; FOLEY, 2006). De modo semelhante, em estudo realizado na cidade de Pelotas, foi observado que ser viúva ou solteira consistia em fator de risco para não realização do exame (QUADROS; VICTORA; DIAS-DA-COSTA, 2004).

O estudo de Vasconcelos (2012), que objetivou avaliar o conhecimento, a atitude e a prática das mulheres em relação ao exame de Papanicolaou, mostrou que não morar com o companheiro teve associação estatística significativa simultaneamente com conhecimento, atitude e prática inadequados relacionados ao exame de Papanicolaou.

Uma possível explicação para esse aspecto indica que mulheres casadas ou em união estável podem estar mais propensas a procurar serviços de planejamento familiar ou obstétricos, oportunizando a realização do exame.

Apesar de não ter apresentado associação estatística, grande parcela das mulheres com descontinuidade na detecção precoce do CCU não trabalhava fora de casa, achado semelhante ao de outros estudos (SILVA *et al.*, 2006; GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005). Pesquisa de Albuquerque *et al.* (2009), com 640 mulheres não encontrou associação estatística entre a realização do exame e trabalhar fora de casa.

A literatura relata que as mulheres que trabalham fora de casa apresentam proporções mais elevadas de atitude adequada em face do exame Papanicolaou, ou seja, para elas, há necessidade de fazer o exame periodicamente (GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005).

De acordo com os autores deste estudo, questões de gênero, possivelmente, permeiam essa associação, fazendo com que mulheres que trabalham exclusivamente em casa tenham menos autonomia para tomar decisões relativas à sua saúde (GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005). Outra possibilidade é a de que mulheres que trabalham fora de casa têm maior acesso a informações nos contatos com outras trabalhadoras ou empregadoras, o que pode estimular práticas preventivas de saúde.

A baixa escolaridade é considerada como um fator de risco para não realização do exame de Papanicolaou, de acordo com a literatura existente. O estudo de Albuquerque *et al.* (2009) encontrou diferenças por grau de escolaridade, embora não estatisticamente significativas, com o maior percentual de realização de exame preventivo entre as mulheres com ensino fundamental completo 49 (71%), sendo as mulheres com o ensino elementar incompleto as que tiveram menor cobertura do exame.

Pesquisa realizada em São Luís-MA encontrou que mulheres de menor escolaridade (5 a 8 anos de estudo) tiveram menores percentuais de realização do preventivo na análise não ajustada (OLIVEIRA *et al.*, 2006). Como a baixa escolaridade é um fator de risco para o CCU exatamente as mulheres de maior risco foram as menos atingidas pelo preventivo (BRASIL, 2013a).

Além de influenciar na não realização do exame com a periodicidade adequada, o baixo nível de escolaridade influencia também no retorno para receber o resultado do exame preventivo do CCU. No estudo de Hackenhaar, César e Domingues (2006), o percentual de usuárias que não sabia o resultado de seus exames aumentava conforme diminuía a escolaridade: a proporção foi cerca de três vezes maior entre aquelas com até quatro anos de escolaridade em relação a mulheres com doze anos ou mais de escolaridade (10,7% contra 2,9%).

É necessário que haja investimento nas estratégias educativas para combater o CCU, pois grande parte das mulheres participantes do estudo possui fatores de risco para o conhecimento inadequado acerca do exame de Papanicolaou, o que, por sua vez, é um fator de risco para a não realização do mesmo.

Para que haja uma mudança no perfil epidemiológico deste quadro não depende apenas das mulheres ou das políticas governamentais e mesmo dos profissionais de saúde, mas sim de todos esses elementos, envolvidos em uma estratégia articulada voltada para a educação em saúde e para a redução dos agravos à saúde da mulher.

A tabela 9 aponta as associações entre as variáveis do histórico pessoal e a descontinuidade na detecção precoce do CCU.

Dos antecedentes pessoais, o único que apresentou associação estatística com a descontinuidade na detecção precoce do CCU foi a hipertensão arterial ($p=0,038$), com uma chance 40% maior de ocorrência da descontinuidade na detecção precoce do CCU em mulheres não hipertensas.

Tabela 9 - Associação das variáveis do histórico pessoal e a descontinuidade na detecção precoce do CCU. Fortaleza, Ceará, março, 2014.

	<i>Descontinuidade na detecção precoce do CCU</i>				Q - quadrado de Pearson	p	<i>Odds Ratio</i>
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Doença cardíaca							
Sim	5	71,4	2	28,6	1,620	0,203	
Não	2509	87,4	361	12,6			
Diabetes							
Sim	69	84,1	13	15,9	0,802	0,371	
Não	2445	87,5	350	12,5			
Hipertensão							
Sim	268	83,8	52	16,3	4,198	0,038	1,401
Não	2245	87,8	311	12,2			
Violência							
Sim	15	88,2	2	11,8	0,011	0,915	
Não	2499	87,4	361	12,6			
Câncer							
Sim	20	87,0	3	13,0	0,004	0,951	
Não	2494	87,4	360	12,6			
Doença mental							
Sim	10	100	0	0	1,450	0,229	
Não	2503	87,3	363	12,6			
Alcoolismo							
Sim	317	87,1	47	12,9	0,033	0,856	
Não	2197	87,4	316	12,6			
Tabagismo							
Sim	262	87,6	37	12,4	0,019	0,890	
Não	2250	87,3	326	12,7			
DST							
Sim	301	84,6	55	15,4	2,956	0,086	
Não	2213	87,8	308	12,2			

Fonte: Própria Pesquisadora

Estudo realizado em Campinas, no Estado de São Paulo, que teve como objetivo investigar os fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou, observou que a presença de doenças crônicas não se associou de forma estatisticamente significativa com a não realização do exame (AMORIM *et al.*, 2006).

Borges (2012) encontrou no seu estudo altas proporções de mulheres que não realizam o exame entre as que não possuem morbidades autorreferidas, diabetes e hipertensão, apesar dessas características não terem associação estatisticamente significativa.

Ainda neste mesmo estudo, foram encontradas maiores prevalências de adesão ao exame preventivo entre aquelas mulheres que praticavam atividade física 125 (82,2%) e

havia realizado exame de colesterol 397 (83,1%) e glicose sanguínea 370 (82,6%), resultados com valor estatístico (BORGES, 2012).

Estudo realizado no município de Vitória da Conquista-BA, que teve como objetivo estimar a prevalência de não realização do exame preventivo e avaliar fatores associados entre as mulheres quilombolas com idade entre 18 e 64 anos, encontrou que mulheres que verificaram pela última vez a pressão arterial há um ano ou mais e as que nunca tinham verificado tinham maiores índices de não realização do exame de Papanicolaou (OLIVEIRA; GUIMARÃES E FRANÇA, 2013).

Dessa forma, a maior adesão ao exame de Papanicolaou pode ser explicada pela maior frequência das mulheres hipertensas nas Unidades de Saúde, o que oportuniza a marcação e realização do exame de Papanicolaou, ou mesmo pela condição de doença crônica existente, o que pode favorecer a adoção de hábitos preventivos.

Em relação ao alcoolismo e tabagismo, não houve associação estatística com a descontinuidade na detecção precoce do CCU. Outros estudos também não evidenciaram correlação estatística entre esses hábitos e a não realização do teste de Papanicolaou (BORGES, 2012; OLIVEIRA; GUIMARÃES E FRANÇA, 2013).

Ressalta-se que o histórico pessoal de DST também não apresentou significância estatística com a não realização do exame, achado comum ao do estudo de Oliveira *et al.* (2006). Ademais, deve-se ressaltar que a história de DST está firmemente associada à presença de lesões precursoras no colo uterino (LEAL *et al.*, 2003).

Os dados da tabela 10 apontam as associações entre as variáveis do histórico ginecológico e a descontinuidade na detecção precoce do CCU.

Tabela 10 - Associação das variáveis do histórico ginecológico e a descontinuidade na detecção precoce do CCU. Fortaleza, Ceará, março, 2014.

	<i>Descontinuidade na detecção precoce do CCU</i>				Q - quadrado de Pearson	p	<i>Odds Ratio</i>
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Nº de consultas							
1 a 6	2507	87,9	344	12,1	91,853	0,000	23,078
7 ou +	6	24,0	19	76,0			
Queixa							
Sim	1436	88,5	186	11,5	4,460	0,035	1,268
Não	1078	85,9	177	14,1			
Amenorreia							
Sim	358	83,3	72	16,7	7,810	0,005	0,671
Não	2156	88,1	291	11,9			

Tabela 10 - Associação das variáveis do histórico ginecológico e a descontinuidade na detecção precoce do CCU. Fortaleza, Ceará, março, 2014. Continuação.

Menopausa								
Sim	265	83,8	53	16,7	5,317	0,021	0,689	
Não	2249	87,9	310	12,1				
Uso do preservativo								
Sim	647	84,7	117	15,3	6,791	0,009	1,370	
Não	1864	88,3	246	11,7				
Histerectomia								
Sim	78	85,7	13	14,3	0,162	0,687		
Não	2205	87,2	325	12,8				

Fonte: Própria Pesquisadora

O número de consultas teve associação estatística com a descontinuidade na detecção precoce do CCU ($p=0,000$). As mulheres que realizaram até 6 consultas tem 23 vezes mais chance de apresentar descontinuidade na detecção precoce do CCU do que aquelas que procuraram o serviço mais vezes ($OR=23,078$).

É importante ressaltar que as consultas computadas neste estudo são apenas aquelas destinadas à coleta do exame de Papanicolaou, não entrando no cálculo do número de consultas aquelas que visam a entrega do resultado do exame, retirada de dúvidas das pacientes, dentre outros motivos. Dessa forma, ressalta-se o predomínio do intervalo de 1 a 3 consultas na população estudada, 2683 (93,2%), fato que leva à possibilidade de alta incidência de descontinuidade na detecção precoce do CCU, haja vista a relação de associação verificada.

A presença de queixas foi outro fator que teve associação estatística com a variável desfecho do estudo ($p=0,035$), evidenciando chance 26% maior das mulheres que têm queixas apresentarem descontinuidade na detecção precoce do CCU do que aquelas que buscam o serviço para uma consulta de rotina.

O estudo de Vasconcelos (2008) encontrou que 107(42,8%) mulheres referiram como motivo para a realização do exame o fato de estar apresentando alguma queixa. Já Oliveira *et al.* (2006) relatam que não ter tido leucorréia foi um dos fatores associados a maior risco de não ter realizado o Papanicolaou, o que ratifica a afirmativa de que a maioria das mulheres buscam o serviço de saúde por conta de alguma queixa.

Pode-se explicar esse achado pelo fato de a mulher buscar o serviço de saúde com o objetivo apenas de solucionar a sua queixa e não de realizar o rastreamento do CCU no exame preventivo. Portanto, uma vez solucionada a queixa, há riscos dessa paciente não

retornar para receber o laudo colpocitológico ou dar sequência ao rastreamento, caracterizando assim a descontinuidade na detecção precoce do CCU.

Independente do motivo da consulta ginecológica, seja por queixas de sintomas de infecções genitais ou para orientação de contracepção, estas mulheres deveriam ser orientadas e estimuladas a realizar o exame de Papanicolaou. Se isto não for realizado, perde-se a oportunidade de rastrear estas mulheres e, portanto, de diagnosticar e tratar alterações que podem progredir para um carcinoma invasor (HACKENHAAR; CÉSAR; DOMINGUES, 2006).

Não estar em amenorréia associou-se estatisticamente com a descontinuidade na detecção precoce ($p=0,005$), assim como não estar na menopausa ($p=0,021$). Esses dois achados estão interligados e vão de encontro ao que diz a literatura atual, que afirma que o término da idade fértil parece resultar numa diminuição na realização de consultas ginecológicas, levando ao afastamento das práticas de prevenção em um período do ciclo de vida quando a incidência e gravidade das neoplasias são mais elevadas (VALE *et al.*, 2010). Em se tratando do panorama geral dos atendimentos realizados no CPN, percebeu-se que uma minoria das mulheres era menopausada 318 (11%).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o exame de Papanicolaou deve ser realizado até os 64 anos e ser interrompido quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o mesmo, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (BRASIL, 2011). As diretrizes de rastreamento do CCU não explicitam a respeito da periodicidade do exame em mulheres com amenorreia.

Não utilizar o preservativo foi outra variável que teve associação estatística com a descontinuidade na detecção precoce ($p=0,009$), implicando em uma chance 37% maior de a mulher que não faz uso do preservativo ter descontinuidade em comparação com aquela que utiliza.

O uso de preservativo (masculino ou feminino) durante as relações sexuais é a principal estratégia para a prevenção primária do CCU, visto que a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) está presente em 90% dos casos (BRASIL, 2013a). As mulheres que não utilizam o preservativo são as que têm mais risco de desenvolver o CCU, uma vez que além de estarem expostas à infecção pelo HPV, ainda não têm uma continuidade no cuidado para a detecção precoce do CCU, de acordo com os achados deste estudo.

Pesquisa de Muller *et al.* (2008) para verificar a cobertura e fatores associados à realização do exame preventivo de CCU na população de mulheres com vida sexual ativa residentes em um município no Rio Grande do Sul, encontrou que as mulheres que não usavam preservativos nas relações sexuais e com história familiar de CCU realizaram mais o exame, diferentemente do que foi visto no presente estudo.

Oliveira *et al.* (2006) demonstrou que, apesar de não haver associação estatística, as maiores proporções de não realização do exame de Papanicolaou estavam entre as mulheres que utilizavam preservativo com os seus parceiros. Uma das explicações para este ocorrido é que as mulheres que utilizam o preservativo nas relações sexuais consideram-se imunes às DST, dispensando, assim, a realização do exame de Papanicolaou.

Houve baixa proporção de descontinuidade na detecção precoce do CCU entre as pacientes histerectomizadas, apesar de não haver significância estatística. mulheres submetidas à histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais. Em casos de histerectomia por lesão precursora ou câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada.

Os dados da tabela 11 apontam as associações entre as variáveis do histórico sexual e a descontinuidade na detecção precoce do CCU.

Dentre os aspectos relacionados ao histórico sexual, os que apresentaram associação estatística com a descontinuidade na detecção precoce do CCU foram: apresentar dispareunia ($p=0,027$; $OR=1,340$) e o início precoce da vida sexual ($p=0,039$; $OR=1,346$). Ao realizar-se o teste *t* de Student encontrou-se um valor de $p=0,019$ para a média de início da vida sexual de 17,5 anos.

Tabela 11 - Associação das variáveis do histórico sexual e a descontinuidade na detecção precoce do CCU. Fortaleza, Ceará, março, 2014.

	<i>Descontinuidade na detecção precoce do CCU</i>				Q - quadrado de Pearson	p	<i>Odds Ratio</i>
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Dispareunia							
Sim	692	89,1	85	10,9	4,873	0,027	1,340
Não	6	24,0	19	76,0			
Sinúsiorragia							
Sim	149	89,2	18	10,8	1,041	0,308	
Não	2072	86,4	325	13,6			
Orgasmo							

Tabela 11 - Associação das variáveis do histórico sexual e a descontinuidade na detecção precoce do CCU. Fortaleza, Ceará, março, 2014. Continuação.

Sim	1808	87,2	341	12,8	0,047	0,828	
Não	503	86,9	76	13,1			
Início da vida sexual							
≤ 20 anos	2033	88,1	275	11,9	4,271	0,039	1,346
> 20 anos	390	84,6	71	15,4			
Nº de parceiros							
Parceiro único	1026	87,2	149	12,7	1,971	0,741	
Até 3 parceiros	711	86,1	115	13,9			
Mais de 3 parceiros	332	87,8	46	12,2			
Sexo oral							
Sim	498	86,2	80	13,8	2,869	0,238	
Não	1220	60,0	195	13,8			
Sexo anal							
Sim	387	87,6	55	12,4	0,751	0,386	
Não	1315	85,9	215	14,1			

Fonte: Própria Pesquisadora

O início precoce da atividade sexual é considerado um fator de risco para o desenvolvimento do CCU (BRASIL, 2013a). Vasconcelos (2012) mostrou no seu estudo que houve altas proporções de não comparecimento à consulta de retorno para receber o laudo do exame de Papanicolaou em relação àquelas mulheres com início precoce da atividade sexual ($p=0,047$), além de ter associação estatística com o conhecimento inadequado sobre o exame. Além de estarem em risco pelo início sexual precoce, ainda apresentam uma chance 34% maior de apresentar inadequação para a detecção precoce do CCU, o que sinaliza para a necessidade de reforço de ações de promoção da saúde nessa população.

A associação entre referir dispareunia e a descontinuidade na detecção precoce do CCU é preocupante, uma vez que a mulher que apresenta este sintoma deveria dar sequência ao acompanhamento ginecológico a fim que investigar a causa desse desconforto. A dispareunia é uma disfunção sexual difícil de ser avaliada e sua etiologia permanece ainda bastante relacionada aos fatores orgânicos (FERREIRA *et al.*, 2007). Ressalta-se que esse pode ser um sintoma apresentado por mulheres com CCU.

Não houve associação estatística em relação aos seguintes aspectos: sinusiorragia, orgasmo, nem em relação às práticas de sexo oral e anal. O estudo de Leal *et al.* (2003) mostrou que não houve diferença estatística quanto ao surgimento de lesões precursoras do CCU entre mulheres que tinham prática de coito anal e aquelas que não tinha a mesma história. Ressalta-se também a baixa prevalência de relatos acerca das práticas sexuais anal e oral, que pode ser devido à vergonha ou timidez no momento da consulta, comportamento

este explicado pela cultura ocidental judaico-cristã de que o sexo está fortemente ligadas ao componente reprodutivo, tornando estas práticas sexuais condenáveis (CORIOLANO; VIDAL; VIDAL, 2008).

O número de parceiros não apresentou associação estatística com a variável desfecho, apesar de ser considerado um fator de risco para o CCU, contrariando a hipótese de que as mulheres com mais parceiros na vida se cuidassem mais. Estudo desenvolvido em Rio Branco (AC) evidenciou que as mulheres que tiveram um único parceiro apresentaram frequência inferior de lesões, quando comparadas com as que tiveram dois ou mais parceiros (LEAL *et al.*, 2003). Esse dado também foi confirmado em Londrina (PR) no estudo sobre a cobertura e os fatores associados à não-realização do Papanicolaou, no qual o número de parceiros foi maior (de dois a três parceiros) no grupo que apresentava casos confirmados de câncer (SILVA *et al.*, 2006).

Rastreamento sem seguimento é antiético e não pode ser efetivo sem tratamento apropriado dos resultados alterados. A perda do seguimento é um problema significativo, difícil de ser resolvido pela descontinuidade das ações de controle, mas que, no âmbito dos serviços, deve-se continuar investindo esforços para melhorar as ações de vigilância e controle desse tipo de câncer (LAGANÁ *et al.*, 2013).

5.7 Cuidado na detecção precoce do CCU: relação entre periodicidade adequada e o recebimento do laudo do exame de Papanicolaou

Ao analisar-se a periodicidade de realização do exame observou-se que das 106 mulheres que estavam realizando o exame pela primeira vez, 65 (61,3%) tiveram uma periodicidade de realização adequada, enquanto que 41 (38,7%) não fizeram o exame após 3 anos do início das atividades sexuais, conforme recomendado pelo ministério da saúde (BRASIL, 2013a).

Do total de 2878 mulheres, apenas 422 (14,7%) realizaram o exame subsequente com periodicidade adequada, que é realizar um exame a cada três anos após dois resultados anuais consecutivos negativos (BRASIL, 2013a), ao passo que 2456 (85,3%) foram classificadas com periodicidade de realização inadequada.

Dos 42 casos nos quais os resultados dos exames anteriores tiveram alguma alteração, apenas 5 (11,9%) realizaram o novo exame com periodicidade adequada, enquanto que 37 (88,1%) não retornaram para repetir o exame com a periodicidade recomendada.

A tabela 12 dispõe da associação entre a periodicidade de realização do exame e o recebimento do laudo do último exame.

Tabela 12 – Relação entre o recebimento do laudo e a adequação da periodicidade. Fortaleza, Ceará, março, 2014.

	<i>Recebeu o laudo do último exame</i>				Q - quadrado de Pearson	p	<i>Odds Ratio</i>
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Periodicidade adequada – 1º exame da vida							
Sim	41	63,1	24	36,9	5,060	0,024	1,297
Não	23	56,1	18	43,9			
Periodicidade adequada – exame subsequente							
Sim	341	80,8	81	19,2	4,548	0,033	1,325
Não	1868	76,1	588	23,9			
Periodicidade adequada – exame anterior com alteração							
Sim	3	60,0	2	40,0	5,583	0,039	0,132
Não	34	91,9	3	8,1			

Fonte: Própria Pesquisadora

Ao cruzar-se a periodicidade de realização do exame com o recebimento do laudo do último exame, pode-se observar que realizar o exame pela primeira vez fora do período recomendado associou-se estatisticamente com não o recebimento do laudo ($p=0,024$). Vasconcelos (2008), em sua pesquisa, encontrou que apenas 18,5% das mulheres que estavam realizando o Papanicolaou pela primeira vez não retornaram para receber o resultado.

Em relação à realização do exame subsequente, observou-se que não realizar o exame subsequente com a periodicidade adequada associou-se estatisticamente com o não recebimento do último laudo ($p=0,033$), ou seja, as mulheres retornam para receber o resultado, mas não estão dando seguimento ao rastreamento do CCU.

A principal motivação da consulta para realização do exame foi a presença de queixas (56,4%) e quando associou-se a presença de queixas com a variável desfecho do estudo observou-se uma chance de 26% maior das mulheres que têm queixas apresentarem descontinuidade na detecção precoce do CCU do que aquelas que buscaram o serviço para uma consulta de rotina. Isto pode explicar o fato de que as mulheres retornam para receber o laudo

e não dão continuidade ao rastreamento do CCU, uma vez que a maioria delas busca o serviço de saúde visando apenas solucionar sua queixa. Uma vez atingido este objetivo, torna-se desnecessário para essas mulheres a realização de um novo exame.

Quando associa-se a periodicidade de realização do exame com alteração, observa-se que, embora as mulheres recebam o resultado do último exame e estejam cientes da alteração, elas não o realizam com a periodicidade recomendada ($p=0,039$).

A periodicidade da realização do exame Papanicolaou é indispensável quando se pensa em qualidade de prevenção do CCU, pois quando deixa de realizá-lo com a frequência preconizada pelo Ministério da Saúde, a mulher compromete a prevenção do agravo e diminui a possibilidade do diagnóstico precoce (THUM *et al.*, 2008). A efetividade da detecção precoce do CCU por meio do exame Papanicolaou, se associada ao tratamento desse câncer em seus estágios iniciais, tem resultado na redução das taxas de incidência da doença (BRASIL, 2013a).

Ressalta-se que o exame de Papanicolaou deveria ser priorizado para mulheres de 25 a 60 anos, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos (BRASIL, 2013a).

No caso de alterações cervicais, como lesões intraepiteliais de baixo grau ou de alto grau, a conduta é diferenciada, sendo a paciente orientada a realizar o exame seis meses após ou é diretamente encaminhada à colposcopia, respectivamente (BRASIL, 2011).

A maioria das mulheres com exames alterados não estavam realizando o seguimento do exame com a periodicidade adequada. Além disso, as mulheres que apresentavam alteração celular e repetiam o exame com a periodicidade adequada tiveram maiores taxas de não retorno para receber o laudo. Uma possível explicação para isto seria o fato de que, por se tratar de um serviço onde não se dispõe de meios para uma avaliação mais detalhada e específica, a maioria das mulheres com resultados alterados do CPN são encaminhadas para outros serviços de saúde, o que leva a crer que elas realizam o seguimento do exame nesses locais.

6 CONCLUSÃO

A população estudada caracterizou-se por ser composta de mulheres com idade que variou de 12 a 91 anos, com uma mediana de 33 anos, que, em sua maioria, eram casadas ou em união estável, possuíam apenas o ensino fundamental, trabalhavam fora de casa e tinha iniciado a atividade sexual até os 20 anos de idade. A predominância de mulheres com menos de 35 anos, teoricamente, fora da faixa etária considerada de risco para o CCU, porém com outros fatores de risco para a aquisição do CCU enfatiza a importância do rastreamento da doença em mulheres jovens.

O baixo número de consultas e a presença de queixas que motivaram a busca pelo exame caracterizam o desconhecimento da população acerca da importância da realização do mesmo, comprometendo assim a eficácia das medidas de detecção precoce do CCU.

O estudo evidenciou os seguintes fatores de risco para a descontinuidade na detecção precoce do CCU: morar no bairro comum à instituição ($p=0,024$), não morar com companheiro ($p=0,013$), não ter diagnóstico de hipertensão arterial ($p=0,038$), o baixo número de consultas ($p=0,000$), apresentar queixa ($p=0,035$), não estar em amenorreia ($p=0,005$), não estar na menopausa ($p=0,021$), não utilizar preservativo ($p=0,009$), apresentar dispareunia ($p=0,027$) e ter iniciado a vida sexual até os 20 anos de idade ($p=0,039$).

Observou-se, ainda, que a maioria das mulheres analisadas apresentaram descontinuidade na detecção precoce do CCU (87,4%), receberam o laudo do último exame (76,8%), enquanto que quase a totalidade da população estudada (96,6%) apresentou periodicidade inadequada na realização do teste. Portanto, conclui-se que o fator que mais contribuiu para a descontinuidade na detecção precoce do CCU foi a periodicidade inadequada. Diante de taxas tão elevadas de periodicidade inadequada, pode-se questionar se os próprios profissionais não estão reforçando o retorno dessas mulheres para realizar o exame anualmente.

Ao se relacionar a periodicidade de realização do exame com o recebimento do laudo, pode-se concluir que as mulheres que realizam o exame pela primeira vez ($p=0,024$) e aquelas que realizam o exame subsequente ($p=0,033$) fora do período recomendado não estão retornando para receber o laudo. Já as mulheres que apresentaram alteração celular e repetiam o exame com periodicidade adequada não retornam para receber o laudo ($p=0,039$).

O presente estudo teve como principal limitação a incompletude dos prontuários, o que dificultou a análise de características relevantes para determinação dos fatores associados à descontinuidade na detecção precoce do CCU.

A realização deste estudo contribuiu para sinalizar alguns fatores que interferem na prevenção do CCU. Entende-se que algumas ações específicas poderiam ser viabilizadas no sentido de implementar a resolutividade do atendimento, aumentando assim a adesão das mulheres ao exame e à consulta de retorno. A orientação à mulher, capacitando-a a compreender a importância da prevenção do CCU, a maior interação profissional-paciente e a operacionalização do serviço seriam alavancas úteis para a superação da descontinuidade na detecção precoce do CCU.

Os resultados do presente estudo sinalizam que as mulheres só buscam a prevenção do CCU em momentos críticos, quando o corpo manifestou que algo estava errado. Tal fato inspira preocupação, pois o Ministério da Saúde indica um acompanhamento e avaliação regulares para monitoramento de mulheres que tenham risco de desenvolver o câncer.

Os profissionais devem atuar como uma ponte entre as mulheres e a prevenção, transmitindo informações necessárias sobre o procedimento, procurando desmistificar tabus e sensibilizar quanto à sua importância. Além disso, é necessária a construção de vínculo com sua clientela, de modo a atuar de forma transcultural, considerando cada ser como único e portador de necessidades distintas. Em vista disso, a reorientação dos serviços de saúde com o foco na promoção da saúde dessas mulheres é algo urgente e necessário, uma vez que a maior adesão ao exame, com a consequente redução dos indicadores de morbimortalidade do CCU, somente será alcançada quando as mulheres obtiverem informações adequadas quanto ao exame preventivo.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, K.M. et al. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, suppl.2, p.301-9, 2009.

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.319-25, 2011.

AMARO, S.T.A. A questão da mulher e a AIDS: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. **Saúde Soc**, v.14, n.2, p.82-99, 2005.

AMÉRICO, C.F.; et al. Mulheres que realizam exame de Papanicolaou em Fortaleza – caracterização social e sexual. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n. 3, 2009.

AMORIM, V.M.S.L. et al. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p. 2329-2388, nov, 2006.

AQUINO, P.S. **Desempenho das atividades de vida por prostitutas**. 2007. 128f. Dissertação de mestrado (Enfermagem na promoção da saúde) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

ARMSTRONG, N.; JAMES, V.; DIXON-WOODS, M. The role of primary care professionals in women's experiences of cervical cancer screening: a qualitative study. **Fam Pract**, v.29, n.4, p.462-6, 2011.

BANG, J.Y. et al. Primary care factors associated with cervical screening coverage in England. **Journal of Public Health**, v. 34, n.4, p.532-538, 2012.

BASTABLE, Susan B. **O Enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem**. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BLANKS, R.G. et al. Risk of cervical abnormality after age 50 in women with previously negative smears. **Br J Cancer**, v.100, n.11, p. 1832-6, 2009.

BORGES, M.F.S.O. et al. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.6, p.1156-66, jun, 2012.

BOTTARI, C.M.S.; VASCONCELLOS, M.M.; MENDONÇA, M.H.M. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. **Cad Saúde Pública**, v.24, suppl.1, p.111-22, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres de colo do útero e de mama**. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Instituto nacional de câncer. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero**. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Instituto nacional de câncer. **Estimativas 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sexualidades e saúde reprodutiva**. In adolescentes e jovens para a educação entre pares. Brasília, 2010.

BRENNA, S.M.F. et al. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.909-914, jul/ago, 2001.

BRITO, D.M.S; GALVÃO, M.T.G. Fatores de risco para câncer de colo uterino em mulheres com HIV. **Rev. Rene.**, v. 11, n.1, 2010. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1_html_site/a20v11n1.htm

BRITO, D.M.S; GALVÃO, M.T.G.; PEREIRA, M.L.D. Marcadores de vulnerabilidade ao câncer de colo do útero em mulheres infectadas pelo HIV. **Rev. Latino-Am.Enfermagem.**, v. 19, n.3, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_08.pdf

BURACK, R.C et al.. How reminders given to patients and physicians affected pap smear use in a health maintenance organization: results of a randomized controlled trial. **Cancer**. v.82, n.12, p.2391-400, jun 1998.

CARDOSO, L.R.D.; MALBERGIER, A.; FIGUEIREDO, T.F.B. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. **Rev. psiquiatr. clín.** [online], vol.35, suppl.1 [Acesso em: 25-02-2014], p.70-75, 2008.

COKER, A.L. et al. Smoking and survival among Kentucky women diagnosed with invasive cervical cancer: 1995 – 2005. **Gynecol Oncol**, v. 112, n. 2, p. 365-9, 2009.

CORIOLOANO, M.W.L; VIDAL, E.C.F; VIDAL, E.C.F. Percepções de mulheres que vivem com o HIV frente às experiências sexuais. **Rev. RENE**, v. 9, n.1, p.77-85, jan/mar, 2008.

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

COULTER, A.; BALDWIN, A. Survey of population coverage in cervical cancer screening in the Oxford region. **The Journal of the Royal College of General Practitioners**, v.37, n.303, p.441, 1987.

DIAS-DA-COSTA, J.S.; OLINTO, M.T.A.; GIGANTE, D.P. et al.. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.19, p.

191-7, 2003.

DIÓGENES, M.A.R. et al. Fatores de risco para câncer cervical e adesão ao exame Papanicolaou entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. RENE**, v. 13, n.1, p. 200-10, 2012.

DOMINGOS, A.C.P. et al. Câncer de colo do útero: comportamento preventivo de autocuidado à saúde. **Cienc Cuid Saude**, v.6, suppl. 2, p. 397-403, 2007.

ETLINGER, D. et al.. Campanha de prevenção de câncer cervical: estudos no Instituto Adolfo Lutz mostram a necessidade de avaliação na faixa etária. **Rev Inst Adolfo Lutz**, v.67, p.64-8, 2008.

FERNANDES, R.A.Q.; NARCHI, N.Z. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. **Rev Bras Cancerol**, v. 48, p. 223-30, 2002

FERREIRA, A.L.C.M.; et al. Disfunções sexuais femininas. **Femina**, v.35, n.11, p.689-95, nov-2007.

FERREIRA, M.L.S.M. Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.13, n.2, p.378-84, abr-jun 2009.

GAMARRA, C.J.; PAZ, E.P.A.; GRIEP, R.H. Conhecimentos, atitudes e práticas do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. *Rev. Saúde Pública*, v.17, n.4, p.909-14, 2005.

GOHMANN, S.F. A comparison of health care in Canada and the United States: The case of Pap smears. **Medical care**, n.48, v.11, p.1036-1040, 2010.

GOMES ,L.M; et al . Exame de papanicolaou: fatores que influenciam as mulheres a não receberem o resultado. **Enferm. glob.** [online], n.20, pp. 0-0, 2010. ISSN 1695-6141.

GONÇALVES, C.L. et al. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.16, p. 2501-510, 2011.

GREEN, E.H. et al. Pap smear rates among Haitian immigrant women in eastern Massachusetts. **Public Health Rep**, v. 120, n.2, p.133-139, 2005.

GREENWOOD, S.A.; MACHADO, M.F.A.S.; SAMPAIO, N.M.V. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolau. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n.4, p.503-9, julho-agosto 2006.

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. **Preventive medicine**, v.54, n.3, p.259-265, 2012.

HACKENHAAR, A. A.; CESAR, J. A.; DOMINGUES, M. R. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 103-111, mar. 2006.

HORTA, R.L. et al. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n.4, p. 775-83, 2007.

INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER. **Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans**. Human papillomaviruses. Lyon: WHO; IARC, 2007. 636p.

JENSEN, H., et al. A primary healthcare-based intervention to improve a Danish cervical cancer screening programme: a cluster randomised controlled trial. **Journal of epidemiology and community health**, v.63, n.7, p.510-515, 2009.

JULINAWATI, S. A review of the perceived barriers within the Health belief model on pap smear screening as a cervical cancer prevention measure. **Journal of Asian Scientific Research**, v.3, n.6, p.677-92, 2013.

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G.; VALENTE, J.G. Menarca, gravidez precoce e obesidade em mulheres brasileiras selecionadas em um Centro de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, suppl.1, p.111-118, 2003.

KAUARK, F. S.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa: guia prático**. Itabuna: Via Litterarum, 2010.

KOVAL, A.E., RIGANTI, A.A., FOLEY, K.L. CAPRELA Cancer Prevention for Latinas: findings of a pilot study in Winston-Salem, Forsyth County. **N C Med J**, v.67, p.9-16, 2006.

LAGANÁ, M.T.C. Alterações Citopatológicas, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Periodicidade dos Exames de Rastreamento em Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.59, n.4, p.523-30, 2013.

LEAL, E.A.S. et al. Lesões Precursoras do Câncer de Colo em Mulheres Adolescentes e Adultas Jovens do Município de Rio Branco – Acre. **Rev Bras Ginec Obst**, v. 25, n. 2, p. 81-86, 2003.

LEAL, M.C. et al. Healthy lifestyles and access to periodic health exams among Brazilian women. **Cad Saúde Pública**, v.21, suppl.1, p.78-88, 2005.

LEITÃO, N.M.A. et al. Avaliação dos laudos citopatológicos de mulheres atendidas em um serviço de enfermagem ginecológica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.12, n.4, p.508-15, 2008.

LIMA, T. et al. Analysis of the cytopathological reports achieved and not removed from a Centro de Parto Natural (CPN) in Fortaleza-Ce: a documentary study. **Online brz j nurs**, v.8, n.2, 2009. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2354>

MAREE, J.E.; WRIGHT, S.C. Cervical cancer: does our message promote screening? A pilot study in a South African context. **Eur J Oncol Nurs**, v.15, n.2, p.118-23, April 2011.

MARTINS, C.M.R et al. Associação entre idade ao início da atividade sexual e subsequente infecção por papilomavírus humano: resultados de um programa de rastreamento brasileiro. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.29, n.11, p.580-7, 2007.

MARTINS, G.L. et al. Exame de Papanicolaou: Fatores que influenciam as mulheres a não receberem o resultado. **Enfermería Global**, n.20, p. 1-1-, 2010.

MARTINS, L.F.L.; THULER, L.C.S.; VALENTE, J.G. Cobertura do exame Papanicolaou no Brasil e seus determinantes: uma revisão sistematizada da literatura. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 25, p. 485-92, 2005.

MATEJIC, B. et al. Determinants of preventive health behavior in relation to cervical cancer screening among the female population of Belgrade. **Health education research**, v.26, n.2, p.201-211, 2011.

MELO, S.C.C.S. et al. Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino. **Rev Gaúcha Enf**, v.30, n.4, p. 602-8, 2009.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto enferm**, v.17, n.4, p.758-64, 2008. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400018&script=sci_arttext

MULLER, D.K. et al. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.11, p.2511-2520, nov, 2008.

NICOLAU, A.I.O. et al. Perfil de mulheres esterilizadas: comportamentos e vulnerabilidades. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n.2,p.253-60, abr/jun 2011.

OLIVEIRA, M.V.; GUIMARÃES, M.D.C., FRANÇA, E.B. Fatores associados a não realização de Papanicolaou em mulheres quilombolas. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2013.

OLIVEIRA, M.M.H.N. et al. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Rev Bras Epidemiol**, v. 9, p.325-34, 2006.

OMS, Organización Mundial de la Salud. **Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres**. Geneva; 2013.

PERSONA, L; SHIMO, A.K.K., TARALLO, M.C. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n.5, p.745-50, set/out 2004.

PINHO, A. A.; FRANÇA-JÚNIOR, I. Prevenção do câncer de colo o útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v.3, n.1, p. 34-38, jan./mar, 2003.

PINHO, A. A. et al. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 303-13, 2003.

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

PONTE, B.D.P. **Descontinuidade no cuidado para a prevenção do câncer de colo uterino: caracterização de usuárias de um serviço público**. 2012. 57 fls. Monografia de Graduação em Enfermagem – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

QUADROS, C.A.T.; VICTORA, C.G.; COSTA, J.S.D. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. **Rev Panam Salud Pública**, v. 16, p.223-32, 2004.

QUEIROZ, A.M.A.; CANO, M.A.T.; ZAIA, J.E. O papiloma vírus humano (HPV) em mulheres atendidas pelo SUS na cidade de Patos de Minas – MG. **Rev Bras Anal Clín**, v.39, n.2, p. 151-7, 2007.

RODRIGUES NETO, J.F.R.; FIGUEIREDO, M.F.S.; SIQUEIRA, L.G. Exame citopatológico do colo do útero: fatores associados a não realização em ESF. **Rev Eletrônica Enferm**, v.10, p. 610-21, 2008.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev Bras Hist Cienc Sociais**, v.1., n.1, 2009.

SALIMENA, A.M.O; SOUZA, I.E.O. O sentido da sexualidade de mulheres submetidas à histerectomia: uma contribuição da enfermagem para a integralidade da assistência ginecológica. **Escola Anna Nery Rev**, n.12, v.4, p.637-44, dez-2008.

SANTOS, M.C.L.; FERNANDES, A.F.C.; CAVALCANTE, P.P. Consulta ginecológica: motivações e conhecimento da mulher sobre a prevenção do câncer do colo do útero. **Rev RENE**, v.5, n.1, p. 22-6, jan/jun 2004.

SANTOS, O.S.N.; ROMANOS, V.T.M.; WIGG, D.M. **Introdução à virologia humana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

SASIENI, P.; CASTAÑON A.; CUZICK, J. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. **BMJ.**, 2009.

SCULLY, C. Oral squamous cell carcinoma: from an hypothesis about a virus, to concern about possible sexual transmission. **Oral Oncol**, v.38, p.227-34, 2002.

SIGNORELLI, C.; COLZANI, E. Age at first intercourse and HPV immunization. **J Prev Med Hyg**, v. 48, n.2, p.37-8, 2007.

SILVA, D.W. et al. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.28, n.1, p.24-31, 2006d.

SMITH, R.A. ET AL. Cancer screening in the United States, 2011: A review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. **CA Cancer J Clin.**, v.61, n.1, p.8-30, 2011.

SZWARCWALD, C.L.; MEDONÇA, M.H.M.; ANDRADE, C.L.T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciênc Saúde Coletiva**, n.11, p. 643-55, 2006.

THUM, M. Câncer de colo uterino: percepção das mulheres sobre prevenção. **Cienc Cuid Saúde**, v.7, n.4, p.509-516, 2008.

VALE, D.B.A.P. et al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.2, p.383-90, 2010.

VASCONCELOS, C.T.M. **Efeitos de uma intervenção educativa na adesão das mulheres à consulta de retorno para receber o resultado do exame de Papanicolaou**. 2008. 81 fls. Dissertação de Mestrado (Enfermagem na Promoção da Saúde) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

VASCONCELOS, C.T.M. **Intervenção comportamental e educativa: efeitos na adesão das mulheres à consulta de retorno para receber o resultado do exame colpocitológico**. 2012. 103 fls. Tese de Doutorado (Enfermagem na Promoção da Saúde) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

VICTOR, J.F.; MOREIRA, T.M.M.; ARAÚJO, A.R. Exames de prevenção de câncer de colo uterino realizados e não retirados de uma Unidade Básica de Fortaleza – Ceará. **Acta Paul Enferm**, v.17, n.4, p. 407-11, 2004.

WEBB, R.; RICHARDSON, J.; PICKLES, A. A population-based study of primary care predictors of non-attendance for cervical screening. **Journal of medical screening**, v.11, n.3, p.135-140, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Programmes and projects. **Cancer**. Screening and early detection of cancer. Disponível em:
<http://www.who.int/cancer/detection/cytologyscreen/en/index.htm> (Acesso em: 08/Fev/2011)

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

FORMULÁRIO		
PARTE 1 – IDENTIFICAÇÃO		
1. NÚMERO DE CONSULTAS NA CPN		1. _____
2. DATA DE TODAS AS CONSULTAS PARA COLETA DO EXAME CITOPATOLÓGICO	1° / / 2° / / 3° / / 4° / /	2. _____
3. BAIRRO	1.() Não Consta no prontuário (NC) 2.() Não Informado (NI)	3. _____
4. N° DO PRONTUÁRIO	_____	4. _____
5. TIPO DE PRONTUÁRIO	1. () Estruturado 2. () Descritivo	5. _____
6. TELEFONE	_____	6. _____
7. IDADE NA ÚLTIMA CONSULTA PARA COLETA DO EXAME CITOLÓGICO	_____ anos DN: __/__/__	7. _____
8. ESTADO CIVIL	1.() Solteira 2.() Casada/União Estável 3.() Divorciada 4.() Viúva 5.() NC 6.() NI	8. _____
9. OCUPAÇÃO	1.() NC 2.() NI	9. _____
10. ESCOLARIDADE	1.() Analfabeta (Zero a 3 anos) 2.() Ens Fundamental (4 a 9 anos) 3.() Ens médio (10 a 12 anos) 4.() Nível superior (13 a 17 anos) 5.() NC 6.() NI	10. _____
PARTE 2 – HISTÓRICO GERAL		
11. ANTECEDENTES FAMILIARES	1.() Câncer de mama 2.() Câncer de Útero 3.() Câncer de Ovário 4.() Câncer de Colo do útero 5.() NC 6.() NI 7.() Não apresenta antecedentes familiares	11. _____

12. ANTECEDENTES PESSOAIS	1.() Doenças cardíacas 2.() Diabetes 3.() Violência 4.() Câncer 5.() Hipertensão 6.() Doenças mentais (Sofrimento psíquico) 7.() Alcoolismo 8.() Tabagismo 9.() DST. Qual: _____ 10.() NC 11.() NI 12. () Não apresenta antecedentes pessoais	12. _____
PARTE 3 – HISTÓRICO GINECOLÓGICO		
13. QUEIXA PRINCIPAL	1.() Consulta de rotina 2.() Queixa. Especificar: _____ _____	13. _____
14. MENARCA	_____ _____ anos 1.() NC 2.() NI	14. _____
15. CICLO MENSTRUAL	1.() Regular 2.() Irregular 3.() Amenorréia 4.() NC 5.() NI	15. _____
16. Se Amenorréia, há quanto tempo?	_____ 1.() Por menopausa 2.() Por gestação 3.() Por Histerectomia 4.() NC 5.() NI	16. _____
17. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS UTILIZADOS ANTERIORMENTE À ÚLTIMA CONSULTA	1.() Anticoncepcional oral 2.() Laqueadura 3.() Anticoncepcional injetável 4.() Camisinha 5.() DIU 6.() Coito interrompido 7.() Não utiliza 8.() outros _____ 9.() NC 10.() NI	17. _____

18. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS UTILIZADOS NO MOMENTO DA CONSULTA	1.() Anticoncepcional oral 2.() Laqueadura 3.() Anticoncepcional injetável 4.() Camisinha 5.() DIU 6.() Coito interrompido 7.() Não utiliza 8.() outros _____ 9.() NC 10.() NI	18. _____
19. CIRURGIAS GINECOLÓGICAS ANTERIORES	1.() Sim 2.() Não 3.() NC 4.() NI	19. _____
20. Se sim, qual cirurgia ginecológica realizou?	1.() Histerectomia 2.() Ooforectomia 3.() NC 4.() NI	20. _____
PARTE 4 – HISTÓRICO SEXUAL		
21. DISPAREUNIA	1.() Sim 2.() Não 3.() NC 4.() NI	21. _____
22. SINUSIORRAGIA	1.() Sim 2.() Não 3.() NC 4.() NI	22. _____
23. ORGASMO	1.() Sim 2.() Não 3.() NC 4.() NI	23. _____
24. INÍCIO DA VIDA SEXUAL (IVS)	_____ anos 1.() NC 2.() NI	24. _____
25. Nº DE PARCEIROS (na vida)	_____ 1.() NC 2.() NI	25. _____
26. HÁBITOS SEXUAIS – SEXO ORAL	1.() Sim 2.() Não 3.() NC 4.() NI	26. _____
27. HÁBITOS SEXUAIS – SEXO VAGINAL	1.() Sim 2.() Não 3.() NC 4.() NI	27. _____
28. HÁBITOS SEXUAIS – SEXO ANAL	1.() Sim 2.() Não 3.() NC 4.() NI	28. _____
PARTE 5 – HISTÓRICO OBSTÉTRICO		

29. GESTA		29. _____
30. PARA		30. _____
31. ABORTO		31. _____
32. VIAS DE PARTO	1.() Vaginal 2.() Abdominal 3.() NC 4.() NI	32. _____
PARTE 6 – AVALIAÇÃO DA CONTINUIDADE DO CUIDADO EM PREVENÇÃO DO CCU		
33. RESULTADO DO ÚLTIMO EXAME	1.() Com alteração. Qual? _____ 2.() Sem alteração 3.() Primeira vez 4.() Último exame não foi realizado na CPN	33. _____
34. DATA DA ÚLTIMA PCG		34. _____
35. RECEBEU O LAUDO DO ÚLTIMO EXAME?	1.() Sim 2.() Não	35. _____
PARTE 7– PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA PESQUISADORA		
- REALIZA EXAME COM PERIODICIDADE ADEQUADA? 36. Se for primeira a 1ª vez que faz o exame, está fazendo até 3 anos após o início da vida sexual?	1.() Sim 2.() Não	36. _____
37. Se for exame subsequente, após dois exames anuais consecutivos negativos realiza pelo menos UM exame a cada três anos.	1.() Sim 2.() Não	37. _____
38. Se o exame anterior tiver alguma alteração, realizou o novo exame com a periodicidade correta?	1.() Sim 2.() Não	38. _____
39. DESCONTINUIDADE DO CUIDADO	1.() Sim 2.() Não	39. _____
40. Se sim, por qual motivo?	1.() Não retorno para receber o laudo 2.() Periodicidade inadequada	40. _____

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS JUÍZES**VALIDAÇÃO DE FACE E CONTEÚDO**

- 1) O conteúdo das perguntas reflete os itens necessários para identificação dos fatores de risco para a descontinuidade do cuidado ginecológico (não retornar para receber o laudo do exame citopatológico e/ou não realizar o exame com a periodicidade correta)?

() Sim () Não () Em parte

Sugestões: **DIGITE AQUI**

Comentários: **DIGITE AQUI**

- 2) Nas questões e alternativas existem termos ou expressões que não condizem com a identificação dos fatores de risco para a descontinuidade do cuidado ginecológico?

() Sim () Não () Em parte

Sugestões: **DIGITE AQUI**

Comentários: **DIGITE AQUI**

- 3) A forma de abordagem e o conteúdo das perguntas e alternativas estão com o vocabulário adequado?

() Sim () Não () Em parte

Sugestões: **DIGITE AQUI**

Comentários: **DIGITE AQUI**

- 4) As perguntas e opções demonstram clareza e objetividade?

() Sim () Não () Em parte

Sugestões: **DIGITE AQUI**

Comentários: **DIGITE AQUI**

- 5) É necessário fazer alguma alteração gramatical ou correção?

Sim Não Em parte

Sugestões: **DIGITE AQUI**

Comentários: **DIGITE AQUI**

6) As perguntas mensuram o que destinam medir?

Sim Não Em parte

Sugestões: **DIGITE AQUI**

Comentários: **DIGITE AQUI**

Nome do especialista da área ou especialista em validação de conteúdo e de face:

DIGITE AQUI

Instituição: **DIGITE AQUI**

Cargo: **DIGITE AQUI**

Comentários finais: **DIGITE AQUI**

Obrigada por todas as contribuições,

Denise Cunha.

APÊNDICE C - CONVITE PARA JUÍZES

Prezadas colegas,

Estamos desenvolvendo um estudo em nível de mestrado, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC, que tem como título **Prevenção do câncer de colo uterino: fatores de risco para a descontinuidade do cuidado ginecológico**, que será realizado em prontuários de mulheres atendidas no setor de prevenção ginecológica do Centro de Parto Natural (CPN) Lígia Barros Costa. O estudo tem como objetivo identificar os fatores de risco para a descontinuidade do cuidado ginecológico nas mulheres que não retornam para receber o laudo do exame citopatológico e/ou não realizam o mesmo com a periodicidade adequada.

Será utilizado como instrumento para coleta de dados um formulário estruturado construído a partir do prontuário utilizado no atendimento da CPN, composto por variáveis sócio-demográficas, obstétricas e ginecológicas da mulher.

As atividades que solicito a sua contribuição referem-se a:

- 1- Leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- 2- Leitura das orientações sobre o instrumento para que assim fique bem elucidado cada variável utilizada no questionário;
- 3- Apreciação e análise do inquérito (validação de face e conteúdo) quanto:
 - clareza dos itens;
 - forma de apresentação do instrumento;
 - abrangência das variáveis utilizadas para identificar os fatores de risco para a descontinuidade do cuidado ginecológico .
- 4- Realização de comentários, críticas e sugestões sobre cada item contido no inquérito.

Deste modo, fica a seu critério a inclusão, exclusão ou alteração de qualquer pergunta ou item que considerar pertinente.

Para cumprir o cronograma da pesquisa, gostaria de confirmar sua presença na reunião com os juízes para validação do questionário no dia **15 de fevereiro de 2013 (sexta-feira) às 14 horas**.

Agradeço antecipadamente sua disponibilidade em partilhar o seu conhecimento e experiência, que será de suma importância para a continuidade dessa tese. Colocamo-nos à disposição para maiores e eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Denise de Fátima Fernandes Cunha

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará
Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 87660409.
Email: denise_rbc_@hotmail.com

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada colega,

Sou DENISE DE FÁTIMA FERNANDES CUNHA, mestranda do programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Estou desenvolvendo um estudo sob intitulado **Prevenção do câncer de colo uterino: fatores de risco para a descontinuidade do cuidado ginecológico**, que será realizado em prontuários de mulheres atendidas no setor de prevenção ginecológica do Centro de Parto Natural (CPN) Lígia Barros Costa. O estudo tem como objetivo identificar os fatores de risco para a descontinuidade do cuidado ginecológico nas mulheres que não retornam para receber o laudo do exame citopatológico e/ou não realizam o mesmo com a periodicidade adequada..

Para alcançar o objetivo, será utilizado como instrumento para coleta de dados um formulário estruturado construído a partir do prontuário utilizado no atendimento da CPN, composto por variáveis sócio-demográficas, obstétricas e ginecológicas da mulher. Para tanto, o inquérito precisa ser submetido a um rigoroso protocolo de avaliação, ou que se denomina validade de conteúdo, para conferir maior credibilidade ao instrumento. Logo, venho por meio deste convidá-la a participar do meu estudo na qualidade de juiz.

Desta forma, a senhora receberá uma cópia do instrumento e um questionário para avaliação do inquérito.

Sua participação neste estudo é livre e exigirá além de sua disponibilidade de tempo para validar o instrumento, um encontro (virtual ou pessoal) com o pesquisador para que possamos juntos discutir e fazer um síntese de sua apreciação do material, caso considere necessário.

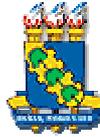
Sinta-se livre para fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo de consentimento ou em qualquer momento do estudo contatando a pesquisadora por meio dos telefone (085) 87660409 ou E-mail: denise_rbc_@hotmail.com.

Eu, _____ RG _____ após ter sido devidamente esclarecida pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em colaborar com a presente pesquisa.

Assinatura da Expert (Juiz)

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE E - DECLARAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – FFOE
Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo - Fortaleza – CE / CEP: 60430-160

DECLARAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa-CPN

Eu, *Fabiane do Amaral Gubert*, Coordenadora Pedagógica da Unidade de Cuidados de Enfermagem do Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa (CPN), fiel depositário dos prontuários dos pacientes do CPN, autorizo **Denise de Fátima Fernandes Cunha** a colher dados dos prontuários para fins de seu estudo: “**Descontinuidade no cuidado para prevenção do câncer de colo uterino: caracterização de usuárias de um serviço público**”.

Fortaleza, 02 de outubro de 2012.

A handwritten signature in blue ink that reads 'Fabiane Gubert'.

FABIANE DO AMARAL GUBERT

Coordenadora Pedagógica