



ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E GINECOLÓGICOS DE MULHERES COM NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL DE BAIXO GRAU

SOCIO-DEMOGRAPHIC AND GYNECOLOGIC ASPECTS OF WOMEN WITH LOW-GRADE CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y GINECOLÓGICOS DE MUJERES COM NEOPLASIA INTRA-EPITELIAL CERVICAL DE BAJO GRADO

Roberta Grangeiro de Oliveira¹, Samira Rocha Magalhães², Kelcione Pinheiro Lima³, Natasha Marques Frota⁴

RESUMO

Objetivo: analisar os aspectos sociodemográficos e ginecológicos de mulheres portadoras de NIC I. **Método:** estudo descritivo, documental e retrospectivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram obtidos através da análise de prontuários de mulheres com diagnóstico de NIC I, totalizando 123 prontuários. Os resultados foram apresentados em tabelas com frequência absoluta e relativa e discutidos de acordo com a literatura. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo 199/08. **Resultados:** a maioria dos casos de NIC I ocorreu em mulheres com até 35 anos (71,5%), alfabetizadas (68,3%), que moravam com o companheiro (52,0%) e com renda até três salários mínimos (66,6%). Destas, 61% iniciou a vida sexual antes dos 17 anos, teve reduzida variedade de parceiros e apenas 23,6% utilizava o preservativo. **Conclusão:** os resultados ratificaram o perfil de uma população vulnerável a aquisição de NIC I com condições socioeconômicas e da vida sexual predisponentes a alguns fatores de risco. **Descritores:** Saúde da Mulher; Perfil de Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze the socio-demographic and gynecological aspects of women with CIN I. **Method:** descriptive, retrospective and documentary study, with a quantitative approach. The data were obtained through the analysis of medical records of women diagnosed with CIN I, totaling 123 records. The results were presented in tables with absolute and relative frequency and discussed according to the literature. The project was approved by the Research Ethics Committee, Protocol 199/08. **Results:** most cases of CIN I occurred in women up to 35 years old (71.5%), literate (68.3%), who lived with the partner (52.0%) and with income up to three minimum wages (66.6%). Of these, 61% started sexual life before 17 years old, had reduced variety of partners and only 23.6% used a condom. **Conclusion:** the results ratified the profile of a population vulnerable to acquisition of CIN I with socioeconomic conditions and sex life some predisposing risk factors. **Descriptors:** Women's Health; Health profile; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar los aspectos socio-demográficos y ginecológicos de mujeres portadoras de NIC I. **Método:** estudio descriptivo, documental y retrospectivo, con enfoque cuantitativo. Los datos fueron obtenidos a través del análisis de prontuarios de mujeres con diagnóstico de NIC I, totalizando 123 prontuarios. Los resultados fueron presentados en tablas con frecuencia absoluta y relativa y discutidos de acuerdo con la literatura. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, Protocolo 199/08. **Resultados:** la mayoría de los casos de NIC I se dieron en mujeres con hasta 35 años (71,5%), alfabetizadas (68,3%), que vivían con el compañero (52,0%) y con renta hasta tres salarios mínimos (66,6%). De estas, 61% inició la vida sexual antes de los 17 años, tuvo reducida variedad de compañeros y apenas 23,6% utilizaba el preservativo. **Conclusión:** los resultados ratificaron el perfil de una población vulnerable a adquisición de NIC I con condiciones socioeconómicas y de la vida sexual predisponentes a algunos factores de riesgo. **Descritores:** Salud de la Mujer; Perfil de Salud; Enfermería.

¹Enfermeira, Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza/UNIFOR. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: roberta_grangeiro@hotmail.com; ²Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: samira_magalhaes@hotmail.com; ³Enfermeira, Especialista em Enfermagem Neonatal. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: kelcione@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/PPGENF/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: enfanatashafrota@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O câncer cervical é o segundo mais comum em mulheres em todo o mundo. Mais de 500.000 novos casos são diagnosticados a cada ano, com cerca de 274 000 mortes, 88% das mortes ocorreram em países em desenvolvimento, dos quais 53 000 ocorreram na África, 31 400 na América Latina e no Caribe, e 159 800 na Ásia, na África Oriental, Centro-Sul, Ásia e Melanésia, por isso, é o mais recorrente nas mulheres.¹

No Brasil, em 2012, foram esperados 17.540 casos novos de câncer de colo do útero (CCU), com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres. Em 2009, esta neoplasia representou a terceira causa de morte por câncer em mulheres, com 5.063 óbitos, representando a taxa bruta de mortalidade de 5,18 óbitos para cada 100 mil mulheres. Com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de 275 mil mulheres por ano.²

Sabe-se que o surgimento do CCU está relacionado ao comportamento sexual das mulheres e a transmissão de agentes infecciosos. Na maioria dos casos, a presença da infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV) é apontada como fator de risco desencadeante do CCU. Além disso, podem-se citar outros fatores como: o tabagismo, baixa ingestão de vitaminas, multiplicidade de parceiros sexuais, início da atividade sexual precoce, uso de contraceptivos orais, predisposição genética, além do baixo nível socioeconômico.³

Diferentemente dos outros cânceres humanos, o câncer cervical é, em princípio, uma doença evitável, visto que apresenta evolução lenta com longo período desde o desenvolvimento das lesões precursoras ao aparecimento do câncer.⁴ Portanto, a sua prevenção é potencialmente eficaz.⁵

No que se refere às estratégias de controle de lesões precursoras para o CCU, destaca-se o exame de Papanicolaou que consiste em analisar as alterações celulares das regiões da cérvix e vagina, através da coleta de material celular, em busca da presença de qualquer doença que afete a região, como as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), papilomatose e o HPV, além das alterações apresentadas nas diferentes fases do ciclo menstrual.⁶⁻⁷ É possível detectar lesões de colo pré-invasivas que são curáveis em até 100% dos casos. As lesões cervicais precursoras apresentam-se em graus evolutivos, sendo classificadas como neoplasia intra-epitelial

cervical (NIC) de graus I (lesão de baixo grau), II e III (lesões de alto grau). Sendo, portanto, a NIC I uma lesão reversível.⁸

A NIC I é a alteração celular que acomete as camadas mais basais do epitélio estratificado do colo do útero (displasia leve). Cerca de 80% das mulheres com esse tipo de lesão apresentarão regressão espontânea. NIC II é a existência de desarranjo celular em até três quartos da espessura do epitélio, preservando as camadas mais superficiais (displasia moderada). NIC III é a observação do desarranjo em todas as camadas do epitélio (displasia acentuada e carcinoma *in situ*), sem invasão do tecido conjuntivo subjacente.⁹⁻¹⁰

Estudos populacionais são imprescindíveis para o enfermeiro que atende em serviço de prevenção do CCU, visto que auxilia a verificar a prevalência de lesões de baixo grau (NIC I), as características sociais, culturais e sexuais da clientela, além de identificar os cofatores de risco para HPV mais prevalentes, bem como orientar e tratar as clientes com maior risco de adquirir este vírus. Faz-se relevante também no sentido de contribuir na definição de políticas públicas de saúde adequadas a redução das taxas de NIC I, uma vez que sua morbidade tem elevada vulnerabilidade.

Com esta pesquisa, acredita-se contribuir para a melhora da qualidade de vida dessa população, pois a redução das taxas de NIC I depende de ações básicas de prevenção e controle dos fatores predisponentes, de políticas de proteção à saúde da mulher e de uma melhora educacional da população. Com isso, considerando a elevada taxa de incidência de casos de NIC I, a capacidade da infecção pelo HPV originar o CCU e a difícil cura da doença quando diagnosticada tardiamente, o presente estudo objetiva:

- Analisar os aspectos sociodemográficos e ginecológicos de mulheres portadoras de NIC I.

MÉTODO

Estudo descritivo, documental e retrospectivo, com abordagem quantitativa, sendo realizado no Instituto de Prevenção do Câncer (IPC), localizado na cidade de Fortaleza-CE, cuja clientela é formada por mulheres acima de dez anos de idade que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS).

O universo do estudo foi composto pelos prontuários das mulheres atendidas no IPC durante o ano de 2010 com diagnóstico de HPV e NIC I. Os prontuários desta instituição estão localizados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), sendo

identificados através de etiquetas coloridas em preto - HPV, vermelho - CCU, amarelo - ASCUS (Atipias de Células Escamosas de Significado Indeterminado) e verde - HPV + NIC I.

Inicialmente, foram avaliados todos os 200 prontuários de mulheres atendidas, em 2010, com etiquetas de cor preta (HPV) e verde (HPV + NIC I) disponibilizados pelo SAME. Destes, foram excluídos 77, pois estavam incompletos em relação ao registro dos dados, o que possibilitou uma amostra de 123 prontuários de mulheres com HPV e NIC I.

Os dados foram coletados durante os meses de outubro e novembro de 2010, mediante busca de informações a partir da análise dos prontuários das mulheres atendidas no IPC portadoras de HPV e NIC I diagnosticados através do exame colpocitológico e/ou biópsia.

Foi utilizado como instrumento para coleta de dados um formulário estruturado, no qual constam variáveis sócio-demográficas e ginecológicas da mulher. Este foi norteador pela própria ficha de atendimento utilizada na unidade, sendo preenchido à medida que os prontuários eram analisados.

Os dados foram armazenados e analisados pelo *Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 19.0, apresentados em tabelas com frequência absoluta e relativa e discutidos de acordo com a literatura. A associação entre as variáveis categóricas foi analisada por meio do teste qui-quadrado de Pearson (X^2). Para todas as

análises, um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Os aspectos éticos e legais envolvendo pesquisa com seres humanos foram respeitados, segundo as normas para pesquisa contidas na Resolução nº 196, de 1996 do Conselho Nacional de Saúde¹¹. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o protocolo 199/08.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A faixa etária das mulheres com NIC I variou entre 15 e 68 anos, com uma idade média de 31,6 anos, tendo a maioria delas (71,5%) até 35 anos de idade e mais da metade (52,0%) morava com os seus companheiros. Segundo a escolaridade, o trabalho fora de casa e a maior parte da renda familiar foram constituídos por mulheres alfabetizadas com até 8 anos de estudo (68,3%), que trabalhavam fora de casa (69,9%) e que ganhavam entre um e três salários mínimos (66,6%).

Em pesquisa realizada em Campinas, São Paulo, com 54.338 mulheres, constatou-se que a prevalência de NIC I, NIC II e III é maior nas mulheres mais jovens, enquanto o carcinoma escamoso invasivo e o adenocarcinoma são mais frequentes com o aumento da idade da paciente, sugerindo que exista uma evolução até tornar-se invasivo.¹²

Tabela 1. Distribuição das mulheres portadoras de NIC I segundo o perfil sócio-demográfico. Fortaleza-CE, 2010.

Dados sociodemográficos	n=123	%
Faixa etária (em anos)		
≤ 35	88	71,5
> 35	35	28,5
Situação conjugal		
Mora Com Companheiro	64	52
Mora Sem Companheiro	59	48
Escolaridade (em anos)		
Analfabeta	13	10,6
01/ago	84	68,3
> 8	26	21,2
Trabalha Fora		
Sim	86	69,9
Não	37	30,1
Renda familiar mensal (salário mínimo)*		
< 1	37	30,1
1 - 3	82	66,6
> 3	4	3,3

*Salário mínimo vigente no período da coleta = R\$ 415,00

Sobre o estado conjugal, o fato do número de casos de NIC I em mulheres que moram com o companheiro (52%) e nas que não moram (48%) ter sido semelhante, pode demonstrar que as primeiras são mais expostas às DST, devido à confiança na

fidelidade de seus companheiros e, com isso, deixam de utilizar os métodos de prevenção.¹³

Por outro lado, outro aspecto é a tendência de mulheres solteiras, sem parceiro fixo, constituírem um fator de risco para a infecção pelo HPV, devido a multiplicidade de parceiros.¹⁴ Portanto, este estudo nos mostra

que tanto as mulheres que moram com companheiro, como as que não moram possuem chances semelhantes de alterações celulares compatíveis com NIC I, visto que, na atualidade, todas as mulheres sexualmente ativas estão expostas a essas alterações, se não utilizarem preservativos.

No que se refere à escolaridade, estudos demonstram que o baixo grau de escolaridade se apresenta como fator de risco para a contaminação pelo HPV.¹⁵ Nesta perspectiva, considera-se que as mulheres com baixo nível de escolaridade estão expostas a um maior risco de morbimortalidade, pelo fato de não desenvolverem ações que visem a promoção da saúde e a prevenção de doenças ou por procurarem os serviços de saúde quando a doença já está em um estágio mais avançado.

A renda familiar das mulheres teve variação de R\$ 300,00 a R\$ 4.000,00 com média de R\$ 682,16. A maioria (39%) possuía renda de 1 a 2 salários mínimos. Um estudo que objetivou avaliar a cobertura do exame

colpocitológico em Pelotas-RS verificou que as mulheres, cuja renda familiar era igual ou menor do que um salário mínimo, tinham uma probabilidade 95% maior de não realizarem o exame citopatológico do que aquelas com renda maior do que dez salários mínimos.¹⁶

Faz-se importante ressaltar a relação baixa condição socioeconômica e a infecção pelo HPV, visto que as mulheres com baixa renda familiar possuem menos conhecimento acerca dessa doença e da importância da realização do exame de Papanicolaou.

Em relação à história ginecológica das mulheres pesquisadas, a idade da menarca variou de 10 a 17 anos com média de 12,67 anos. A idade do início da vida sexual (IVS) variou de 12 a 30 anos, com média de 12,48 anos. O número de parceiros por mulher apresentou uma média de 3,4, no qual a maioria apresentou apenas um parceiro, 61 (49,6%). Os métodos contraceptivos mais utilizados foram o condom (23,6%) e o anticoncepcional oral (22,8%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das mulheres portadoras de NIC I segundo o perfil ginecológico. Fortaleza-CE, 2010.

Dados ginecológicos	N	%
Menarca (em anos)		
10 – 12	66	53,7
13 – 15	51	41,4
16 – 17	6	4,9
IVS* (em anos)		
dez/16	75	61
17 – 21	40	32,5
22 – 26	6	4,9
>26	2	1,6
Nº de parceiros		
1	61	49,6
02/mai	52	42,2
> 5	10	8,2
Método contraceptivo		
Laqueadura tubária	20	16,3
Anticoncepcional oral	28	22,8
Condom	29	23,6
DIU	1	0,8
Injetável	4	3,3
Não usa	41	33,3

* IVS = Início da Vida Sexual

O início precoce de atividade sexual, próximo à menarca, pode se constituir um fator de risco para NIC I, pelo fato de aumentar a probabilidade do desenvolvimento de alterações celulares cervicais e pelo não amadurecimento total da cérvix uterina.¹³

Com isso, deve-se priorizar a faixa etária de mulheres até 35 anos em relação à prevenção primária contra o CCU, por meio do estímulo ao uso de preservativo, ações de educação em saúde, estratégias para aumentar a oferta do exame de Papanicolaou, abordagem mais humanizada, incorporação da vacina contra HPV que pode se constituir, no futuro, em importante ferramenta para o controle do CCU.

A aquisição da infecção cervical pelo HPV é o principal precursor de uma série de eventos que leva ao câncer cervical e este tem sido exaustivamente documentado por estudos epidemiológicos e experimentais durante os últimos 15 anos.¹⁷

Alguns estudos revelam uma leve tendência das mulheres que apresentam infecção pelo HPV com o início da atividade sexual antes dos 15 anos.¹⁸⁻⁹ Uma pesquisa sobre os fatores de risco para o CCU verificou que mulheres que tiveram o IVS entre 10 e 19 anos apresentaram três vezes mais chances de desenvolverem NIC quando comparadas as que tiveram seu primeiro coito entre 20 e 30 anos²⁰. Isso se deve a vulnerabilidade de mulheres jovens à

infecção por DST, principalmente o HPV, que constitui um dos principais fatores de risco para o CCU.

Um estudo no Canadá analisou o rastreio do cancro cervical primário com o teste de HPV, no qual a idade média das participantes do estudo foi de 46 anos, destas, 47% cursaram universidade, 37% já fumaram, 56% relataram que já tiveram de 2 a 5 parceiros sexuais.²¹ Nesse contexto, os profissionais de saúde necessitam estar preparados para promover a saúde sexual e reprodutiva junto a essa população, de forma a torná-las capazes de perceber os riscos a que estarão submetidas caso não adotem atitudes saudáveis para a prática do sexo seguro, sendo de extrema importância priorizar o atendimento a esta clientela.

Em relação ao número de parceiros sexuais, estudo realizado por Noronha et al apontou o aumento da incidência de lesões cervicais por HPV em mulheres com maior número de parceiros sexuais durante a vida¹⁹. Um dos

fatores para o aumento do risco de aquisição de DST é a variedade de parceiros sexuais nos últimos três meses.⁸

Nesta pesquisa, foi investigada a associação entre o número de parceiros com as seguintes variáveis: idade, estado conjugal, escolaridade, renda familiar e IVS, sendo encontrada associação estatisticamente significativa somente com estado conjugal e o IVS ($p < 0,05$) (Tabela 3). A maioria das mulheres que citou ter tido mais de um parceiro sexual na vida, era jovem (69,4%), morava sem o companheiro (61,3%), possuía baixa escolaridade (77,4%), tinha renda familiar acima de 1 salário mínimo (66,1%) e iniciou a vida sexual antes dos 18 anos de idade (85,5%).

Dessa maneira, o estudo revela que o início precoce da vida sexual e o fato de não ter parceiro fixo expõe as mulheres a um maior risco da multiplicidade de parceiros e, conseqüentemente, a uma maior exposição às infecções de transmissão sexual.

Tabela 3. Associação entre número de parceiros e idade, estado conjugal, escolaridade, renda familiar e IVS em mulheres com NIC I. Fortaleza-CE, 2010.

Características	Número de parceiros		X ²	P
	1 N (%)	> 1 N (%)		
Idade (anos)				
≤ 35	44 (72,1)	43 (69,4)		
>35	17 (27,9)	19 (30,6)	0,114	0,735
Estado Conjugal				
Mora com Companheiro	40 (65,6)	24 (38,7)		
Mora sem Companheiro	21 (34,4)	38 (61,3)	8,891	0,003
Escolaridade (anos)				
≤ 8	49 (80,3)	48 (77,4)		
> 8	12 (19,7)	14 (22,6)	0,156	0,693
Renda Familiar				
≤ 1 salário mínimo	16 (26,2)	21 (33,9)		
> 1 salário mínimo	45 (73,8)	41 (66,1)	0,854	0,356
IVS (anos)				
≤ 17	36 (59,0)	53 (85,5)		
> 17	25 (41,0)	09 (14,5)	10,769	0,001

No que se refere ao uso de métodos contraceptivos, é possível perceber que muitas mulheres estão susceptíveis às infecções transmitidas sexualmente, visto que apenas uma pequena parcela (23,6%) utiliza o preservativo masculino como forma de proteção. No contexto da prevenção das DST, o preservativo masculino é um recurso disponível a homens e mulheres que atende à dupla função de proteção contra a gravidez e contra as doenças transmitidas sexualmente. Mesmo assim, são comuns as resistências explícitas ou veladas ao seu uso tanto por parte de homens como de mulheres.²⁰

O não uso do preservativo teve relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com os seguintes fatores: idade, estado conjugal e

menarca (Tabela 4). A maioria das mulheres do estudo que não usava preservativo era jovem (64,9%), morava com o companheiro (57,4%), possuía baixa escolaridade (79,8%), a idade da menarca foi antes dos 13 anos de idade (67%) e iniciou a vida sexual antes dos 18 anos (76,6%). Quanto à associação entre o estado civil e o uso de preservativo, é notório o desuso do preservativo tanto entre as mulheres que moram com companheiro quanto nas que não vivem com seu parceiro, com destaque para as que moram com o companheiro.

Tabela 4. Associação entre uso do preservativo e idade, estado conjugal, escolaridade, menarca e IVS em mulheres com NIC I. Fortaleza-CE, 2010.

Não usa preservativo				
Características	N	%	X ²	p
Idade (anos)				
≤ 35	61	64,9		
>35	33	35,1	6,564	0,01
Estado Conjugal				
Mora com Companheiro	54	57,4		
Mora sem Companheiro	40	42,6	4,683	0,03
Escolaridade (anos)				
Até 8	75	79,8		
Mais de 8	19	20,2	0,205	0,651
Menarca (anos)				
Até 13	63	67		
Mais de 13	31	33	4,007	0,045
IVS (anos)				
Até 17	72	76,6		
Mais de 17	22	23,4	3,58	0,058

Estudo realizado em São Paulo sobre o uso de métodos contraceptivos afirma que a confiança no parceiro está atrelada ao grau de envolvimento no ato sexual. O fato de apresentar parceiro fixo parece produzir a sensação de um encontro sexual seguro, no qual a falta de confiança (uso do preservativo) abalaria a relação.²²

O uso constante de preservativo ocorre entre os solteiros, de forma que em seu estudo a totalidade da população casada nunca utilizou o preservativo²³. Estudo bibliográfico sobre o uso do condom na população brasileira, entre 1998 e 2005, revelou que ao estabelecer um gradiente estatístico caracterizando a situação conjugal, este confirma que pessoas solteiras usam o preservativo com mais frequência do que aquelas casadas ou com companheiros fixos.²⁴

Tendo em vista que a associação entre menarca e o não uso o preservativo teve significância, pode-se perceber que a menarca precoce leva ao início cada vez mais cedo da atividade sexual, muitas vezes sem os devidos comportamentos preventivos e, como nem sempre estão preparadas para a iniciação sexual, acabam se submetendo a riscos e frustrações, expondo-se às DST.

Embora fosse esperado encontrar relação estatisticamente significativa entre escolaridade e IVS com o não uso do preservativo, isto não aconteceu nesse estudo. Esperava-se que mulheres com mais escolaridade usassem mais o preservativo, haja vista essa população ter mais acesso à informação e aos serviços de saúde.

Em relação entre a escolaridade e o uso do preservativo, estudo verificou que pessoas com escolaridade até o ensino fundamental usaram menos o preservativo (26,2%) que aquelas com maior escolaridade (mais de 40%)²⁴. A partir de tudo isso, ressalta-se que a atuação diferenciada dos profissionais de

saúde é fundamental para minimizar essa situação, transmitindo as informações necessárias de maneira simples e mais humanizada para esta população, esclarecendo-as sobre a prevenção de DST e, conseqüentemente, o CCU. No entanto, prevenir o CCU não é só evitar os fatores de risco, mas, além disso, deve-se realizar abordagens educativas e incentivar o uso correto do preservativo masculino e/ou feminino em todas as relações sexuais, com o objetivo de evitar a infecção pelo HPV e para que as mulheres não sejam surpreendidas por circunstâncias indesejáveis devido à deficiência de conhecimento e orientação.

O período de evolução de uma lesão cervical inicial para a forma invasiva e, por conseguinte, maligna é de aproximadamente 20 anos. Este período relativamente longo permite que ações preventivas sejam eficientes e alterem o quadro epidemiológico da doença. Estas ações se fazem por meio da educação popular, detecção e diagnóstico precoce e tratamento das lesões cervicais precursoras. Agindo precocemente, pode-se alterar a história natural da doença, proporcionando a diminuição de sua morbidade e mortalidade.²⁵

Ao longo do século passado, houve uma redução mundial na incidência de câncer de colo uterino e mortalidade por esta doença. Esta redução é atribuída ao acúmulo de conhecimento sobre a etiologia do câncer de colo do útero e da implementação de programas de educação em saúde. Na América Latina, apesar de os países em desenvolvimento se beneficiarem menos do que os países mais desenvolvidos, as taxas de incidência e mortalidade têm demonstrado reduções maiores do que o esperado.²⁶

Diante dos resultados expostos, faz-se necessário a conscientização dos profissionais envolvidos, de forma direta ou indiretamente,

nas ações de combate ao câncer de colo de útero, pois esta é condição *sine qua non* para que se mude o perfil epidemiológico do câncer cervical em nosso país.²⁶

CONCLUSÃO

A pesquisa forneceu um retrato das mulheres atendidas no IPC com diagnóstico de NIC I, demonstrando um perfil das condições socioeconômicas e da vida sexual predisponentes a alguns fatores de risco, o que nos revelou que aprofundar os conhecimentos acerca dos fatores de risco é de fundamental importância para compreender os hábitos cotidianos de uma população exposta e, assim, estimular práticas preventivas.

As características sociodemográficas encontradas mostraram-se semelhantes às de outros estudos de mulheres com NIC I, compondo uma população, em sua maioria, jovem, que mora com companheiro e trabalha fora de casa, com baixo nível de escolaridade e de renda. Tal conclusão ratifica a importância do fortalecimento de estratégias educativas para esse público que visem à prevenção de DST, visto que, na maioria das vezes, não têm acesso a informações adequadas para cuidar da própria saúde.

Alguns dados relativos ao perfil ginecológico demonstraram o início precoce da vida sexual, pouca variedade das parcerias sexuais e baixa utilização do preservativo, o que demonstra a negligência na promoção da saúde sexual, evidenciado pelo alto índice de mulheres com HPV, apesar da prevalência de única parceria sexual. Assim, trata-se de população vulnerável, carente de informação que enfatize a adoção de atitudes saudáveis para a garantia de uma vida sexual segura.

Diante disso, análise do perfil sociodemográfico e ginecológico da clientela com diagnóstico de NIC I se faz relevante uma vez que ações de promoção da saúde podem ser realizadas com vistas a reduzir os fatores de risco apresentados por essas mulheres. Além disso, o conhecimento da clientela assistida direciona as ações para as reais necessidades observadas, o que garante eficácia e cuidados individualizados.

REFERÊNCIAS

1. WHO technical specifications: cryosurgical equipment for the treatment of precancerous cervical lesions and prevention of cervical cancer. World Health Organization 2012. Available from: www.who.int.
2. Instituto Nacional do Câncer (Inca). Câncer do colo do útero [Internet]. [cited 2012 Oct 1]. Available from: www.inca.gov.br
3. Murta GF. Saberes e práticas: guia para ensino e aprendizado de enfermagem. 4ª ed. São Caetano do Sul: Difusão; 2008. p. 25.
4. Saraiya M, Lee NC, Blackman D, Smith MJ, Morrow B, McKenna MT. Observations from the CDC. Na assessment of Pap smears and hysterectomies among women in the United States. J Womens Health Gend Based Med [Internet]. 2002 Mar [cited 2012 Oct 1];11(2):103-9. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/152460902753645245>
5. Santos ALF, Derchain SFM, Sarian LO, Campos EA, Santos MR, Fonsechi-Carvasan GA. Resultados histológicos e detecção do HPV em mulheres com células escamosas atípicas de significado indeterminado e lesão escamosa intra-epitelial de baixo grau na colpocitologia oncológica. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2004 [cited 2012 Oct 1];26(6):457-62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032004000600006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
6. Ministério da Saúde (BR). Controle do câncer do colo uterino: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino. Brasília, DF; 2001. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/controlo_cancer_colo_uterio_mama.pdf
7. Zeferino LC, Catharino JMR. Desempenho das amostras do canal cervical e do fundo de saco no diagnóstico da neoplasia do colo uterino. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2000 [cited 2012 Oct 10];22(3):129-34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032000000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
8. Secretaria de Saúde do Ceará (BR). Saúde reprodutiva e sexual: um manual para atenção primária e secundária (nível ambulatorial). Fortaleza: SESA-CE; 2002. p. 43.
9. Ministério da Saúde (BR). Prevenção do Câncer do Colo do Útero. Manual Técnico. Profissionais de Saúde; 2002. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_profissionaisdesaude.pdf
10. Fernandes MAS, Antonio DG, Bahamondes LG. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. Cad. Saúde Publica [Internet] 2000 [cited 2012 Oct 1];16(Supl.1):103-12. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2000000700009&script=sci_arttext

11. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa. Série CNS - Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133. Brasília; 2002. p. 83-9.

12. FreitasRAP, Carvasan GAP, Morais SS, Zeferino LC. Prevalência das lesões neoplásicas do colo de útero: resultados de rastreamento citológico realizado em campinas, São Paulo, Brasil. Rev. Ciênc. Méd [Internet]. 2006 [cited 2012 Oct 10];15(4):307-14. Available from: <http://periodicos.puccampinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/download/1101/1076>

13. Bezerra JSS, Gonçalves CP, Franco SE, Pinheiro AKB. 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 [Internet]. 2005 [cited 2012 Oct 10];17(2):143-8. Available from: <http://www.dst.uff.br//revista17-2-2005/10-perfil%20de%20mulheres.pdf>

14. Instituto Nacional do Câncer (Inca). Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) Falando sobre câncer do colo do útero - Rio de Janeiro: MS/INCA; 2002. Available from:

15. Carret MLV, Fassa AG, Silveira DS, Bertoldi AD, Hallal PC. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. Rev Saúde Pública [Internet]. 2004 [cited 2012 Oct 10] 38(1). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18455.pdf>

16. Costa JSD, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2003 [cited 2012 Oct 10];19(1):191-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100006

17. Rosa MI, Medeiros LR, Rosa DD, Bozzeti MC, Silva FR, Silva BR. Papilomavírus humano e neoplasia cervical. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2009 [cited 2012 Oct 11];25(5):[about 5 p]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000500002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

18. Gomes FAM. Fatores associados à infecção clínica e subclínica do trato genital feminino pelo papiloma vírus humano. DST- J bras

Doenças Sex Transm [Internet]. 2003 [cited 2012 Oct 11]15(1): 16-22. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=345584&indexSearch=ID>

19. Noronha VL, Noronha R, Carmona B, Macedo LA, Cruz EM, Naum C et al. Papilomavírus humano em mulheres com citologia oncológica dentro dos limites da normalidade. DST - J bras Doenças Sex Transm [Internet]. 2005 [cited 2012 Oct 11]17(1):49-55. Available from: <http://www.dst.uff.br/revista17-1-2005/papilomavirushumano.pdf>

20. Faganello MVS, Mercedes T. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids. Rev C S Col [Internet]. 2008 [cited 2012 Oct 11];13(6):1807-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a15v13n6.pdf>

21. Ogilvie GS, Kraiden M, Niekerk DJ van, Martin RE, Ehlen TG, Ceballos K, Smith LW, Kan L, Cook DA, Peacock S, Stuart GCE, Franco EL, Coldman AJ. Primary cervical cancer screening with HPV testing compared with liquid-based cytology: results of round 1 of a randomized controlled trial - the HPV FOCAL Study. British Journal of Cancer [Internet]. 2012 [cited 2012 Oct 11];1-8. Available from: www.bjcancer.com.

22. Vieira EM, Badiani R, Fabbro ALD, Junior ALR. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. Rev Saúde Pública [Internet]. 2002 [cited 2012 Oct 13];36 (3):263-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n3/10486.pdf>

23. Holanda ML, Machado MFAS, Vieira NFC, Barroso MGT. Compreensão dos pais sobre a exposição dos filhos aos riscos das DST/Aids. Rev RENE [Internet]. 2006 [cited 2012 Oct 13] 7(1):27-34. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/764/pdf>

24. Berquo E, Barbosa RM, Lima LP. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. Rev Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2012 Oct 13];42(supl. 1):34-44. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000800006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

25. Pinho AA, Mattos MCFI. Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero. J Bras Patol Med Lab [Internet]. 2002 [cited 2012 Oct 13];38(3):225-231. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442002000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

26. Nomelini RS, Guimarães PDN, Candido PA, Campos ACC, Michelin MA, Murta, EFC. Prevention of cervical cancer in women with ASCUS in the Brazilian Unified National Health System: cost-effectiveness of the molecular biology method for HPV detection. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2012 Nov 10];28(11):[about 5 p]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012001100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en

27. Miranda DB, Valença CN, Oliveira MD de et al. Prevenção de câncer: cobertura do exame citopatológico de colo do útero. *J Nurs UFPE* [online]. 2012 Apr [cited 2012 Nov 22];6(4):801-7. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/2347/3586>

Submissão: 27/03/2013

Aceito: 23/01/2014

Publicado: 01/04/2014

Correspondência

Roberta Grangeiro de Oliveira
Rua Canuto de Aguiar, 1080 / Ap. 101
Bairro Meireles
CEP: 60160-120 – Fortaleza (CE), Brasil