



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA – UAM**

**AMANDA JÉSSICA BERNARDO DA SILVA**

**LAVIER KELVIN HOLANDA VIDAL**

**EXAME DE PAPANICOLAOU COMO FATOR DE PREVENÇÃO AO  
CÂNCER DE COLO UTERINO EM MULHERES ATENDIDAS EM SERVIÇOS DE  
REFERÊNCIA EM CAMPINA GRANDE-PB: FATORES DE ADESÃO E RISCO AO  
CÂNCER.**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2017**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA – UAM**

AMANDA JÉSSICA BERNARDO DA SILVA

LAVIER KELVIN HOLANDA VIDAL

**EXAME DE PAPANICOLAOU COMO FATOR DE PREVENÇÃO AO  
CÂNCER DE COLO UTERINO EM MULHERES ATENDIDAS EM SERVIÇOS DE  
REFERÊNCIA EM CAMPINA GRANDE-PB: FATORES DE ADESÃO E RISCO AO  
CÂNCER.**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado à Coordenação do Curso de  
Medicina (CCBS-UFCG) em atenção à  
resolução CCBS nº 04/2010.

Orientadora: Prof. Dra Deborah Rose Galvão Dantas

Coorientador: Prof. Laudemir Nascimento Vitorino

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2017**

S586e

Silva, Amanda Jéssica Bernardo da.

Exame de Papanicolaou como fator de prevenção ao Câncer de Colo Uterino em mulheres atendidas em Serviços de Referência em Campina Grande-PB: Fatores de adesão e risco ao Câncer / Amanda Jéssica Bernardo da Silva, Lavier Kelvin Holanda Vidal. – Campina Grande, 2017.

56f.; gráf.; il.; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Medicina, Curso de Medicina, Campina Grande, 2017.

Orientadora: Deborah Rose Galvão Dantas, Dra.

Coorientador: Laudemir Nascimento Vitorino, Esp.

1.Câncer de Colo do Útero. 2.Teste de Papanicolaou. 3.Estudos Transversais. I.Vidal, Lavier Kelvin Holanda. II.Título.

ANEXO VI

**Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina da UAMED/CCBS/UFCG**

Às 16:20 horas do dia 20/12/17, nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado: Exame de Papanicolaou como fator de prevenção ao câncer de Colo uterino em mulheres atendidas em serviços de referência em Campina Grande - PB: Fatores de Adesão e Risco ao Câncer

de autoria dos discentes: Amanda Jessica Bernardo da Silva, sendo orientado(s) por: Wagner Kelvin Holanda Vidal

Deborah Rose Galvão Dantas e coorientado por:

Wandemir Nascimento Vitorino. Estiveram presentes os seguintes componentes da Banca Examinadora:

Ana Fábria da Motta Rocha Farias  
Mayra Pereira dos Santos  
Deborah Rose Galvão Dantas

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora convocou o aluno: Amanda Jessica Bernardo da Silva passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 30 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, o discente retirou-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu APROVAR o trabalho, conferindo a nota final de 10,0. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 20 12, 2017

**Orientador** Deborah Rose Galvão Dantas

**Titular 1** Mayra Pereira dos Santos

**Titular 2** Wagner Kelvin Holanda Vidal

**Suplente** \_\_\_\_\_

**coorientador** Wandemir Nascimento Vitorino

## AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço a Deus por permitir que cada passo fosse dado, pela força em momentos inimagináveis e pela proteção invisível, porém sempre sentida.

À minha mãe, responsável pela minha construção e, assim, por cada palavra por mim redigida neste trabalho de conclusão de curso.

A Fábio, pelo amor infindável e por enxergar, em mim, uma capacidade que nem eu consigo ver.

Ao meu pai, meu melhor anjo, melhor parte de mim.

E à Professora Deborah Dantas, pelo empenho, cuidado e amor em cada momento de orientação.

*Amanda Jéssica.*

Agradeço, primeiramente, a Deus, meu guia maior, e à minha mãe protetora, Nossa Senhora da Conceição, por me permitirem chegar até esse momento, me dando força em todas as dificuldades enfrentadas até aqui.

À minha companheira de jornada, Amanda, pela cumplicidade desde o primeiro dia desses 6 longos anos. Sem sua companhia teria sido tudo ainda mais difícil.

Aos meus pais, Laercio e Márcia, base do meu caráter e dos meus princípios, que me ajudam todos os dias a exercer a humanidade, característica mais essencial de um verdadeiro médico.

À minha noiva, Alessa, que foi pilar de sustentação diante das atribulações, além de ser sempre meu fio-guia em direção a esse momento de conclusão de uma etapa tão importante.

A todos os mestres que, cada um com a sua parcela, contribuíram para construir o conhecimento que me permitiu elaborar o presente trabalho.

*Lavier Vidal.*

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O câncer de colo do útero (CCU) representa a terceira causa de morte entre as neoplasias nas mulheres, o que traduz um importante problema de saúde pública, especialmente nas áreas menos desenvolvidas, as quais concentram mais de 80% dos coeficientes mundiais de incidência e mortalidade. Há fatores que contribuem para melhorar esse cenário, sendo a realização do exame Papanicolaou um dos principais. **OBJETIVOS:** Analisar o conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou por parte da população feminina em Campina Grande-PB e a sua associação com a prevenção do CCU nessa população, concentrando-se na análise dos fatores envolvidos na não adesão dessas mulheres ao exame preventivo. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo quantitativo, de corte transversal, em que foram coletados dados através de formulários que avaliaram variáveis sociodemográficas, variáveis relacionadas à vida sexual e reprodutiva e de adesão ao exame Papanicolaou em uma amostra de 24 mulheres. Para a análise estatística, foi utilizado o Ambiente Computacional R (versão 3.3.2), sendo adotado o teste de Fischer com nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** Entre as inquiridas, 70,8% das pacientes estavam na faixa etária de 50 anos ou mais, 66,7 % eram procedentes de outras cidades que não Campina Grande, 62,5% não tinham concluído o ensino fundamental, sendo que 20,8% não relatavam escolaridade; 33,3 % exerciam ocupação como autônomas, seguidos pelo percentual de 29,2% de aposentadas, e 50% das entrevistadas tinham renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos ou menos (33,3%). Da amostra, 70,8% eram católicas e 83,3% afirmaram ser praticantes da religião que professavam. Com relação ao exame de Papanicolaou, apenas 12,5% das inquiridas disseram *não ter conhecimento sobre o exame Papanicolaou* antes do diagnóstico do Câncer do CCU. Um maior percentual, 83,3% das pacientes, relatou existir um posto de saúde perto de sua residência, mas apenas uma faixa de 41,6% submetia-se ao exame com a frequência recomendada pelo Ministério da Saúde. Das que não o faziam, a maioria citou motivos como *desconhecimento da necessidade* de fazê-lo (17%) e *constrangimento* para realizá-lo (17%) seguidos pelo fato de *não acreditarem que teriam a doença* (15,1%). Com relação à associação de outras variáveis com o estadiamento do CCU quando da detecção do mesmo, foi fator associado à *frequência com que a paciente fazia o exame de Papanicolaou*, sendo uma maior frequência da realização do exame, associada a um menor nível de estadiamento da doença. Fatores como *idade da primeira relação sexual, número aproximado de parceiros, idade da primeira gestação, tabagismo, uso de ACO e uso de DIU* foram independentes. Um maior percentual da amostra estudada (aproximadamente 70%) teve um número de gestações igual ou

maior que 3 gestações. Nota-se, entretanto, que quando relacionado à variável *estadiamento* do CCU em sua detecção, as duas maiores frequências estão entre mulheres que tiveram *duas gestações* (Estadiamento IB1/T1b1) (66,7%), seguido por *ou 5 ou mais gestações* (Estadiamento IIIB/t3b) (55,6%). Observa-se assim, que mesmo sendo detectado o CCU com uma maior frequência entre mulheres com duas gestações, o estadiamento do mesmo é mais grave quando detectado entre mulheres com número de gestações maior ou igual a 5.

**CONCLUSÃO:** Fatores como baixo nível de conhecimento e a maior quantidade de gestações, assim como a não adesão ao exame preventivo com a frequência recomendada pelo Ministério da Saúde parecem estar relacionados tanto com a maior prevalência quanto com o estágio mais grave de detecção do câncer de colo uterino na população estudada. A taxa de adesão ao teste de Papanicolaou se deu em um percentual menor do que o observado em outros estudos populacionais brasileiros, tendo a maioria das mulheres apontado, como motivo de não adesão ao exame preventivo, justificativas de cunho muito mais individual do que organizacional/pragmático. Devido ao número amostral haver sido pequeno, faz-se necessária a realização de outros estudos, para a consolidação dos resultados encontrados.

**Palavras-chave:** Câncer de Colo do Útero; Teste de Papanicolaou; Estudos Transversais.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Cervical cancer (CC) is the third leading cause of death among cancer in women, which represents an important public health problem, especially in the less developed areas, which account for more than 80% of the world's incidence and mortality. There are factors that contribute to improve this scenario, being the accomplishment of the Papanicolaou test (Pap smear test) one of the main. **OBJECTIVES:** To analyze the knowledge, attitude and practice of the Papanicolaou test by the female population in Campina Grande-PB and its association with the prevention of CC in this population, focusing on the analysis of the factors involved in the non-adherence of these women to the examination preventive. **METHODS:** This was a cross-sectional quantitative study in which data were collected through forms that evaluated sociodemographic variables, variables related to sexual and reproductive life and adherence to the Pap smear test in a sample of 24 women. For the statistical analysis, the R Computational Environment (version 3.3.2) was used, and the Fischer test was adopted with significance level of 5%. **RESULTS:** Among the respondents, 70.8% of the patients were in the age group of 50 years or older, 66.7% were from other cities that was not Campina Grande, 62.5% had not finished elementary school, 20,8% did not report schooling; 33.3% were employed as self-employed, followed by 29,2% of retirees, and 50% had family income between 1 and 2 minimum wages or less (33.3%). Of the sample, 70.8% were Catholics and 83.3% claimed to be practicing the religion they professed. Regarding the Pap smear test, only 12.5% of the respondents said they did not know about the Pap smear prior to the diagnosis of CC Cancer. A higher percentage, 83.3% of the patients, reported that there was a health center close to their home, but only a range of 41,6% were submitted to the examination at the frequency recommended by the Ministry of Health. Of those who did not, most cited reasons for lack of knowledge (17%) and embarrassment (17%) followed by the fact that they did not believe they would have the disease (15.1%). Regarding the association of other variables with the CCU staging when it was detected, it was a factor associated with the frequency with which the patient underwent the Pap smear, being a greater frequency of the test, associated with a lower level of staging of the disease. Factors such as age of first sexual intercourse, approximate number of partners, age of first gestation, smoking, OAC use and IUD use were independent. A higher percentage of the studied sample (approximately 70%) had a number of pregnancies equal to or greater than 3 pregnancies. However, when related to the variable CC staging, the two highest frequencies are among women who had two pregnancies (Staging IB1/T1b1) (66,7%), followed by 5 or more pregnancies (Staging IIIB/T3b) (55.6%).



It is observed that, even though CC is detected with a higher frequency among women with two pregnancies, staging is more severe when detected among women with a number of gestations greater than or equal to 5. **CONCLUSION:** Factors such as low level of knowledge and the greater number of pregnancies, as well as non-adherence to the preventive examination with the frequency recommended by the Ministry of Health seem to be related both to the higher prevalence and to the more serious stage of detection of cervical cancer in this population. The rate of adherence to the Pap smear test occurred in a lower percentage than that observed in other Brazilian population studies, with the majority of women pointing out, as a reason for not adhering to the preventive exam, justifications that were much more individual than organizational/pragmatic. Due to the small sample size, it is necessary to perform other studies in order to consolidate the results found.

**Key words:** Cervical Cancer; Papanicolaou test; Cross-Sectional Studies.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	13
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	15
3.1	– GERAL .....	15
3.2	– ESPECÍFICOS .....	15
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	16
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	23
5.1	- DESENHO DO ESTUDO .....	23
5.2	- LOCAL DO ESTUDO .....	23
5.3	- POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	23
5.4	– AMOSTRAGEM .....	23
5.5	- CÁLCULO DA AMOSTRA .....	23
5.6	- INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS .....	24
5.7	- CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE .....	24
5.8	- ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	24
5.9	- ASPECTOS ÉTICOS .....	25
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	26
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	36
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	43
<b>9</b>	<b>APÊNDICE</b> .....	44
<b>10</b>	<b>ANEXOS</b> .....	54

## 1 INTRODUÇÃO

Apesar de se tratar de uma causa de morte evitável quando diagnosticado e tratado precocemente, o câncer de colo do útero (CCU) representa a terceira causa de morte entre as neoplasias nas mulheres (PARKIN *et al*, 2005). Além disso, a despeito dos inúmeros avanços em políticas públicas e tecnologias de prevenção e controle dessa doença, ela continua a ser a segunda neoplasia mais incidente no sexo feminino, quando excluídas as formas mais comuns de câncer de pele. Tal fato traduz um importante problema de saúde pública, especialmente nas áreas menos desenvolvidas, as quais concentram mais de 80% dos coeficientes mundiais de incidência e mortalidade (GAMARRA *et al.*, 2010).

O CCU é a principal causa de morte por câncer em mulheres que vivem em países em desenvolvimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em mais de 273 mil o número de óbitos por esse câncer em todo o mundo em 2002, sendo 85% deles em países menos desenvolvidos, onde estão incluídos os da América do Sul (THULER, 2008). Em 2016, no Brasil, foram observados 16340 novos casos de CCU, com risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2016).

Dados sobre a incidência dessa doença (INCA, 2016) mostram uma heterogeneidade na distribuição espacial no Brasil, apesar da alta prevalência em todo o território. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de colo de útero é o primeiro mais incidente em mulheres na região Norte (23,97/100 mil), o segundo nas regiões Centro-Oeste (20,72/100 mil) e Nordeste (19,49/100 mil), terceiro na região Sudeste (11,30/100 mil), e o quarto na região Sul (15,17/100 mil). Os fatores associados à maior importância dessa doença nas regiões menos desenvolvidas do país merecem atenção, uma vez que podem representar a base norteadora de direção a ser seguida em futuras intervenções que visem ampliação da cobertura de exames para diagnóstico precoce (INCA, 2016).

As taxas de mortalidade pelo CCU, no Brasil, são elevadas. A série histórica divulgada pelo Ministério da Saúde contempla dados que vão de 1979 a 2014. A análise das taxas ajustadas para a população mundial de mortalidade por esse tipo de câncer no Brasil nesse período indica que as mesmas continuam estáveis, não tendo apresentado alterações significativas, sendo de 4,99/100 mil em 1979, e de 4,88/100 mil em 2014 (INCA, 2016). Certamente, há diversos fatores que contribuem para esse cenário, sendo a cobertura do exame Papanicolaou entre a população feminina um dos principais, já que exames preventivos

periódicos permitem reduzir em até 70% a sua mortalidade na população de risco (INCA, 2002; SANKARANARAYANAN, 2001).

Em 1920, o médico grego George Nicholas Papanicolaou elaborou uma técnica para estudar as células vaginais e do colo uterino, conhecida como *Método de Citologia Esfoliativa*. O exame consiste em uma sequência de etapas laboratoriais que ao final permite identificar, nas células esfoliadas do colo uterino, alterações suspeitas de transformação neoplásica (NASCIMENTO; MONTEIRO, 2012). Um marco histórico importante no conhecimento do câncer de colo do útero foi o estudo de Papanicolaou e Traut (1943), que mostrou ser possível detectar tais células neoplásicas em esfregaço vaginal, propondo que o método fosse utilizado para diagnosticar esse tipo de câncer. Assim, o exame de Papanicolaou passou a ser utilizado por diversos países para o rastreamento populacional, na detecção precoce do câncer de colo uterino uma vez que é um método de rastreamento sensível, seguro e de baixo custo (BRENNAN *et al.*, 2001; PAPANICOLAOU, 1928).

Pinho e França-Junior (2003) compararam a prevalência na realização do teste de Papanicolaou observada em diferentes países norte-americanos, europeus e latinos, incluindo o Brasil, compreendendo o período de 1989 a 1999. Em países como Estados Unidos e Canadá, a prevalência na realização do teste alguma vez na vida variou de 43% a 97%, sendo consideravelmente menor entre as minorias étnicas residentes nos EUA (mulheres de origem coreana, latina ou hispânica). Em estudos realizados em países europeus a prevalência observada em relação à realização do teste alguma vez na vida foi de 53% entre as mulheres italianas, e de 77% entre usuárias inglesas.

No Brasil, observou-se prevalência que variou de 68,9% a 77% de realização do Papanicolaou pelo menos uma vez na vida (PINHO, 2003). Aquino *et al.*, (1986) estimaram que apenas 2% das mulheres em âmbito nacional, e cerca de 10% delas em grandes cidades faziam o exame de Papanicolaou periodicamente na década de 1970 (AQUINO *et al.*, 1986; BRENNAN *et al.*, 2001). Os dados brasileiros sobre a cobertura do teste de Papanicolaou, em conjunto àqueles provenientes de outros países, apresentados anteriormente, sugerem que há diferenças no acesso e utilização do teste entre a população feminina, e que estas são mais pronunciadas em determinados grupos populacionais e geralmente, descompassadas com a necessidade epidemiológica da população usuária (PINHO, 2003).

Há que se destacar que o Brasil foi um dos países precursores na utilização da citologia no diagnóstico do câncer. Há referência de que, em 1942, o médico Antônio Vespaziano Ramos apresentou tese intitulada “Novo Método de Diagnóstico Precoce do Câncer Uterino”, o qual se acredita ser o primeiro registro da utilização da citologia para diagnóstico do câncer no país

(THULER, 2008). O presidente Juscelino Kubitschek patrocinou de forma pioneira, em 1956, a construção do *Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos*, no Rio de Janeiro – atualmente integrado ao INCA – para atender aos casos de câncer de mama e do aparelho genital feminino. Outras iniciativas menores foram surgindo nas diversas regiões do país de forma independente, até que em 1975 o Ministério da Saúde implementou o *Programa Nacional de Controle do Câncer*, que deu destaque ao rastreamento do câncer de colo do útero, constituindo a primeira ação em âmbito nacional com esse objetivo (BRASIL, 2016).

Os anos 1980 tiveram como marco a introdução do estímulo à coleta de material para o exame citopatológico como procedimento de rotina na consulta ginecológica, através do *Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)*, que representou a ampliação e início da popularização do teste de Papanicolaou no Brasil, uma vez que visava expandir o diagnóstico precoce do câncer de colo do útero utilizando, inclusive, atividades educativas para a prevenção da doença, estendendo assim a assistência à saúde da mulher além do ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 1984; PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003).

Após a criação do SUS pela constituição de 1988, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) passou a ser o órgão responsável pela formulação da política nacional de prevenção e controle do câncer, passando, então, a seguir a recomendação da OMS para que o teste de Papanicolaou fosse realizado a cada três anos em mulheres entre 25 e 64 anos de idade, após dois exames anuais negativos. Em 1998 as ações foram expandidas para todo o Brasil como *Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero – Viva Mulher*, com adoção de estratégias para estruturação da rede assistencial, estabelecimento de um sistema de informações para o monitoramento das ações (Siscolo) e dos mecanismos para mobilização e captação de usuárias, ampliando os recursos para diagnóstico desse câncer (BRASIL, 2016).

A importância da sua detecção precoce foi reafirmada no *Pacto pela Saúde* em 2006, pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da inclusão de indicadores específicos na pactuação de metas dos estados e municípios, representando a intensificação da coleta de material e o estímulo à melhor produção de dados epidemiológicos fidedignos (BRASIL, 2016). Na maior parte do mundo, o teste de Papanicolaou ainda é a principal ferramenta para o rastreamento em massa das lesões cervicais, embora atualmente haja outras tecnologias disponíveis (NASCIMENTO; MONTEIRO, 2012).

Atualmente, o controle do câncer de colo do útero é tido como ação prioritária, estando previsto no *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)* no Brasil, programado para o período de 2011 a 2022. No plano, são destacadas ações como aperfeiçoar seu rastreamento e evoluir do modelo oportunístico para

o modelo organizado, com garantia de confirmação diagnóstica, tratamento de lesões precursoras, e referência dos casos confirmados de câncer para o nível terciário, além de implantar o programa de gestão da qualidade da citopatologia, capacitação de funcionários da atenção básica para rastreamento e desenvolvimento de estratégias para difusão da informação e mobilização social relativa a prevenção dessa doença (BRASIL, 2011).

Outro investimento importante consiste nas ações de promoção à saúde desenvolvidas atualmente no Brasil, visando atuar sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e promover qualidade de vida. Especificamente no caso do CCU, o acesso à informação e a redução das dificuldades de acesso aos serviços de saúde são questões centrais. O amplo acesso da população a ações claras, consistentes e culturalmente apropriadas a cada território deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis de atendimento. O controle do tabagismo é também uma ação prioritária da *Política Nacional de Promoção à Saúde* e pode ajudar a minimizar o risco de câncer de colo uterino (BRASIL, 2006).

Com relação à prevenção primária, ou seja, àquela relacionada à diminuição do risco de contágio pelo papilomavírus humano (HPV), o Ministério da Saúde implementou no calendário vacinal, em 2014, a vacina tetravalente contra o HPV para meninas de 9 a 13 anos de idade. A meta é vacinar pelo menos 80% da população-alvo para alcançar o objetivo de reduzir a incidência desse câncer nas próximas décadas no país. A vacinação e o exame de Papanicolaou se complementam como ações de prevenção deste câncer (BRASIL, 2016).

## 2 JUSTIFICATIVA

Apesar do teste de Papanicolaou estar em uso para prevenção do CCU há mais de 50 anos, a doença ainda responde por metade da carga global de câncer ginecológico, fato atribuído à falta de efetivo programa de rastreamento nos países de média e baixa renda (SANKARANARAYANAN; FERLAY, 2006). Se em países desenvolvidos o teste adquiriu desde cedo um status de técnica de rastreamento efetiva e eficiente na redução das taxas de morbimortalidade por câncer cervical, o mesmo não foi observado nos países em desenvolvimento, cuja cobertura ainda não alcançou níveis suficientes e coerentes com a necessidade da população feminina sob maior risco, os quais, segundo a OMS, devem chegar a uma cobertura de 80% dessa população para produzir efeitos no quadro epidemiológico local (OMS, 1998).

Com relação às taxas de mortalidade por câncer no Brasil, observa-se que, a despeito da evolução nas políticas públicas e nas tecnologias para seu diagnóstico e tratamento precoce, o câncer de colo de útero sempre esteve entre as 5 localizações primárias mais frequentes nos dados relativos ao intervalo que vai de 1979 a 2014, chegando a assumir a primeira colocação em alguns períodos no Nordeste e na Paraíba, ultrapassando inclusive o câncer de mama (INCA, 2017).

A análise das taxas ajustadas para a população mundial de mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil, no período de 1979-2014, indica que as mesmas continuam estáveis, não tendo apresentado alterações significativas, sendo de 4,99/100 mil em 1979, e de 4,88/100 mil em 2014. Já na região Nordeste observou-se crescimento nas taxas de mortalidade por CCU no mesmo período, indo de 3,96/100 mil em 1979 para 6,12/100 mil em 2014, representando um incremento de 54,5% em 35 anos, o que em parte pode ser justificado pela melhor adesão ao exame, aumentando o número de diagnósticos, além da melhora dos sistemas de notificação.

No mesmo sentido, observou-se na Paraíba, incremento de quase 120% nas taxas de mortalidade por CCU ajustadas no mesmo período, indo de 2,5/100 mil em 1979 para 5,46/100 mil em 2014 (INCA, 2017). Na cidade de Campina Grande houve aumento proporcional semelhante, de 4,12/100 mil em 1979 para 9,71/100 mil em 2014 (INCA, 2017). Uma das principais razões para esse panorama persistente no Brasil resulta do fato que, durante muitos anos, a realização do exame preventivo ocorreu fora do contexto de um programa organizado (BRASIL, 2002).

Dessa forma, torna-se imprescindível o desenvolvimento de estudos que analisem fatores relacionados à não adesão das usuárias ao exame de Papanicolaou, além de dados

relativos ao perfil clínico-epidemiológico das mulheres que vem a desenvolver essa doença, a fim de que se possa ter um maior embasamento no momento da tomada de decisão sobre políticas públicas relativas ao tema.

Além disso, no estado da Paraíba, em especial, apesar da nítida importância epidemiológica local desse câncer na população feminina, até o momento não há estudos publicados com desenho semelhante ao aqui proposto, ratificando a importância do presente trabalho.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 – GERAL**

- Analisar conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou por parte da população feminina de Campina Grande-PB e a sua associação com a prevenção do câncer de colo uterino nessa população.

#### **3.2 – ESPECÍFICOS**

- Avaliar o perfil clínico-epidemiológico das mulheres com diagnóstico de câncer de colo do útero na cidade de Campina Grande, Paraíba;
- Identificar fatores relacionados à realização ou não do exame citopatológico de colo uterino (Papanicolaou);
- Buscar o entendimento quanto à não adesão das mulheres ao exame de Papanicolaou como forma de prevenção do câncer de colo uterino;
- Observar a prevalência dos fatores de risco para câncer de colo de útero em população previamente diagnosticada;
- Estimar a associação entre exames de Papanicolaou prévios e o diagnóstico de câncer de colo de útero.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### FISIOPATOLOGIA

O câncer é um processo mórbido, onde uma célula anormal é transformada por mutação genética do DNA celular. Essa célula anormal cria um *clone* e começa a se proliferar de maneira anormal. Com isso, as mesmas adquirem características invasivas, e as alterações têm lugar nos tecidos circunvizinhos. As células se infiltram nesses tecidos e ganham acesso aos vasos linfáticos e sanguíneos, na qual serão transportadas para outras localidades do corpo, num fenômeno conhecido como metástase (SMELTZER; BARE, 2008).

O câncer de colo uterino inicia-se como um tumor que se desenvolve a partir de alterações no colo do útero, no fundo da vagina. A doença passa por diferentes fases antes de se transformar em câncer e, inicialmente, a mulher não apresenta quaisquer sintomas (FIGUEIREDO, 2004). Atualmente, a teoria mais aceita para a explicação do aparecimento do câncer do colo do útero relaciona-se à transmissão sexual. Desde 1992, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a persistência da infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) em altas cargas virais representa o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença (INCA, 2002).

A prevalência do HPV na lesão do colo é superior a 98%, e dois subtipos do vírus, o 16 e o 18 estão presentes em mais de 80% dos casos de câncer invasor (LINHARES; VILLA, 2006). No entanto, sabe-se que a infecção pelo HPV é essencial para a gênese do câncer, mas não suficiente para desencadeá-la. Assim, há outros fatores de risco envolvidos no desenvolvimento do câncer cervical, a saber: o início precoce da vida sexual, múltiplos parceiros sexuais, história de doença sexualmente transmissível (como *Chlamydia trachomatis* e *Herpes Simplex Vírus*), multiparidade, imunossupressão, baixo nível socioeconômico, uso prolongado de anticoncepcional oral e tabagismo (INCA, 2002).

Classicamente, a história natural do câncer do colo do útero é descrita como uma afecção iniciada com transformações intraepiteliais progressivas, que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora num prazo de 10 a 20 anos. O colo uterino é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, arrançadas de forma bastante ordenada. Nas neoplasias intraepiteliais, esta estratificação fica desordenada.

Quando a desordenação ocorre nas camadas mais basais do epitélio estratificado, o processo é chamado de *Displasia Leve* ou *Neoplasia Intraepitelial Cervical* grau I (NIC I). Se a desordenação avança até os três quartos de espessura do epitélio, preservando as camadas

mais superficiais, denomina-se *Displasia Moderada* ou *Neoplasia Intraepitelial Cervical* grau II (NIC II). Na *Displasia Grave* ou *Neoplasia Intraepitelial Cervical* grau III (NIC III), o desarranjo é observado em todas as camadas (INCA, 2002).

Cerca de 60% das mulheres com NIC I apresentam regressão espontânea, 30% podem apresentar persistência da lesão, e das demais, menos de 10% irão evoluir para NIC III, sendo a progressão para o câncer invasor estimada em cerca de 1%.

É importante destacar que as lesões bem diferenciadas, são *Lesões Intraepiteliais Escamosas de Baixo Grau* (LSIL), e as com menor diferenciação são *Lesões Intraepiteliais Escamosas de Alto Grau* (HSIL). As LSIL correspondem ao NIC I, displasia leve e alterações associadas ao HPV; já as HSIL incluem as displasias moderada e grave, o carcinoma *in situ* e as lesões denominadas NIC II e NIC III (SOLOMON; NAYAR, 2005).

As LSIL têm origem no epitélio escamoso maduro da cérvix. Devido ao contato com o meio externo, é possível entender a alta taxa de regressão espontânea das LSIL. A estrutura do epitélio escamoso é bem conservada; no esfregaço predominam células escamosas discarióticas de superfície e intermediárias, com núcleos aumentados e hipercromáticos, e podem ser encontradas isoladas ou agrupadas. Os condilomas planos ocasionam espessamento do epitélio escamoso, com algumas células achatadas na superfície. Nessas lesões estão presentes nas camadas superiores do epitélio vários coilócitos que estão relacionados com a infecção pelo HPV.

Por sua vez, as HSIL caracterizam-se por acentuada reestruturação do epitélio e varia quanto às alterações citoplasmáticas, ao tamanho das células e às alterações do núcleo; mas todas as HSIL possuem figuras mitóticas. As células afetadas são menores e menos “maduras” que nas da LSIL. As células alteradas podem estar isoladas, em grupos ou em agregados do tipo sincial. O tamanho das células varia de células observadas na LSIL até células basais (KOSS; GOMPEL, 2006).

Cabe ainda destacar as *Células Escamosas Atípicas* (ASC). A denominação refere-se às alterações citológicas sugestivas de lesão intraepitelial escamosa, mas não são qualitativa ou quantitativamente suficientes para um resultado definitivo. Para a interpretação de ASC, as células precisam apresentar diferenciação escamosa, aumento da relação núcleo/citoplasma e hipercromasia nuclear, agrupamento de cromatina, irregularidade, embotamento ou multinucleação (SOLOMON; NAYAR, 2005). O termo ASC não é uma entidade biológica; inclui alterações que não são relacionadas com o HPV e neoplasia, assim como achados sugestivos de neoplasia intraepitelial cervical subjacente e raramente carcinoma (SOLOMON; NAYAR, 2005).

Por fim, as *Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado* (ASCUS) são anormalidades celulares mais marcadas do que as alterações reativas, mas que não possibilitam interpretação definitiva de lesão intraepitelial escamosa, por serem alterações que podem refletir lesões com potencial sério, mas não podem ser classificadas; por isso, são interpretadas como ASCUS (ELEUTÉRIO JUNIOR, 2003). A utilização desse termo deve ser cuidadosa, pois estudos mostram que muitos casos interpretados como ASCUS podem configurar uma lesão de baixo grau ou até mesmo de alto grau. Dessas, aproximadamente 30% são de alto grau e 70% de baixo grau. Sendo assim, o termo deve ser empregado quando o número de células escamosas maiores for pequeno ou a configuração das células não possibilite concluir de que lesão se trata (DAVEY *et al.*, 1994; ELEUTÉRIO JUNIOR, 2003).

## **RASTREAMENTO**

Segundo Halbe (1994), o exame citopatológico do colo do útero ou exame Papanicolaou, constitui o melhor recurso propedêutico no diagnóstico do câncer de colo uterino nas etapas iniciais. Pinelli (2002) afirmou que a prevenção do câncer de colo uterino deve envolver um conjunto de ações educativas com a finalidade de atingir grande parte das mulheres de risco, além da realização do Papanicolaou.

O exame preventivo do câncer do colo do útero consiste na coleta de material citológico do colo do útero, sendo uma amostra da região externa (ectocérvice) e outra da região interna (endocérvice). Para a coleta do material, é introduzido um espéculo vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo através de uma espátula de madeira e de uma escovinha endocervical (INCA, 2006).

Na atual *Nomenclatura Citológica Brasileira*, a adequabilidade da amostra é definida como satisfatória ou insatisfatória. É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada: 1) pela presença de material acelular ou hipocelular (<10% do esfregaço); ou 2) quando a leitura é prejudicada em mais de 75% do esfregaço devido à presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecamento, contaminantes externos ou intensa superposição celular.

De acordo com o Ministério da Saúde (2016), o exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório. Por sua vez, uma amostra satisfatória apresenta células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita uma conclusão diagnóstica. Podem estar presentes células representativas dos epitélios do colo do útero:

células escamosas, células glandulares (não inclui o epitélio endometrial) e células metaplásicas.

Esfregaços normais somente com células escamosas em mulheres com colo do útero presente devem ser repetidos com intervalo de um ano e, com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo passará a ser de três anos (SHIRATA 1998; INCA, 2012). A fim de garantir a eficácia dos resultados, a mulher deve evitar relações sexuais, uso de duchas ou medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais nas 48 horas anteriores ao exame. Além disto, o exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode alterar o resultado (SOLOMON; NAYAR, 2005).

De acordo com as *Diretrizes Para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero* do Ministério da Saúde (2016), os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada três anos. O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual, de maneira que o rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado.

Os exames periódicos devem seguir até os 64 anos de idade e, naquelas mulheres sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva, devem ser interrompidos quando essas mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Para mulheres com mais 64 anos de idade e que nunca se submeteram ao exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais.

Em caso de resultados alterados no exame citopatológico, o INCA (2016) traz recomendações que norteiam a conduta inicial frente a esses casos:

- As células escamosas de significado indeterminado (ASC) são divididas em possivelmente não neoplásicas (ASC-US) e naquelas nas quais não se podem afastar lesões de alto grau (ASC-H). No caso das primeiras, repete-se o citológico em 3 anos nas mulheres abaixo de 25 anos, em 12 meses naquelas que possuem entre 25-29 anos, e em 6 meses naquelas que possuem 30 anos ou mais. No caso das lesões de alto grau, as mulheres devem ser encaminhadas diretamente para a colposcopia;
- Em lesões de baixo grau (LSIL), mulheres abaixo de 25 anos repetem o citopatológico em 3 anos e mulheres a partir de 25 anos repetem o exame em 6 meses.
- No caso de células atípicas de significado indeterminado (AGC), células atípicas de origem indefinida (AOI), lesão de alto grau (HSIL), lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão, carcinoma escamoso invasor ou adenocarcinoma *in situ* (AIS) ou invasor, as mulheres devem ser encaminhadas diretamente para a colposcopia.

## VACINAÇÃO

Como já discutido, o câncer de colo uterino é uma doença potencialmente detectável em fases pré-invasoras. No entanto, os programas de rastreamento, baseados no exame citopatológico, são repletos de falhas. Assim, o caminho natural encontrado pela comunidade científica foi voltar-se para, num primeiro momento, desenvolver técnicas capazes de detectar o HPV e, num segundo, após identificados os tipos mais prevalentes, desenvolver instrumentos para a prevenção primária do câncer do colo, vacinando mulheres contra estes tipos (LOWY; SCHILLER, 2006)

Nem todos os tipos de HPV são capazes de originar tumores, sendo o 16 e o 18 os responsáveis por 60% dos casos de câncer de colo do útero em todo o mundo (MUNOZ, *et al*, 2006) e os tipos 6 e 11, por 90% das verrugas genitais (LINHARES, 2006). Assim, como o HPV 16 é o tipo mais comum e o HPV 18 é responsável pela maioria das lesões ocultas, as primeiras gerações das duas empresas responsáveis pela manufatura da vacina produziram, com nuances técnicas diferentes, vacinas contra os tipos 16 e 18 (LOWY; SCHILLER, 2006).

Há, então, dois tipos de vacinas contra o papilomavírus humano: a quadrivalente (Gardasil), fabricada pelo laboratório Merck Sharp & Dhome, que protege contra os quatro tipos do vírus – 6, 11, 16 e 18; e a bivalente (Cervarix), fabricada pelo laboratório GSK, que protege contra os vírus 16 e 18. (LINHARES, 2006). A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) afirma que, após dez anos de uso da vacina quadrivalente nos programas de imunização de diversos países, há evidências significativas de sua segurança, eficácia e eficiência na prevenção do câncer do colo do útero (OMS, 2017).

A população-alvo para vacinação são as adolescentes do sexo feminino nas seguintes situações: 1) entre 9 e 13 anos de idade: a vacinação nesse grupo etário é altamente recomendada antes do início das relações sexuais, pois a eficácia é bastante elevada; 2) entre 14 e 26 anos: beneficiadas parcialmente mesmo se já sexualmente ativas, pois provavelmente não estão infectadas para os quatro tipos contidos na vacina.; 3) entre 14 e 26 anos que tiveram anormalidades nos exames anteriores de Papanicolaou, incluindo o câncer cervical, ou tiveram verrugas genitais ou infecção pelo HPV diagnosticada: também podem se beneficiar parcialmente pelo mesmo motivo anteriormente exposto; no entanto, devem ser informadas de que não existem dados que sugere que a vacina terá qualquer efeito terapêutico sobre as lesões cervicais (AN ADVISORY COMMITTEE, 2007).

No Brasil, estão disponíveis os dois tipos de vacina: a bivalente, disponível na iniciativa privada, para administração em meninas e mulheres a partir de 9 anos de idade; e a quadrivalente, disponível no SUS através do Programa Nacional de Imunização (PNI), para meninas de 9 a 14 anos e para meninos de 11 a 13 anos. O esquema vacinal se dá em duas doses, com seis meses de intervalo entre elas (SBIM, 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Por fim, após dez anos de uso da vacina quadrivalente nos programas de imunização de diversos países, há evidências significativas de sua segurança, eficácia e eficiência na prevenção do câncer do colo do útero (OPAS/OMS, 2016).

### **FATORES ASSOCIADOS À NÃO ADESÃO AO PAPANICOLAOU**

Estudos epidemiológicos têm caracterizado o perfil das usuárias do teste de Papanicolaou, sendo proposto um modelo explicativo de cunho muito mais individual à insuficiente ou inadequada utilização do exame preventivo. Assim, a realização do Papanicolaou passaria a ser dependente de um conjunto de características individuais das pacientes, concentrando-se em aspectos sócio-demográficos, entre eles, a idade, o estado civil e a escolaridade e a renda (NASCIMENTO *et al*, 1996; LANTZ; WEIGERS, 1997), bem como aspectos sexuais e reprodutivos, como início da vida sexual, número de gestações na vida e uso de métodos contraceptivos, em que a realização do teste de Papanicolaou aconteceria em conjunção a atividades de assistência ginecológica, obstétrica ou de planejamento familiar (WILCOX; MOSHER, 1993; HERNANDEZ-HERNANDEZ, *et al.*, 1998).

Além dos fatores acima elucidados, Becker e Rosenstock (1977) enunciaram que o comportamento preventivo em saúde decorre de quatro tipos de crenças dos indivíduos: percepção da severidade da doença, de sua susceptibilidade, dos benefícios/eficácia da ação preventiva e das barreiras a essa ação. Assim, no caso específico do câncer cérvico-uterino e da realização do teste de Papanicolaou, esses quatro tipo de crenças podem ser analisadas a partir de uma escala de concordâncias como: a concepção do câncer como uma doença fatal e incurável (severidade); a preocupação em adquirir a doença (susceptibilidade); a crença de que o câncer não pode ser curado mesmo sendo detectado precocemente, que não há muito o que fazer para preveni-lo e que o teste de Papanicolaou não é efetivo em detectá-lo (benefícios percebidos da ação); a preferência por não saber que tem a doença, o custo do teste, o desconforto e a vergonha associados ao procedimento (barreiras percebidas à ação) (SEOW; SMITH, 1995; SUAREZ *et al*, 1997).

Em relação às barreiras percebidas, tal aspecto pode ser observado sob uma visão organizacional/programática, limitando-se às dificuldades financeiras, às dificuldades geográficas em acessar o serviço de saúde, bem como longo período de espera para ser atendida ou marcar uma consulta, disponibilidade de recursos materiais e humanos, falta tempo devido à carga horária de trabalho da usuária ou não ter com quem deixar os filhos, ou os problemas na relação médico/instituição-paciente (LANTZ; WEIGERS, 1997).



## 5 METODOLOGIA

### 5.1 - DESENHO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo de corte transversal, com análise quantitativa dos dados obtidos.

### 5.2 - LOCAL DO ESTUDO

Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) e Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), em Campina Grande-PB.

### 5.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero tratadas ou em tratamento no HUAC e no hospital da FAP.

### 5.4 – AMOSTRAGEM

Inicialmente, calculou-se um total de 145 pacientes para compor a amostra do estudo. Destas, até o presente momento da publicação deste trabalho de conclusão de curso, 24 foram inquiridas ao serem abordadas, em dias aleatórios, nos ambulatórios e setores de radioterapia e quimioterapia do HUAC e da FAP. A amostra final do presente estudo constituiu-se, portanto, de uma amostra de conveniência composta por 24 participantes.

### 5.5 - CÁLCULO DA AMOSTRA

A amostra foi calculada através do *site* do Laboratório de Epidemiologia e Estatística do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (LEE) (2017), através do método de Hipóteses para uma Proporção.

A *proporção observada* de exames Papanicolaou realizados na população brasileira para o cálculo supracitado, teve por base a maior proporção descrita para o estado de São Paulo, igual a 77%. Por sua vez, a *proporção sugerida* para o cálculo, teve por base a menor proporção de exames observados em outro estudo, também no estado de São Paulo, sendo essa igual a

68,9%, uma vez que o Nordeste apresenta-se como uma das regiões menos desenvolvidas do país.

O estudo de onde foram retiradas ambas as proporções foi o único encontrado na literatura brasileira pelos pesquisadores. O valor da amostra a ser estudada foi então calculado automaticamente: com nível de significância de 5% e poder do teste igual a 80%, chegou-se a um número mínimo de 145 pacientes, para a composição da amostra do presente estudo.

## 5.6 - INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Foi utilizado um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas (APÊNDICE 1) a serem respondidas pelas pacientes referidas. Os prontuários das pacientes foram consultados em casos de necessidade de se obterem informações acerca do histórico da doença da paciente, quando essa não soube informar.

## 5.7 - CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

*a) Critérios de inclusão:* foram incluídas na pesquisa pacientes acima de 18 anos, diagnosticadas com câncer de colo de útero, tratadas ou em tratamento, que estivessem sendo acompanhadas no HUAC e no hospital da FAP, escolhidas aleatoriamente através de sorteio simples e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2).

*b) Critérios de exclusão:* foram excluídas do estudo aquelas pacientes que não estiveram inseridas nos fatores de inclusão acima citados.

## 5.8 - ANÁLISE ESTATÍSTICA

O conjunto de dados usado neste trabalho foi coletado no período compreendido entre 28 de agosto de 2017 a 29 de setembro de 2017. Foram entrevistadas 24 mulheres com diagnóstico de câncer de colo de útero, atendidas em serviços de referência em Campina Grande, Paraíba. Os dados coletados foram organizados no *Google Forms*, afim de facilitar a organização em planilhas eletrônicas. A análise estatística (análise descritiva e inferencial) foi preparada no Ambiente Computacional R, versão 3.3.2. Para a análise de associação entre as variáveis, foi utilizado o teste de Fisher, com nível de 5% de significância.

## 5.9 - ASPECTOS ÉTICOS

Todo o processo da pesquisa foi realizado de acordo com a Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, relacionada a estudos com seres humanos. Além disso, para participar da pesquisa, o paciente assinou o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo). Foram garantidos princípios éticos e morais no que tange à abordagem do paciente, garantia do anonimato dos voluntários e a possibilidade de desistência no decorrer do processo. O projeto deste estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (CEP/HUAC) sob número 68789817.4.0000.5182.

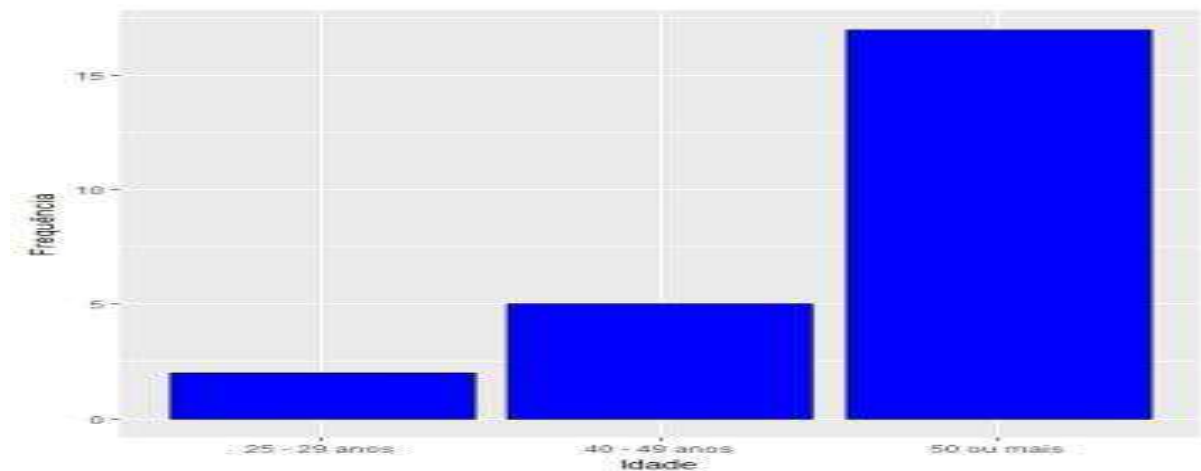
## 6 RESULTADOS

### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Em relação ao perfil epidemiológico das pacientes envolvidas neste trabalho, foram estudadas as seguintes variáveis: *idade, procedência, ocorrência de posto de saúde perto de suas residências, religião* e se elas eram *praticantes de suas religiões, nível de escolaridade, ocupação e renda mensal familiar*. A análise das variáveis referidas encontra-se nas tabelas a seguir.

O **gráfico 1** apresenta-se em colunas para a variável idade. Nota-se a que 70,8% das pacientes possuem 50 anos ou mais, 20,8% possuem entre 40 e 49 anos e apenas 8,3% possuem entre 25 e 29 anos.

**Gráfico 1 em colunas para a variável idade**



No **Gráfico 2**, vê-se que 33,3% das entrevistadas são de Campina Grande, enquanto que 8,3% são de Queimadas e 8,3% são de Aroeiras, as outras localidades contemplam 4,2% cada.

O **Gráfico 3** em setores, apresenta a distribuição em porcentagem da variável *ocorrência de posto de saúde próximo à residência*. Observa-se que 83,3% das pacientes possuem posto de saúde perto de sua residência, ao passo que apenas 16,7% não possuem posto de saúde próximo à residência.

Gráfico 2: Procedência das pacientes

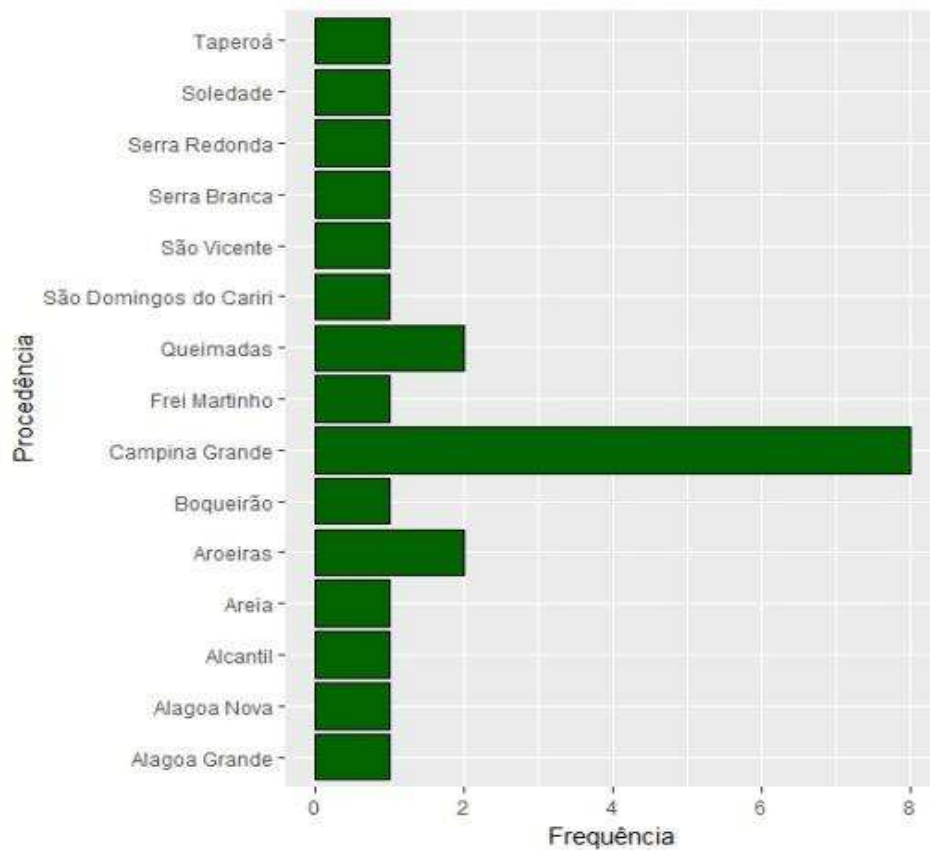
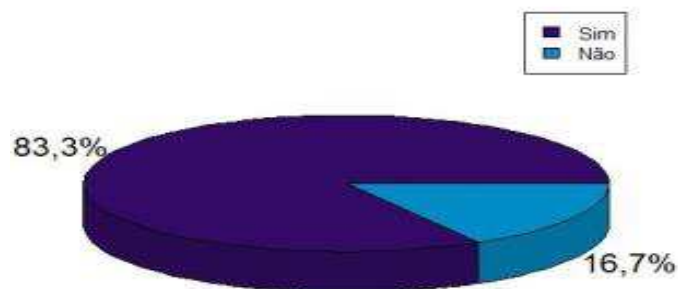


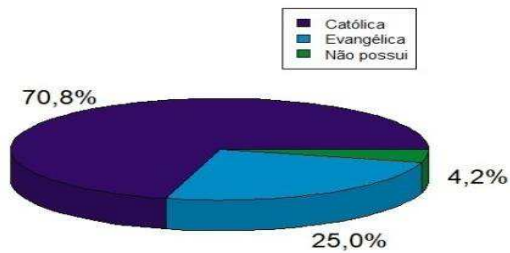
Gráfico 3: Ocorrência de posto de saúde perto da residência



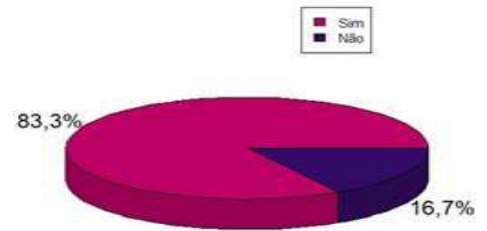
A distribuição em porcentagem da variável *religião* está apresentada no **Gráfico 4**. Pode-se ver que 70,8% das pacientes são *católicas*, enquanto que 25% são *evangélicas* e 4,2% *não possuem religião*. Observa-se no **Gráfico 5**, por sua vez, a distribuição da variável

praticante da religião. Nota-se que 83,3% são praticantes da religião, ao passo que 16,7% não são praticantes da sua religião.

**Gráfico 4: variável religião**

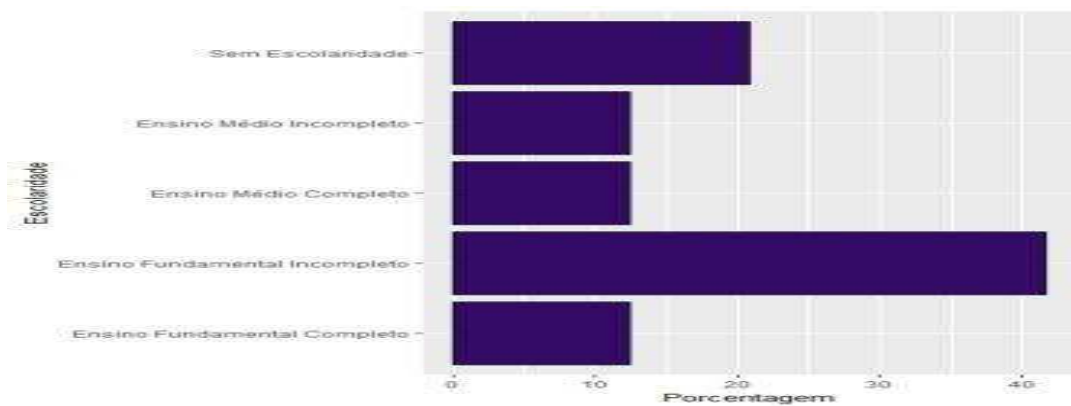


**Gráfico 5: praticantes da religião**



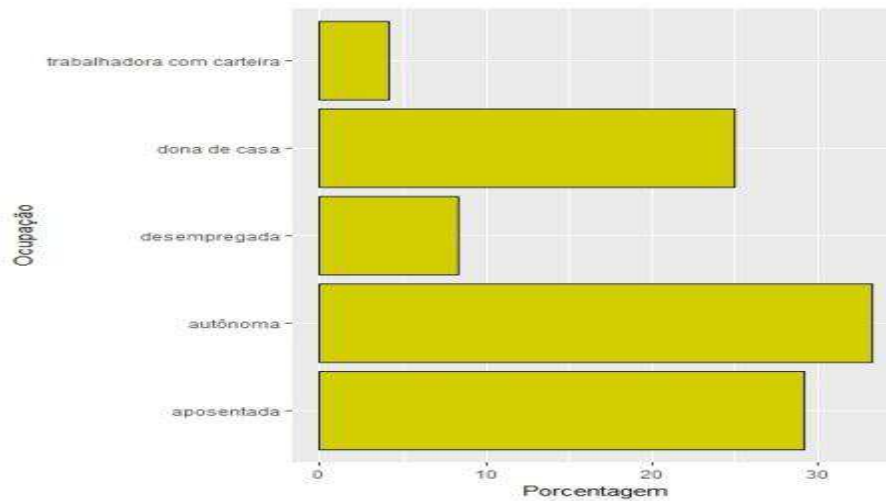
A partir do **Gráfico 6**, vê-se que 41,7% das pacientes possuem o ensino fundamental incompleto e 20,8% são sem escolaridade, os demais níveis compreendem 12,5%.

**Gráfico 6: Distribuição em porcentagem para a variável nível de escolaridade**



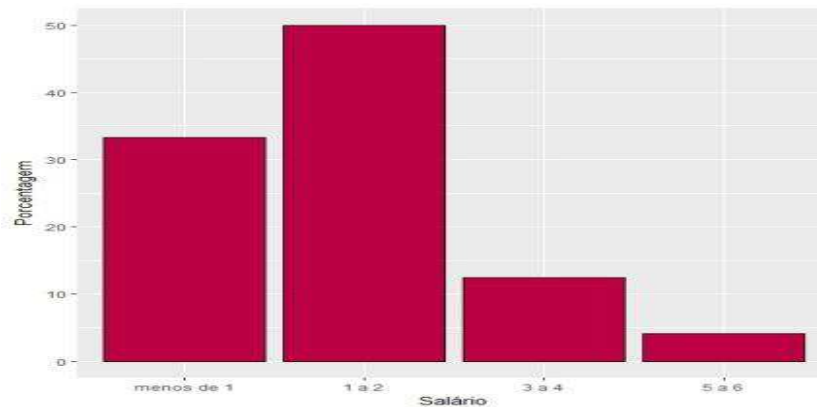
A distribuição em porcentagem da variável *ocupação* encontra-se representado no **Gráfico 7**. Nele, vê-se que 33,3% das mulheres entrevistadas são autônomas, 29,2% são aposentadas, 25% são donas de casa, 8,3% são desempregadas e 4,2% são trabalhadoras com carteira assinada.

**Gráfico 7: Distribuição em porcentagem da variável ocupação**



No **Gráfico 8**, observa-se a distribuição em porcentagem da variável renda mensal familiar em salários mínimos, tem-se que 50% possuem renda mensal familiar entre 1 e 2 salários mínimos, 33,3% das pacientes possuem renda mensal familiar menor do que 1 salário mínimo, 12,5% tem renda entre 3 e 4 salários e apenas 4,2% possuem renda entre 5 e 6 salários mínimos.

**Gráfico 8: Distribuição em porcentagem da variável renda mensal familiar**

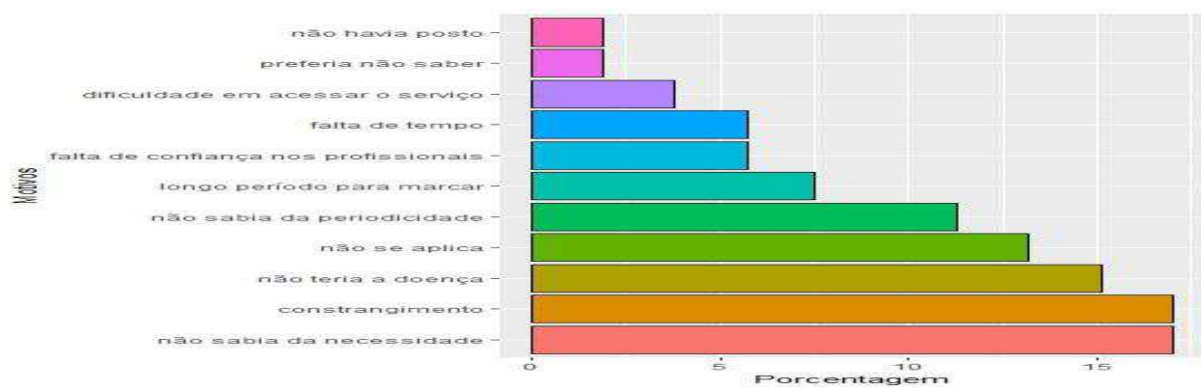


### **Distribuição dos fatores relacionados à não adesão ao exame**

O **Gráfico 9** mostra os motivos relacionados à não adesão ao exame de Papanicolaou como forma de detecção ao câncer de colo de útero e as respectivas frequências percentuais associadas. Vê-se que os principais motivos que levam as mulheres a não fazerem o exame com regularidade são o *não conhecimento da necessidade do exame* e o *constrangimento*, ambos os motivos contemplando 17% dessas mulheres.

O segundo motivo é *não acreditar que seria acometida pela doença*, de maneira que, nessa categoria, ocorrem 15,1% dessas pacientes. Nessa ordem, 13,2% das pacientes *faziam o exame de forma anual*, ou seja, aderiam ao exame, 11,3% das mulheres *não sabiam da necessidade da periodicidade*, 7,5 % *achavam o período longo para ser atendida e/ou marcar a consulta*, 5,7% das pacientes alegavam *falta de confiança nos profissionais*, 5,7% disseram *não ter tempo de frequentar a unidade de saúde*, 3,8% *tinham dificuldade em acessar o serviço*, 1,9% *preferiam não saber* e para 1,9% *não havia posto de saúde na sua região*.

**Gráfico 9: Distribuição percentual dos motivos para a não adesão ao exame Papanicolaou**



### Associação entre variáveis

Um dos principais objetivos de se construir uma distribuição conjunta de duas variáveis qualitativas é descrever a associação entre elas, isto é, conhecer o grau de dependência entre elas.

Nesta seção, foi utilizado o teste de Fisher de independência para testar, com nível de 5% de significância, se as variáveis: *conhecia o exame*, *número de gestações*, *idade da primeira gestação*, *idade da primeira relação sexual*, *número de parceiros*, *tabagismo*, *uso de anticoncepcional (ACO)*, *uso de DIU* e *frequência do exame* estão associadas à variável *estádio da detecção do câncer de colo de útero (CCU)*.

Inicialmente, é importante salientar que, para a variável *estádio da detecção do CCU*, foram avaliados dezenove níveis, porém apenas doze ocorreram na amostra observada, assim, nas análises que se seguem, só foram mencionados os níveis observados.

As frequências absolutas e relativas percentuais para as variáveis: *conhecia o exame de Papanicolaou* e *estádio da detecção do CCU* podem ser vistas na **Tabela 1**. Vê-se que apenas três mulheres, de um total de vinte e quatro, não conheciam o exame de Papanicolaou e que



cada uma delas detectou o CCU nos estádios iniciais. Dentre as pacientes que conheciam o exame, 28,6% descobriram o CCU no estádio IIIB/T3b e 23,8% descobriram o CCU no estádio IB1/T1b1. Observa-se uma grande frequência de zeros em muitas classes, e isso se deve ao fato de a amostra ser, consideravelmente, pequena em relação ao grande número de níveis da variável estádio de detecção do CCU. Para ter-se uma conclusão acerca da associação entre essas duas variáveis, é necessário aplicar um teste de hipóteses. As hipóteses para o teste de Fisher são

- $H_0$ : A variável *estádio da detecção do CCU* e *conhecia o exame de Papanicolaou* são independentes;
- $H_1$ : A variável *estádio da detecção do CCU* e *conhecia o exame de Papanicolaou* são dependentes.

O p-valor para o teste de Fisher foi 0,096, ou seja, ao nível de 5% de significância, não se rejeita a hipótese nula. Conclui-se que as variáveis *estádio da detecção do CCU* e *conhecia o exame de Papanicolaou* são independentes.

**Tabela 1: Distribuição conjunta de frequências das variáveis estádio e conhecimento do exame**

Estádio da detecção do CCU	Conhecia o exame de Papanicolaou		Total
	Sim	Não	
<b>0</b>	0% (0)	0% (0)	0% (0)
<b>IA/T1a</b>	0% (0)	66,6% (2)	8,3% (2)
<b>IA1/T1a1</b>	4,8% (1)	33,3% (1)	8,3% (2)
<b>IB/T1b</b>	4,8% (1)	0% (0)	4,2% (1)
<b>IB1/T1b1</b>	23,8% (5)	0% (0)	20,8% (5)
<b>IB2/T1b2</b>	4,8% (1)	0% (0)	4,2% (1)
<b>IIA1/T2a1</b>	4,8% (1)	0% (0)	4,2% (1)
<b>IIIB/T2b</b>	9,5% (2)	0% (0)	8,3% (2)
<b>IIIA/T3a</b>	4,8% (1)	0% (0)	4,2% (1)
<b>IIIB/T3b</b>	28,6% (6)	0% (0)	25% (6)

<b>IV</b>	4,8% (1)	0% (0)	4,2% (1)
<b>IVB/M1</b>	9,5% (2)	0% (0)	8,3% (2)
<b>Total</b>	100%(21)	100%(3)	100%(24)

A **Tabela 2** apresenta a distribuição conjunta de frequências para as variáveis número de gestações e estágio da detecção do CCU. Nota-se que a maior frequência do CCU ocorreu entre as pacientes que tiveram *duas gestações*, 66,7% descobriram o CCU no *estádio IB1/T1b1*, e a segunda maior frequência se deu entre as pacientes que tiveram *5 ou mais gestações* das quais 55,6% detectaram o CCU no *estádio IIB/T3b*

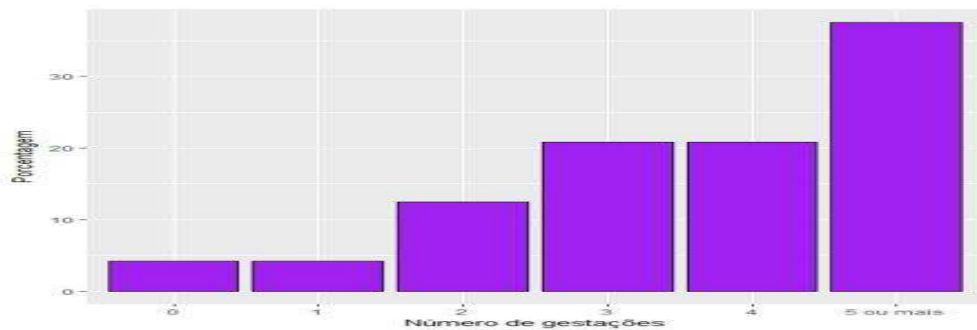
**Tabela 2: Distribuição conjunta de frequências das variáveis estágio e número de gestações**

Estádio da detecção do CCU	Número de gestações						Total
	0	1	2	3	4	5 ou mais	
<b>0</b>	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0% (0)
<b>IA/T1a</b>	0%(0)	0%(0)	33,3%(1)	0%(0)	0%(0)	11,1%(1)	8,3% (2)
<b>IA1/T1a1</b>	100%(1)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	20%(1)	0%(0)	8,3% (2)
<b>IB/T1b</b>	0%(0)	0%(0)	0%(0)	20%(1)	0%(0)	0%(0)	4,2% (1)
<b>IB1/T1b1</b>	0%(0)	0%(0)	<b>66,7%(2)</b>	20%(1)	0%(0)	22,2%(2)	20,8% (5)
<b>IB2/T1b2</b>	0%(0)	0%(0)	0%(0)	20%(1)	0%(0)	0%(0)	4,2% (1)
<b>IIA1/T2a1</b>	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	20%(1)	0%(0)	4,2% (1)
<b>IIB/T2b</b>	0%(0)	100%(1)	0%(0)	0%(0)	20%(1)	0%(0)	8,3% (2)
<b>IIIA/T3a</b>	0%(0)	0%(0)	0%(0)	20%(1)	0%(0)	0%(0)	4,2% (1)
<b>IIIB/T3b</b>	0%(0)	0%(0)	0%(0)	20%(1)	0%(0)	55,6%(5)	25% (6)
<b>IV</b>	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	20%(1)	0%(0)	4,2% (1)
<b>IVB/M1</b>	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	20%(1)	11,1%(1)	8,3% (2)
<b>Total</b>	100%(1)	100%(1)	100%(3)	100%(5)	100%(5)	100%(9)	100%(24)

Para testar se as variáveis da Tabela 2 são independentes, usou-se o teste de Fisher. O  $p$ -valor foi de 0,032, assim não rejeitamos a hipótese nula, ao nível de 5%. Conclui-se que as variáveis *estádio da detecção do CCU* e *número de gestações* são dependentes, ao nível de 5% de significância.

Com relação ao número de gestações, vê-se no **Gráfico 10** que da amostra, aproximadamente 70% das pacientes tiveram 3 ou mais gestações.

**Gráfico 10: Distribuição em frequência percentual para a variável número de gestações**



Como nas análises anteriores, as frequências absolutas e relativas percentuais para as variáveis *idade da primeira relação sexual* e *estádio da detecção do CCU* podem ser vistas na **Tabela 3**. O teste de Fisher apresentou um  $p$ -valor igual a 0,49 que é maior do que 0,05. Concluindo-se assim, ao nível de 5%, que a variável estágio da detecção do CCU é independente da variável idade da primeira relação sexual.

**Tabela 3: Distribuição conjunta de frequências das variáveis estágio e idade da primeira relação sexual**

Estádio da detecção do CCU	Idade da primeira relação sexual			Total
	Menos de 14 anos	14 – 17 anos	18 – 24 anos	
<b>0</b>	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0% (0)
<b>IA/T1a</b>	0%(0)	0%(0)	26,6%(1)	8,3% (2)
<b>IA1/T1a1</b>	0%(0)	15,4%(2)	0%(0)	8,3% (2)
<b>IB/T1b</b>	25%(1)	0%(0)	0%(0)	4,2% (1)
<b>IB1/T1b1</b>	0%(0)	15,4%(2)	42,9%(3)	20,8% (5)
<b>IB2/T1b2</b>	25%(1)	0%(0)	0%(0)	4,2% (1)



<b>IB1/T1b1</b>	42,9%(3)	66,7%(2)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	20,8% (5)
<b>IB2/T1b2</b>	14,3%(1)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	4,2% (1)
<b>IIA1/T2a1</b>	0%(0)	0%(0)	20%(1)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	4,2% (1)
<b>IIb/T2b</b>	0%(0)	0%(0)	40%(2)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	8,3% (2)
<b>IIIA/T3a</b>	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	33,3%(1)	4,2% (1)
<b>IIb/T3b</b>	0%(0)	33,3%(1)	20%(1)	100%(3)	33,3%(1)	0%(0)	25% (6)
<b>IV</b>	0%(0)	0%(0)	20%(1)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	4,2% (1)
<b>IVB/M1</b>	14,3%(1)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	33,3%(1)	0%(0)	8,3% (2)
<b>Total</b>	100%(7)	100%(3)	100%(5)	100%(3)	100%(3)	100%(1)	100%(24)

## DISCUSSÃO

A população do nosso trabalho foi composta de 70,8% de pacientes com 50 anos ou mais, 20,8% com idade entre 40 e 49 anos e apenas 8,3% entre 25 e 29 anos. Estudo do INCA, publicado em 2012 na Revista Brasileira de Cancerologia (THULER *et al*, 2012), trouxe dados referentes às faixas etárias das mulheres acometidas com câncer de colo uterino no Brasil. Segundo tal estudo, 55,3% das mulheres com câncer de colo de útero possuíam de 15 até 49 anos, enquanto apenas 44,7% das pacientes diagnosticadas com a doença possuíam faixa etária a partir dos 50 anos, o que contrasta com os dados observados no nosso trabalho.

No entanto, deve-se levar em conta que os dados do INCA dizem respeito àquelas mulheres com diagnóstico tanto de neoplasias intraepiteliais quanto de câncer invasor, enquanto na nossa amostra são descritos apenas casos de câncer invasor, uma vez que a mesma foi obtida de pacientes já tratadas ou em tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia. Esse fato pode explicar o achado de maior prevalência em faixa-etária mais elevada, uma vez que a neoplasia em questão tem evolução arrastada.

Ainda no estudo citado anteriormente, das mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino de 2000 a 2009, 20,9% delas eram analfabetas e 49,0% possuía ensino fundamental incompleto, sendo este o nível de escolaridade possuindo o maior número de mulheres acometidas pela doença. Tais dados correspondem aos encontrados no nosso trabalho, segundo o qual 20,8% das pacientes são analfabetas e 41,7% possuem o ensino fundamental incompleto.

No tocante a esse tema, THULER *et al*, 2012, verificaram relação importante entre grau de escolaridade e realização do exame de Papanicolaou. A taxa de realização do exame nos últimos 3 anos entre aquelas entrevistadas que possuíam menos de 8 anos de escolaridade foi de 76,9%, enquanto que para aquelas com mais de 12 anos de estudo foi de 86,9%. ALBUQUERQUE *et al*, 2009, encontraram diferenças por grau de escolaridade, com o maior percentual de realização de exame preventivo entre as mulheres com ensino fundamental completo (71%), e os menores entre as mulheres com ensino elementar incompleto (60%). MASCARELLO *et al*, 2012, constataram que o referido câncer é mais incidente em mulheres menos escolarizadas e pertencentes a classes sociais mais baixas.

Nesse sentido, quanto menor o grau de escolaridade, maior o risco de desenvolver o câncer de colo de útero. Esse fato se reflete na construção de uma cadeia de eventos que se inicia na falta de informação, desconhecimento sobre a importância do rastreamento, e culmina no diagnóstico em estádios mais avançados de doença. A alta

prevalência de população menos escolarizada e de baixa renda na amostra do presente estudo corrobora a necessidade de implementação de medidas preventivas mais efetivas a nível de atenção primária, como busca ativa de pacientes para realização do rastreamento em intervalo de tempo adequado, além de ações de promoção e proteção à saúde.

Em relação à renda mensal das pacientes no nosso estudo, a maioria proporcional delas (50%) possuía renda mensal entre 1 e 2 salários mínimos, coincidindo, também, com o observado pela literatura brasileira, segundo a qual a maioria (62,8%) das pacientes com câncer de colo de útero referem renda mensal de 1 a 2 salários mínimos (DALLABRIDA, 2014). Entre as pacientes estudadas por BEZERRA *et al*, 65% possuía renda familiar mensal entre 1 e 3 salários mínimos, enquanto apenas 3% recebia mais de 5 salários.

Os achados socioeconômicos anteriormente listados podem ser relacionados ao menor acesso à informação por parte dessas populações, tanto com relação ao câncer de colo de útero em sí, quanto a sua possibilidade de prevenção por meio do exame citopatológico em intervalos ideais. Dessa forma, a maior prevalência nessa população estaria relacionada não às condições socioeconômicas propriamente ditas, mas às consequências socioculturais a elas entrelaçadas, tornando a mulher mais vulnerável à doença.

No tocante à religião, observamos que 70,8% das pacientes eram católicas, enquanto que 25% são evangélicas e 4,2% não possuem religião. Ainda, 83,3% das mulheres entrevistadas disseram ser praticantes de suas religiões, número superior ao encontrado na literatura brasileira acerca do tema, que mostra que, das mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino, 56,4% são praticantes de alguma religião (LUCENA, 2011).

Ao analisarmos dados do IBGE de 2012 sobre o censo demográfico de 2010 sobre religiões, em SOMAIN, 2012, podemos levantar a hipótese de que tal achado pode esconder um viés de confusão por regionalidade, já que a referência citada aponta para o fato da região nordeste, onde está localizada a cidade sede da nossa pesquisa, ainda ser a região com maior prevalência de praticantes de alguma religião, com especial destaque ao catolicismo, que ainda domina este quadro, apresentando índices que superam em proporção, inclusive, os nacionais.

Acerca da ocupação, nosso estudo encontrou que a maioria (33,3%) das mulheres entrevistadas eram autônomas e a minoria (4,2%) eram trabalhadoras com carteira assinada. Dados do Norte do país, únicos encontrados acerca do tema, informam que, das pacientes acometidas com a doença, a maioria é trabalhadora do lar (33,5%) e a minoria (7,0%) é doméstica, não sendo informado se tal trabalho se enquadra como formal ou informal.

Assim, em relação à variável *ocupação*, nos deparamos com dados contrastantes encontrados no nosso trabalho e pouco consistentes a nível nacional (LUCENA, 2011). Não

obstante, conhecendo-se a fisiopatologia da doença presente na literatura de referência, estes pesquisadores acreditam que não exista relação direta da ocupação com a patogenia da doença, sendo, no entanto, inquestionável que esse parâmetro carece de mais dados para que seja possível fazermos uma comparação estatisticamente relevante.

Das mulheres participantes do nosso estudo, 29,1% realizavam o exame preventivo anualmente antes do diagnóstico, 12,5% a cada 2 a 3 anos, 20,8% a cada 4 a 5 anos, 12,5% a cada 10 anos e os 12,5% restante não sabiam informar acerca da periodicidade com que se submetiam ao teste de Papanicolaou. Considerando que o Ministério da Saúde (INCA, 2016) recomenda que o exame seja realizado a cada 3 anos, encontramos que apenas 41,6% das pacientes realizavam o exame dentro deste período.

Pinho (2003) mostrou que, no estado de São Paulo, a prevalência de realização do Papanicolaou num período de 3 anos variava de 60,8% a 77%, valores muito além dos encontrados no nosso estudo. Além disso, de acordo com a OMS (1998), para que a cobertura do exame alcance níveis suficientes e coerentes com a necessidade da população feminina sob maior risco, esta deve chegar a cobrir adequadamente, no mínimo, 80% dessa população, percentual muito acima do observado neste trabalho. No entanto, é válido considerar que uma das limitações do nosso estudo é o fato de a informação sobre a realização do exame de Papanicolaou ter sido referida e não checada em prontuários ou registros médicos, podendo, portanto, ser sujeita a vieses de memória e de informação. A entrevistada pode ter se equivocado quanto ao tempo decorrido desde a realização do último exame, ou, ainda, dizer que realizou o exame nos últimos três anos por considerar esta conduta a adequada e esperada.

Em relação aos fatores de não adesão ao exame preventivo, na nossa amostra, os principais motivos que levaram as mulheres a não fazerem o exame com regularidade foram o constrangimento e o não conhecimento da necessidade do exame, ambos os motivos contemplando 17% dessas mulheres. Seguindo em ordem percentual, as demais razões atribuídas pelas mulheres inquiridas foram: não acreditar que seriam acometidas pela doença (15,1%), não saberem da periodicidade do exame, (11,3%), longo intervalo de tempo para serem atendidas e/ou marcarem a consulta (7,5%), falta de confiança nos profissionais, (5,7%) e falta de tempo de frequentar a unidade de saúde (5,7%). Ainda, 3,8% das pacientes alegaram dificuldade em acessar o serviço de saúde e as demais relataram que, em tendo a doença, preferiam não tomar conhecimento acerca do fato (1,9%) ou não possuíam posto de saúde em sua região (1,9%).

Estudos epidemiológicos têm caracterizado o perfil das usuárias do teste de Papanicolaou, sendo proposto um modelo explicativo de cunho muito mais individual à



insuficiente ou inadequada utilização do exame preventivo. Assim, a realização do Papanicolaou passaria a ser dependente de um conjunto de características individuais das pacientes (NASCIMENTO *et al*, 1996; LANTZ; WEIGERS, 1997). Seguindo tal vertente, revisão sistemática de Martins *et al* (2005) mostrou que, no Brasil, os fatores associados à não submissão ao exame de Papanicolaou englobam: idade baixa ou elevada, baixo nível socioeconômico, ausência de problemas ginecológicos, vergonha ou medo em relação ao exame, dificuldade de acesso ao serviço de saúde e ausência de solicitação médica. Já no estudo realizado por Pinho *et al*, observou-se que os principais motivos foram: não ter problemas ginecológicos, ter vergonha ou medo de realizar o exame e referir dificuldade de acesso à unidade de saúde. Paula e Madeira (2003) verificaram que as percepções que elas trazem em relação ao preventivo interferem diretamente em seus comportamentos durante o exame. Dessa forma, vergonha, ansiedade, medo ou tranquilidade também são, além de vividos, externalizados. Peloso e colaboradores (2004) consideram que o medo e a vergonha das mulheres no momento da exposição aos exames podem estar relacionados à impessoalidade do procedimento, que é invasivo, expõe o corpo e aborda a questão da sexualidade, condições que envolvem temas que ainda são tabus para a mulher, referentes à exposição de seu corpo.

Além dos fatores elucidados, Becker e Rosenstock (1977) enunciaram que o comportamento preventivo em saúde decorre de quatro tipos de crenças dos indivíduos: percepção da severidade da doença, de sua susceptibilidade, dos benefícios/eficácia da ação preventiva e das barreiras a essa ação, crenças que, no nosso estudo, não foram apontadas pelas mulheres como razão de não aderirem ao teste de Papanicolaou.

Por fim, nos estudos encontrados pelos pesquisadores deste trabalho, observou-se que a maioria deles voltou-se a um modelo teórico de cunho individual, enfatizando características sociodemográficas e comportamentais, sem levar em consideração outras dimensões importantes associadas à dificuldade de acesso ao exame de Papanicolaou sob um aspecto organizacional ou programático (PINHO, 2003). Exceção a isso foram os estudos de Lantz e Weigers (1997), que denotaram que uma prática preventiva ineficaz pode estar associada às dificuldades geográficas em acessar o serviço de saúde, bem como a um longo período de espera para ser atendida ou marcar uma consulta, disponibilidade de recursos materiais e humanos ou problemas na relação médico/instituição-paciente. No nosso estudo, apesar de a maioria dos motivos de não adesão apontados pelas mulheres voltarem-se a justificativas de cunho individual, conforme encontrado na maioria dos trabalhos, fatores como falta de confiança nos profissionais, dificuldade de acesso ao serviço de saúde e ausência de posto de saúde em suas regiões também foram relatados e, dessa forma, não devem ser negligenciados.

Quanto ao estadiamento da doença no momento do diagnóstico, nossos dados revelam que 41,6% das pacientes receberam o diagnóstico ainda no estágio I da doença, 12,5% no estágio 2, e 46% no estágio III ou superior. O fato da amostra ter sido colhida em serviço de referência regional pode esconder um viés de seleção. No entanto, dados da literatura mundial corroboram o nosso achado. THULER *et al*, 2012, também encontrou o estágio III como o mais prevalente no diagnóstico em sua população. Pesquisa envolvendo 89 hospitais, publicada por Thuler em 2005, revelou que, das pacientes atendidas de 1995 a 2002, 45,5% apresentavam doença em estágio III ou IV no momento do diagnóstico.

Ainda nesse contexto, CALAZAN *et al*, 2008, apresentaram resultados de estudo realizado no estado do Rio de Janeiro entre 1999 e 2004 que revelou que 28% das pacientes entrevistadas apresentavam câncer estágio III ou IV ao diagnóstico. MURTA *et al* também encontraram resultados semelhantes, com a maioria dos casos diagnosticados em estágio avançado. Enquanto isso, estudo americano realizado com 833 pacientes por LEYDEN *et al*, 2005, revelou que no momento do diagnóstico 65% das pacientes apresentavam doença localizada, 25% doença regional, e apenas 7% apresentavam metástases à distância.

Esses dados apontam para um cenário preocupante de percentuais elevados de casos em estágio avançado, sobretudo se comparados àqueles descritos em países desenvolvidos. A desigualdade no acesso aos serviços de saúde é tema bastante relevante nesse contexto, podendo ajudar a explicar os índices elevados de diagnóstico em estágios avançados, além da alta incidência e mortalidade devido essa doença no Brasil.

Ao fazer análise multivariável, encontramos relação estatisticamente significativa entre a paridade da paciente e o estágio de detecção do câncer. Tal achado é corroborado pela literatura mundial em várias vertentes. CANTANEDA-INIGUEZ *et al*, 1998, demonstraram que a alta paridade (definida pelos autores como maior ou igual a 12) está relacionada com a maior incidência de CCU. No estudo de MURTA *et al* com pacientes com diagnóstico de câncer invasor, a maioria das mulheres estudadas apresentava número de partos maior ou igual a 4.

Além disso, há indícios de que a multiparidade esteja relacionada à maior realização do exame preventivo, como encontrado por ALBUQUERQUE *et al*, 2009, onde os maiores índices de não realização do exame de Papanicolaou foram entre as nulíparas (cobertura de apenas 29%). O fato da realização do exame preventivo acontecer associado às atividades de rotina do atendimento obstétrico ou de planejamento familiar pode refletir o achado de maiores taxas de realização do exame nas pacientes com paridade positiva.

O presente estudo não apontou para dependência estatística entre idade da primeira relação sexual e estágio do diagnóstico do câncer. No entanto, a literatura acerca do tema aponta

para um maior risco de câncer invasor na população com sexarca antes dos 18 anos, quando o início da vida sexual é considerado precoce, pois a cérvix uterina ainda não está completamente formada e os níveis hormonais estabilizados. A zona de transformação nessas mulheres está em processo de metaplasia jovem, onde o surgimento de lesões intraepiteliais neoplásicas podem progredir mais rapidamente por causa da imaturidade da cérvix.

Nosso estudo também evidenciou independência entre o número de parceiros sexuais e o estágio no diagnóstico. É sabido que este se constitui em um tópico constrangedor na entrevista, sendo passível de viés de informação, além da possibilidade de viés de memória. Vários autores apontaram aumento no número de lesões cervicais em mulheres com mais de 2 parceiros. BEZERRA *et al* verificou que, em sua amostra, 32% das mulheres tiveram apenas 1 parceiro em toda a vida, 49% tiveram de 2 a 4 parceiros, 11% de 5 a 9 e 8% mais de 10 parceiros. Um dado importante que acaba sendo de difícil aferição é a quantidade de parceiras que os companheiros dessas mulheres tiveram, além da informação se foram relações protegidas ou não, o que pode representar um viés de confusão.

Apesar deste estudo também não ter verificado dependência entre uso de contraceptivos e o grau da doença, sabe-se que hormônios esteroides administrados na forma de ACO aumentam a atividade transformadora dos oncogenes do HPV (BRITO, 2010). GOMES, 2003, em seu estudo realizado com 422 mulheres verificou que o ACO aumentou em quatro vezes o risco para carcinoma de colo uterino. Das pacientes com diagnóstico entrevistadas por BEZERRA *et al*, 57% não faziam uso de nenhum método. Dentro do outro grupo, 56% usavam ACO, 13% faziam uso de DIU e 6% anticoncepcional na forma injetável. O questionamento aqui gira em torno de até que ponto o aumento é causado pelo método contraceptivo e o quanto é causado pelo aumento do número de relações desprotegidas.

Outro dado encontrado que vai de encontro ao senso comum atual é a independência entre o tabagismo e a gravidade da doença no momento do diagnóstico. BEZERRA *et al* também não constatou número significativo de mulheres tabagistas, correspondendo a apenas 19% da sua amostra, enquanto 81% não referiram tabagismo atual ou prévio. No entanto, LOVEJOY, 1994, já apontava para o fato de mulheres fumantes e com parceiros fumantes apresentarem maior risco de CCU. O aumento do uso de tabaco e o aumento da incidência de HPV e de lesões cervicais também já foi demonstrado por Aleixo-Neto; Derchain *et al* e Murta *et al*. O hábito de fumar causa danos funcionais ao organismo, assim como o aumento do risco de desenvolvimento de tumores. Além disso, apresenta papel imunomodulador por redução da atividade das células de Langerhans. A nicotina facilita a infecção e sua persistência pelo HPV,

pois induz a um aumento da atividade mitótica do epitélio cérvico-vaginal, além do já citado efeito depressor do sistema imunológico.

Em nosso estudo, avaliou-se, também, a associação entre a periodicidade com a qual as pacientes realizavam o exame preventivo e o estágio da doença no momento do diagnóstico, sendo visto que esta é dependente daquela ( $p=0,04$ ). A maioria das pacientes que faziam exames anuais ou entre 2 e 3 anos, conforme orientado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), detectaram o CCU em estádios com níveis inferiores ou iguais ao nível IB2/T1b2. Já a maioria das pacientes que faziam exames entre 6 e 10 anos ou mais de 10 anos descobriram o CCU em estádios com níveis superiores ou iguais ao nível IIIB/T3b. Não foram encontrados pelos pesquisadores, na literatura, dados que associassem, diretamente, tais variáveis. No entanto, sabe-se que o CCU inicia-se a partir de uma lesão pré-invasiva, que normalmente progride lentamente, por anos, antes de atingir o estágio invasor da doença. Barron e Richart (1968) mostraram que, na ausência de tratamento, o tempo mediano entre a detecção de uma displasia leve (HPV, NIC I) e o desenvolvimento de carcinoma *in situ* é de 58 meses, enquanto para as displasias moderadas (NIC II) este tempo é de 38 meses e, nas displasias graves (NIC III), de 12 meses.

Ainda nesse sentido, O Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos (NCI, 2000) calcula que 10% dos casos de carcinoma *in situ* evoluirão para câncer invasor no primeiro ano, enquanto que 30% a 70% terão evoluído decorridos 10 a 12 anos, caso não seja oferecido tratamento. Assim, considerando que o CCU é uma doença que se desenvolve lentamente, sendo assintomática, especialmente, nos seus estágios iniciais (INCA, 2011), é factível concluir que a inadequada periodicidade na realização do exame preventivo permite que a doença progrida silenciosamente por anos, até que os primeiros sintomas comecem a aparecer, sinalizando a gravidade da doença, ou até que o teste de rastreio seja realizado, permitindo o tratamento adequado antes mesmo da manifestação dos sintomas.

## 7 CONCLUSÃO

O Perfil Epidemiológico das pacientes demonstrou que a maioria das mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino tratadas ou em tratamento em serviços de referências de Campina Grande-PB encontrava-se na faixa etária igual ou maior do que 50 anos, era procedente de outras cidades que não Campina Grande, professava a religião católica, sendo praticante da sua religião, tinha baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto ou sem escolaridade), exercia ocupação como autônoma, tinha renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos ou menos.

A maioria absoluta das inquiridas relatava que existia um posto de saúde próximo à sua residência, mas apesar disso, um maior percentual delas não fazia exames de Papanicolaou com a frequência recomendada pelo Ministério da Saúde. Os fatores relacionados à não adesão ao exame anual foram, na maioria dos casos, o *desconhecimento da necessidade* da frequência anual do exame, *constrangimento* com relação à submissão ao exame e *não acreditar que teriam a doença*, entre outros menos citados.

Com relação à associação de outras variáveis com o estadiamento do CCU quando da detecção do mesmo, foi fator associado a *frequência com que a paciente fazia o exame de Papanicolaou*, sendo uma maior frequência da realização do exame, associada a um menor nível de estadiamento da doença. Fatores como *idade da primeira relação sexual*, *número aproximado de parceiros*, *idade da primeira gestação*, *tabagismo*, *uso de ACO* e *uso de DIU* foram independentes.

Um maior percentual da amostra estudada teve um número de gestações igual ou maior que 3 gestações. Nota-se, entretanto, que quando relacionado à variável *estadiamento* do CCU em sua detecção, as duas maiores frequências estão entre mulheres que tiveram *duas gestações* (Estadiamento IB1/T1b1), seguido por ou *5 ou mais gestações* (Estadiamento IIIB/t3b). Observa-se assim, que mesmo sendo detectado o CCU com uma maior frequência entre mulheres com duas gestações, o estadiamento do mesmo é mais grave quando detectado entre mulheres com número de gestações maior ou igual a 5.

Por todo o exposto, o baixo nível de conhecimento e a maior quantidade de gestações, assim como a não adesão à frequência recomendada pelo Ministério da Saúde para a submissão ao exame de Papanicolaou, parecem estar relacionados tanto com a maior prevalência, quanto com o estágio mais grave de detecção do câncer uterino na população estudada.

Devido ao número amostral haver sido pequeno, faz-se necessária a realização de outros estudos, para a consolidação dos resultados encontrados.

## 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**, Rio de Janeiro, v. 25, Sup 2, pag. S301-S309. 2009.

AN ADVISORY COMMITTEE. Statement on human papilloma virus vaccine. **Canada Communicable Disease Report**, v. 33, n. 2, p. 1-132, 2007.

AQUINO, E. M. L.; CARVALHO, A. I.; FAERSTEIN, E.; RIBEIRO, D. C. S; Situação atual da detecção precoce do câncer cérvico-uterino no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 1, p. 53-65, 1986.

BARRON, B.A.; RICHART, R.M; A statistical model of the natural history of cervical carcinoma based on a prospective study of 557 cases. **J Natl Cancer Inst**, vol. 41, n. 6, p. 1343-1353, 1968.

BECKER, M. H.; ROSENSTOCK, I. M. Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. **Med Care**, v. 15, n, 5, p. 27-46. 1977.

BEZERRA, S. J. S. *et al.* Perfil de mulheres portadoras de lesões cervicais por hpv quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino. **DST – J Bras Doenças Sex Transm**. V. 17, n. 2, pag. 43-148. 2005.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília, 1984.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Falando sobre o câncer do colo do útero. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Diretrizes para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais. Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Meninos também serão vacinados contra HPV. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/25953-meninos-tambem-serao-vacinados-contrahpv>>. Acesso em: 11/01/2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde amplia vacinação de HPV para homens e mulheres até 26 anos. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/29280-saude-amplia-vacinacao-de-hpv-para-homens-e-mulheres-ate-26-anos>>. Acesso em: 23 de novembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006.

BRENNA, S. M. F; HARDY, E.; ZEFERINO, L. C.; NAMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 909-914, 2001.

BRITO, S. et al. Fatores de risco para câncer de colo uterino em mulheres com HIV. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. vol. 11, n. 1, pag. 191-199. 2010.

CALAZAN, C; LUIZ, R.R; FERREIRA, I. O diagnóstico do câncer do colo uterino invasor em um Centro de Referência Brasileiro: tendência temporal e potenciais fatores relacionados. **Rev bras cancerol.** V. 54, n. 4, pag. 325-331. 2008.

CATANEDA-INIGUEZ, M.S; TOLEDO-CISNEROS, R; AGUILERA-DELGADILHO, M. risk factors for cervico-uterine cancer in women in Zacatecas. **Salud Publica Mex.** V. 40, pag. 330-338. 1998.

CESAR, J.A.; HORTA, B.L.; GOMES, G.; HOUTHAUSEN, R.S.; WILLRICH, R.M.; KAERCHER, A.; IASTRANSKI, F.M.; Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 19, n. 5, p. 1365-1372, set-out. 2003.

DALLABRIDA, F. A; LORO, M. M; ROSANELLI, C. L. S. P; SOUZA, M. M; GOMES, J. S.; KOLANKIEWICZ, A. C. B. Qualidade de vida de mulheres tratadas por câncer do colo de útero. **Rev Rene.** V. 15, n. 1, pag. 116-122. 2014.

ELEUTÉRIO J. J. **Noções básicas de citologia ginecológica.** São Paulo: Livraria Santos Editora, 2003. 161 p.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública – práticas de enfermagem.** 4. ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2004.

GAMARRA, C.J.; VALENTE, J.G.; SILVA, G.A.; Magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero na região nordeste do Brasil e fatores socioeconômicos. **Revista pan-americana salud publica.** v. 28, n. 2, p. 100-106, 2010.

GOMES, F.A.M. Fatores associados à infecção clínica e subclínica do trato genital feminino pelo papiloma vírus humano. DST- **J bras. Doenças Sex. Transm** v. 15, n. 1, pag. 16-22. 2003.

HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia.** 2. ed. São Paulo: Roca, 1994. 2 v.



HERNANDEZ-HERNANDEZ, D. M.; GARCIA-ELIZONDO, M. R.; ORNELASBERNAL, L.; HERNANDEZ-ALEMAN, .F; GONZALEZ-LIRA, G.; MARTINEZ-GARCIA, M. C. Factors associated with non-use of Pap test. a population survey. **Arch Med**, v. 29, n. 3, p. 263-270, 1998.

INCA. Atlas de mortalidade por câncer. Disponível em:  
<<http://www1.inca.gov.br/vigilancia/mortalidade.asp>>. Acesso em: 14/01/2017;

INCA. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Disponível em:  
<<http://www1.inca.gov.br/vigilancia/incidencia.asp>>. Acesso em: 14/01/2017.

KOSS, Leopold G.; GOMPEL, Claude. **Introdução à citopatologia ginecológica com correlações histológicas e clínicas**. São Paulo: Roca, 2006. 216 p.

INSTITUTO DANTE PAZZANESE, LABORATÓRIO DE EPIDEMIOLOGIA E ESTATÍSTICA. Disponível em:  
<[http://www.lee.dante.br/pesquisa/amostragem/di\\_1\\_pro\\_tes.html](http://www.lee.dante.br/pesquisa/amostragem/di_1_pro_tes.html)>. Acesso em 14 de abril de 2017.

LANTZ, P. M.; WEIGERS M. E.; HOUSE, J. S; Education and income differentials in breast and cervical cancer screening. **MedCare**, v. 35, n. 3, p. 219-236, 1997.

LEYDEN, W. A.; MANOS, M. M; GEIGER, A. M; WEINMANN, S; MOUCHAWAR, J; BISCHOFF, K. et al. Cervical cancer in women with comprehensive health care access: attributable factors in the screening process. **J Natl Cancer Inst.** v. 97, n. 9, pag. 675-683. 2005.

LINHARES, A.C.; VILLA, L.L. Vacinas contra rotavírus e papilomavírus humano (HPV). **J Pediatr**, v.82, n.3, p.25-34, 2016.

LOVEJOY, N. C. Precancerous and cancerous cervical lesions: the multicultural male risk factor. **Oncol Nurs Forum.** V. 21, pag. 497-504. 1994.

LOWY D. R., SCHILLER J.T. Prophylactic human papillomavirus vaccines. **J ClinInvest**, v. 116, n. 5, p. 1167-1173.

LUCENA, L. T., *et al.* Fatores que influenciam a realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino em Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, vol. 2, n. 2, p. 45-50, 2011.

MASCARELLO, K.C; SILVA, N.F; PISKE, M.T; VIANA, K.C.G; ZANDONADE, E; AMORIM, M.H.C. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero associado ao estadiamento inicial. **Rev Bras Cancerol**. V. 58, n. 3, Pag. 417-426. 2002.

MENDONÇA, M; CAMARGO, R. C; FERREIRA, R. C; SILVA, R. E. Tabagismo e sua inter-relação com doenças ginecológicas. **J Bras Med**. V. 86, n. 3, pag. 60-63. 2004

MARTINS, L.F.L, *et al.* Cobertura do exame Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática. **Rev Bras Ginecol Obstet**, vol. 27, n. 8, p. 485-492, 2005.

MUNOZ, N.; CASTELLSAGUE, X.;GONZALEZ, A.B.; GISSMANN, L. Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. **Science Direct**, v. 24, n.2, p. 1-10, 2006.

MURTA, et al. Câncer do Colo Uterino: Correlação com o Início da atividade Sexual e Paridade. **RBGO**. v. 21, nº 9, 1999.

NASCIMENTO, C. M.; ELUF-NETO, J.; REGO RA. Cobertura do teste de Papanicolaou no município de São Paulo e características das mulheres que realizaram o teste. **Bol Ofic Sanit Panam**, v. 121, p. 491-499, 1996.

NASCIMENTO, M. I.; SILVA, G. A.; MONTEIRO, G. T. R. História prévia de realização de teste de Papanicolaou e câncer do colo do útero: estudo caso-controle na Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 10, 2012.

NATIONAL CANCER INSTITUTE (US). Physician statement: cervical câncer. Disponível em: <[http://cancer.med.upenn.edu/pdq\\_html/1/engl/100103-3.html#Stage\\_0](http://cancer.med.upenn.edu/pdq_html/1/engl/100103-3.html#Stage_0)>. Acesso em: 10 de abril de 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). OPAS/OMS reforça a eficácia e segurança da vacina contra o HPV, 2016. Disponível em:

<[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4974%3Aopas-oms-refora-a-a-efica-cia-e-segurana-a-da-vacina-contra-o-hpv&Itemid=821](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4974%3Aopas-oms-refora-a-a-efica-cia-e-segurana-a-da-vacina-contra-o-hpv&Itemid=821)>. Acesso em: 12/01/2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Manual de Prevenção e Controle de Cânceres Comuns. p. 8-31. Genebra: OMS. 1998.

PAPANICOLAOU, G. N. New cancer diagnosis. **Race Betterment Conference**, v. 3, p. 528-534, 1928.

PARKIN, D. M.; BRAY, F; FERLAY, J; PISANI, P. Global Cancer Statistics, 2002. **Cancer Clinical Journal**. V. 55, n. 2, p. 74-108. 2005.

PAULA, A.F.; MADEIRA, A.M.F. O exame colpocitológico sob a ótica da mulher que o vivencia. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, vol. 37, n. 3, p. 88-96, 2003.

PELLOSO, S.M; CARVALHO, M.D.B.; HIGARSHI, I. H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 319-324, 2004.

PINELLI, F. das G. S. Promovendo a saúde. In: BARROS, S. M. O. MARIN, ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**, São Paulo: Roca, 2002.

PINHO, A. A.; FRANÇA-JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero. **Rev. bras. Saúde matern. infant.**, v. 3, n. 1, p. 95-112, 2003.

SANKARANARAYANAN, R; FERLAY, J. Worldwide burden of gynaecological cancer: the size of the problem. **Best Pract Res ClinObstetGynaecol**, v. 20, p. 207-225, 2006;

SEOW, A.; WONG, M. L.; SMITH, W. C. S; LEE, H. P; Beliefs and attitudes as determinants of cervical cancer screening: a community-based study in Singapore. **PrevMed**, v. 24, n. 2, p. 134-141, 1995.

SHIRATA, N. K; PEREIRA, S. M. M.; CAVALIERE, M. J.; LONGATTO FILHO, A.; UTAGWA, M. L.; SHIH, L. W. S.; SAKAMOTO, M. Y. Celularidade dos esfregaços cervicovaginais: importância em programas de garantia de qualidade em citopatologia. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 108, n. 3, p. 63-66, 1998.

SMELTZER, S.C., BARE, B.G., HINKLE J.L., CHEEVER K.H. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11 edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 2396 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. Verdades, mitos e dúvidas sobre a vacina contra o HPV, [201-]. Disponível em: <<http://familia.sbim.org.br/noticias/138-verdades-mitos-e-duvidas-sobre-a-vacina-contra-o-hpv>>. Acesso em: 14/01/2017.

SOLOMON D, PAPILO J, DAVEY D, on behalf of the Cytopathology Education and Technology Consortium. Statement on HPV DNA Test Utilization. **Am J Clin Pathol**, v. 131, p. 768-769, 2009.

SOLOMON, D.; NAYAR, R. Sistema Bethesda para Citopatologia Cervico vaginal: definições, critérios e notas explicativas. 2.ed. Rio de Janeiro: **Revinter**, 2005. 192 p.

SUAREZ, L.; ROCHE, R. A.; NICHOLS D; SIMPSON, D. M. Knowledge, behavior, and fears concerning breast and cervical cancer among older low-income Mexican-American women. **Am J PrevMed**, v. 13, n. 2, p. 137-142, 1997.

THULER, L. C. S; MENDONÇA, G. A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Rev bras ginecol obstet**. V. 27, n. 11, pag. 656-660. 2005.

THULER, L.C.S.; Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. **Revista brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 30, n. 5, p. 216-218. 2008.

THULER, L.C. S; BERGMANN, A.; CASADO, A. Perfil das Pacientes com Câncer do Colo do Útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de Base Secundária. **Revista Brasileira de Cancerologia**, vol. 58, n. 3, p. 351-357, 2012.

WILCOX, L. S.; MOSHER, W. D.; Factors associated with obtaining health screening among women of reproductive age. **Public Health Rep**, v. 29, n. 3, p. 76-86, 1998.

## 8 APÊNDICE

### EXAME DE PAPANICOLAOU COMO FATOR DE PREVENÇÃO AO CÂNCER DE COLO UTERINO EM MULHERES ATENDIDAS EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM CAMPINA GRANDE-PB: FATORES DE ADESÃO E RISCO AO CÂNCER

**Nome do entrevistador:** \_\_\_\_\_

**Data da entrevista:** \_\_\_\_\_

**Nome da voluntária:** \_\_\_\_\_

**Endereço de e-mail:** \_\_\_\_\_

**Idade:**( ) menos de 18 anos ( ) 18 - 24 anos ( ) 25 - 29 anos ( ) 30 - 39 anos ( ) 40 - 49 anos ( ) 50 ou mais

**Procedência:** \_\_\_\_\_

**Há posto de saúde perto da sua casa?** ( ) Sim ( ) Não

**Religião:**( ) Não possui ( ) Católica ( ) Evangélica ( ) Espírita ( ) Outra

**Praticante da religião?**( ) Sim ( ) Não

**Escolaridade:**( ) sem escolaridade ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino fundamental completo ( ) ensino médio incompleto ( ) ensino médio completo ( ) ensino superior incompleto ( ) ensino superior completo ( ) pós graduação

**Atividade profissional principal:**( ) Não se aplica ( ) Funcionária pública ( ) Autônoma ( ) Trabalhadora com carteira ( ) Dona de casa ( ) Aposentada ( ) Desempregada ( ) Voluntária ( ) Outros

**Renda mensal familiar:**( ) Menos de 1 salário mínimo ( ) 1 – 2 salários mínimos ( ) 3 – 4 salários mínimos ( ) 5 – 6 salários mínimos ( ) Mais de 6 salários mínimos

**Quantas pessoas vivem com a renda?**( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ou mais

**Número de gestações:**( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ou mais

**Idade da primeira gestação:**( ) Menos de 14 anos ( ) 14 – 17 anos ( ) 18 – 24 anos ( ) 25 – 29 anos ( ) 30 – 39 anos ( ) 40 anos ou mais

**Idade da primeira relação sexual:**( ) Menos de 14 anos ( ) 14 – 17 anos ( ) 18 – 24 anos ( ) 25 – 29 anos ( ) 30 – 39 anos ( ) 40 anos ou mais

**Número aproximado de parceiros:**( ) 1 – 2 ( ) 3 – 5 ( ) 6 – 8 ( ) 9 ou mais

**É ou já foi tabagista?**( ) Sim ( ) Não

**Estádio da doença no momento do diagnóstico:**( ) 0 ( ) IA/T1a ( ) IA1/T1a1 ( ) IA2/T1a2 ( ) IB/T1b ( ) IB1/T1b1 ( ) IB2/T1b2 ( ) II/T2 ( ) IIA/T2a ( ) IIA1/T2a1 ( ) IIA2/T2a2 ( ) IIB/T2b ( ) III/T3 ( ) IIIA/T3a ( ) IIIB/T3b ( ) IIIB/N1 ( ) IV ( ) IVA/T4 ( ) IVB/M1.

**Como descobriu a doença?**( ) Exame preventivo ( ) Apresentação de sintomas ( ) Outros

**Primeiro sintoma referido:**( ) não se aplica ( ) sangramento vaginal intermitente ( ) sangramento vaginal após a relação sexual ( ) dor durante a relação sexual ( ) secreção vaginal anormal ( ) dor pélvica ( ) dor pélvica associada a queixas urinárias ( ) ausência de menstruação ( ) aumento da intensidade do fluxo menstrual ( ) sintomas constitucionais (fadiga, perda de peso, náuseas) ( ) outros.

**Diagnóstico:**( ) Menos de 14 anos ( ) 14 – 17 anos ( ) 18 - 24 anos ( ) 25 - 29 anos ( ) 30 - 39 anos ( ) 40 anos ou mais

**Já fez uso de ACO?**( ) Sim ( ) Não

**Já fez uso de DIU?**( ) Sim ( ) Não

**Conhecia o exame Papanicolaou?**( ) Sim ( ) Não

**Sabia para quê serve o exame Papanicolaou?**( ) Sim ( ) Não

**Você já havia recebido orientações de algum profissional de saúde quanto à periodicidade de realização do exame de Papanicolaou?**( ) Sim ( ) Não

**Já fez Papanicolaou alguma vez?**( ) Sim ( ) Não

**Com que frequência?**( ) anual ( ) 2 – 3 anos ( ) 4 – 5 anos ( ) 6 – 10 anos ( ) mais de 10 anos

**Há quanto tempo havia feito o último antes do diagnóstico de cancer de colo uterino?**( ) 1 ano ( ) 2 – 3 anos ( ) 4 – 5 anos ( ) 6 – 10 anos ( ) mais de 10 anos

**Por qual motivo você não aderiu à realização do exame preventivo de colo de útero?** ( ) Não se aplica ( ) Não sabia da necessidade do mesmo ( ) Não sabia a respeito da periodicidade do mesmo ( ) Achava que não seria acometida pela doença ( ) Acreditava que o câncer era incurável, mesmo sendo detectado precocemente ( ) constrangimento ( ) Falta de confiança nos profissionais de saúde da unidade básica ( ) Preferia não saber / negação ( ) Dificuldade geográfica em acessar o serviço ( ) Não havia posto de saúde na região ( ) Longo período para ser atendida / marcar consulta ( ) Falta de tempo ( ) Outros.

## 9 ANEXOS



### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**(De acordo com os critérios da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)**

Cara senhora, você está sendo convidada, como voluntária, a participar da pesquisa: **“Exame de Papanicolaou como fator de prevenção ao câncer de colo uterino em mulheres atendidas em serviços de referência em Campina Grande-PB: fatores de adesão e risco ao câncer”**.

#### **JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS**

O motivo que nos leva a estudar a temática é a possibilidade de analisar o conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou por parte da população feminina de Campina Grande-PB e a sua associação com a prevenção do câncer de colo uterino nessa população.

A coleta de dados será realizada pelos pesquisadores responsáveis através de um formulário contendo quesitos relacionados à prática do exame de Papanicolaou, o qual será respondido por mulheres tratadas ou em tratamento para o câncer de colo uterino em serviços de referência de Campina Grande-PB. Ainda, se julgado necessário pelos pesquisadores, serão consultados os prontuários de tais pacientes para que se colham informações a respeito da história da doença das mesmas.

#### **DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS**

Os riscos envolvidos são mínimos e envolvem a possibilidade de desconforto ou constrangimento da paciente durante a realização do questionário.

Os benefícios incluem o conhecimento a respeito da prevalência do exame Papanicolaou na cidade de Campina Grande e os motivos que levam à não realização do mesmo. Assim, sendo conhecidos, tais motivos poderão, futuramente, ser contornados, a fim de que o exame de prevenção de colo de útero seja realizado em maior número, o que acarreta benefício para a população feminina, que passará a ter uma maior cobertura de prevenção.

#### **GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO**

A senhora será esclarecida sobre o que desejar, sendo livre para recusar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a participação não será liberado sem sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento informado será arquivada.



## **CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS**

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro às voluntárias deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros às voluntárias e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da instituição responsável.

## **DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE**

Eu, \_\_\_\_\_ portadora do RG nº \_\_\_\_\_, declaro que fui informada dos objetivos e finalidade da pesquisa “**Exame de Papanicolaou como fator de prevenção ao câncer de colo uterino em mulheres atendidas em serviços de referência em Campina Grande-PB: fatores de adesão e risco ao câncer**” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e alterar minha decisão, sem que isso venha prejudicar meu atendimento nos serviços públicos de saúde. O(a) pesquisador(a) \_\_\_\_\_ certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo pesquisador responsável. Em caso de dúvidas, poderei contatar a equipe científica através da pesquisadora Deborah Rose Galvão Dantas, no número (83) 98803-7072 ou no endereço Avenida Juvêncio Arruda, nº 795 Bodocongó, Campina Grande-PB, CEP 58429-600 ou, ainda, poderei contatar o CEP/HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos na rua Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, Campina Grande-PB ou no telefone: (83) 2101-5545.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com os pesquisadores. Vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Campina Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

**DéborahRose Galvão Dantas**  
(Pesquisadora responsável)

---

Assinatura do Participante

---

Testemunha 1

---

Testemunha 2

Assinatura dactiloscópica do participante da pesquisa (OBS: utilizado apenas nos casos em que não seja possível a coleta da assinatura do participante da pesquisa).

