



Artigo Original

CONHECIMENTO E MUDANÇAS DE COMPORTAMENTO DE MULHERES JUNTO A FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE COLO UTERINO*

KNOWLEDGE AND BEHAVIOR CHANGES IN WOMEN WITH RISK FACTORS FOR CERVICAL CANCER

CONOCIMIENTO Y CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO DE MUJERES CON FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Kilvia Gardênia Torres Eduardo¹, Escolástica Rejane Ferreira Moura², Paula Sacha Frota Nogueira³, Carolina Barbosa Jovino de Sousa Costa⁴, Ana Karina Bezerra Pinheiro⁵, Raimunda Magalhães da Silva⁶

Objetivou-se identificar fatores de risco para câncer de colo uterino; verificar conhecimento acerca destes e as mudanças adotadas a partir do conhecimento dos fatores de risco. Estudo transversal, de campo, realizado de maio a agosto de 2007, com 390 mulheres que realizaram exame preventivo. Fatores de risco encontrados: idade, parceria eventual, classe econômica e escolaridade baixas, não realização do exame preventivo, baixo peso, tabagismo, uso de anticoncepcionais hormonais e fatores sexuais e reprodutivos; 239 (61,3%) referiram pelo menos um fator de risco. Mudanças adotadas a partir do conhecimento dos fatores de risco: realização do exame preventivo e do tratamento prescrito; comportamento sexual seguro (monogamia; uso de preservativo).

Descritores: Saúde da Mulher; Prevenção de Câncer de Colo Uterino; Fatores de Risco.

The objective was to identify the risk factors for cervical cancer; verify the knowledge about these and the changes adopted from the knowledge of risk factors. A cross-sectional field study carried out from May to August 2007, with 390 women who underwent preventive exam. The risk factors found were: age, casual partners, low economic class and educational level, not performing preventive exam, low weight, smoking, use of hormonal contraceptive, and sexual and reproductive factors. 239 (61.3%) reported at least one risk factor. The changes adopted from the knowledge of risk factors were: realization of preventive exam and treatment prescribed; and safer sexual behavior (monogamy, condom use).

Descriptors: Women's Health; Cervix Neoplasms Prevention; Risk Factors.

El objetivo fue identificar factores de riesgo de cáncer de cuello uterino; verificar conocimiento acerca de estos y cambios adoptados a partir del conocimiento de los factores de riesgo. Estudio transversal, de campo, llevado a cabo de mayo a agosto de 2007, con 390 mujeres que se sometieron a examen preventivo. Factores de riesgo presentes: edad, compañero inesperado, clase económica y logros educativos bajos, no realización de Papanicolaou, bajo peso, tabaquismo, uso de anticonceptivos hormonales y aspectos sexuales y reproductivos; 239 (61,3%) informaron a menos un factor de riesgo. Cambios adoptados con conocimiento de los factores de riesgo: realización de Papanicolaou, del tratamiento prescrito, conducta sexual segura (monogamia, uso del condón).

Descriptoros: Salud de la Mujer; Prevención de Cáncer de Cuello Uterino; Factores de Riesgo.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Programa Saúde da Família. São Gonçalo do Amarante, Ceará, Brasil. E-mail: kilviaeduardo@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Ceará, Brasil. Pesquisadora CNPq. E-mail: escolpaz@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: sachanogueira@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Instituto Dr. José Frota, Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: carolinanafe@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Ceará, Brasil. Pesquisadora CNPq. E-mail: anakarinaufc@hotmail.com

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade de Fortaleza Ceará, Brasil. E-mail: rmsilva@unifor.br

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Oncológica, incorporada pela Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009, define como componentes fundamentais ao controle do câncer, as seguintes estratégias de promoção e vigilância em saúde: estímulo à alimentação saudável e à prática da atividade física; redução e controle de fatores de risco; mudança no modo de viver, promovendo melhor qualidade de vida; superação da fragmentação das ações de saúde, articulando diversos setores em busca de maior efetividade e eficiência; e preservação do meio ambiente⁽¹⁾. Dentre estas estratégias destaca-se a redução e o controle de fatores de risco, sendo imprescindível que os profissionais de saúde, em particular, enfermeiros que atuam na atenção básica, conheçam a prevalência destes na população adstrita para intervirem de modo mais direcionado.

A importância de conhecer os fatores de risco relacionados ao câncer está em fornecer subsídios para o planejamento das ações de controle. Dessa forma, podem-se estabelecer estratégias que capacitem as clientes a exercerem maior controle sob sua qualidade de vida, elevando-as à condição de promotoras da própria saúde⁽¹⁾.

Tomando a magnitude da atuação do enfermeiro nas ações de promoção da saúde e de controle do Câncer de Colo Uterino (CCU) decidiu-se por abordar este tipo de neoplasia no presente estudo.

O CCU é o segundo mais incidente na população feminina. O número de casos novos no Brasil, segundo as estimativas para 2011, é de 18.430 casos, com risco estimado de 18,47 casos para cada 100 mil mulheres. Para o Ceará, a estimativa é de 19,36 casos para cada 100 mil mulheres, perfazendo um total de 280 novos casos. Apesar do conhecimento disponível para a detecção precoce e o tratamento, a mortalidade ainda é elevada, respondendo por cerca de 230.000 mil mortes ao ano em todo o mundo. Contudo, apresentou decréscimo nas décadas de 1979 a 1999 de 0,61%⁽²⁾.

Os fatores de risco para o CCU, em geral, são modificáveis por comportamentos de promoção da saúde, como: utilização de preservativo em todas as relações sexuais; realização de higiene íntima adequada; realização do exame de prevenção do CCU anual ou trienalmente após dois resultados consecutivos negativos; observância ao tratamento prescrito ou encaminhamento para unidade de referência; aumento da ingestão de frutas, verduras e cereais nas refeições diárias; monogamia mútua e prática de exercício físico regular.

Avaliação da produção científica sobre o CCU nos países da América Latina e Caribe, de 1995 a 2005, concluiu que os estudos realizados abordavam, predominantemente, os aspectos epidemiológicos e clínicos da neoplasia, identificando a necessidade de produção científica que analisasse a vulnerabilidade, inserção social e técnicas para apropriação de conhecimento por parte das mulheres sobre o CCU⁽³⁾. Assim, tornam-se relevantes, estudos que identifiquem o conhecimento das mulheres sobre o tema, bem como a aquisição de conhecimento e sua relação com a mudança de comportamento.

Nesse contexto e em face a todo o exposto, foram elaborados os questionamentos: Quais os fatores de risco para CCU presentes em uma população de mulheres que busca a realização do exame de Papanicolaou? Quais fatores de risco são do conhecimento destas mulheres? Conhecer os fatores de risco implica em mudanças de comportamento por parte delas? Para responder a essas indagações decidiu-se pela realização deste estudo com os objetivos de conhecer fatores de risco para CCU em população de mulheres que aguardam para realização de exame de Papanicolaou; verificar os fatores de risco conhecidos por estas mulheres e as mudanças adotadas a partir do conhecimento dos fatores de risco.

MATERIAIS E MÉTODO

Estudo transversal, de campo, realizado no município de São Gonçalo do Amarante-CE, Nordeste brasileiro. O município possui 40.675 habitantes, contando à época do estudo com 13 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A população do estudo correspondeu às mulheres na faixa etária de 10 a 59 anos, ou seja, 15.239 (37,5%)⁽⁴⁾. Optou-se por essa população de mulheres pelo fato de abranger a faixa etária de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) e faixa etária prioritária para realização do exame de Papanicolaou (25 a 59 anos)⁽²⁾. A amostra correspondeu a 390, número obtido aplicando-se um valor máximo de P (50%) e um erro de significância de 5%. A amostra foi estratificada de acordo com a população feminina de 10 a 50 anos das 12 equipes da ESF (uma equipe foi excluída por corresponder a equipe da primeira autora).

A abordagem às mulheres ocorreu no momento em que estas aguardavam para realizar o exame de Papanicolaou, dando-se de forma consecutiva. Os dados foram coletados nas unidades básicas de saúde, de maio a agosto de 2007, por meio de entrevista, que seguiu um instrumento contendo perguntas sobre os fatores de risco para CCU, conhecimento das mulheres sobre esses fatores, como estas obtiveram tais informações e quais as mudanças ocorridas após o conhecimento destes. O instrumento foi testado previamente com dez mulheres, que não compuseram a amostra final.

Os dados foram organizados na planilha eletrônica *EXCEL* e em seguida no *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 18.0.

Dados sobre a classe econômica das mulheres foram organizados com base nos Critérios de Classificação Econômica Brasil (CCEB), da Associação

Brasileira de Empresas de Pesquisa. O CCEB estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a antiga classificação em termos de classes sociais, realizando a divisão de mercado em classes econômicas⁽⁵⁾. Essas classes econômicas corresponderiam às seguintes classes sociais: A1 – família com renda média de R\$ 7.793,00; A2 – renda de R\$ 4.648,00; B1 – renda de R\$ 2.804,00; B2 – R\$ 1.669,00; C – R\$ 927,00; D – R\$ 424,00 e E – R\$ 207,00.

Dados sobre o tabagismo foram organizados de acordo com o Questionário de Tolerância de *Fagerström* (QTF). Este se fundamenta em seis questões que representam o reflexo fiel do comportamento do indivíduo frente ao fumo e classifica o grau de dependência química em baixo, médio e elevado. Ressalta-se que quanto maior o grau de dependência maior será a dificuldade do indivíduo em parar de fumar ou manter-se sem fumar após o tratamento⁽⁶⁾.

Os fatores de risco para CCU foram apresentados em tabelas agrupando: idade, condição de união, classe econômica e escolaridade (tabela 1); déficit no IMC (baixo peso), tabagismo e uso de anticoncepcionais hormonais (tabela 2); fatores de risco para CCU relacionados à saúde sexual e reprodutiva (tabela 3); fatores de risco para CCU de conhecimento das mulheres (figura 1); e adoção de hábitos saudáveis a partir do conhecimento sobre fatores de risco (figura 2).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, obtendo parecer favorável conforme protocolo nº 82/07. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a pesquisa seguiu as demais recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que trata de pesquisas envolvendo seres humanos⁽⁷⁾.

RESULTADOS**Caracterização das participantes**

A idade das participantes variou de 12 a 59 anos, com média de 31,51 anos e desvio padrão de 10,4,

sendo que 251 (64,3%) estavam na faixa etária dos 20 aos 39 anos.

Tabela 1 - Distribuição do número de mulheres segundo faixa etária, condição de união e escolaridade. São Gonçalo do Amarante, CE, Brasil, 2007

Variáveis (n=390)	n	%
Idade (em anos completos) \bar{x} = 31,51 anos; DP= 10,4		
12 a 19	50	12,8
20 a 29	142	36,4
30 a 39	109	27,9
40 a 49	67	17,2
50 a 59	22	5,6
Condição de União		
Com companheiro eventual	17	4,4
Com companheiro estável	302	77,4
Com parceiro estável e eventual	19	4,9
Sem companheiro	52	13,3
Classe Econômica		
B2	9	2,3
C	123	31,5
D	205	52,6
E	53	13,6
Escolaridade		
Sem escolaridade	72	18,5
Fundamental incompleto	116	29,7
Fundamental completo e ensino médio incompleto	107	27,4
Ensino médio completo	89	22,8
Superior completo e incompleto	6	1,5

Houve predomínio da parceria estável, o que foi referido por 302 (77,4%) mulheres, número que pode ser maior se consideradas as 19 (4,9%) mulheres que mantêm parceiro estável e eventual de maneira concomitante. Quanto à classe econômica da população do estudo, identificamos uma variação entre os níveis B2

e E, com maior concentração nas classes C e D, que juntas corresponderam a 328 (84,1%) mulheres.

O ensino fundamental incompleto apresentou maior porcentagem no grupo pesquisado (29,7%) e foi expressiva a porcentagem de mulheres sem escolaridade (18,5%).

Fatores de risco associados ao CCU presentes no grupo pesquisado

A tabela 2 apresentada a seguir, reúne os dados relativos ao Índice de Massa Corporal (IMC), tabagismo

e uso de anticoncepcional hormonal, destaca-se que quanto à delimitação do IMC, 12 (3,0%) mulheres não participaram por se recusarem a realizar a medida do peso corporal.

Tabela 2 - Distribuição do número de mulheres segundo Índice de Massa Corporal, tabagismo e uso de anticoncepcional hormonal. São Gonçalo do Amarante, CE, Brasil, 2007

Variáveis	n	%
IMC (n =378)		
Peso adequado (IMC: 18,5 – 24,9)	216	57,1
Sobrepeso (IMC: 25,0 – 29,9)	98	25,9
Obesidade (IMC: 30,0 ou mais)	48	12,7
Baixo peso (IMC: menor que 18,5)	16	4,2
Tabagismo (n =390)		
Sim	50	12,8
Grau de dependência química segundo QTF (n=50)		
Baixo	40	80,0
Médio	6	12,0
Elevado	4	8,0
Não	340	87,2
Uso de anticoncepcional hormonal (oral ou injetável) (n= 390)		
Sim	140	35,9
Uso por mais de 5 anos (n=140)	38	27,1

O risco nutricional das mulheres foi relativamente baixo, em que 16 (4,2%) mulheres apresentaram baixo peso. Por outro lado, destacamos o elevado número de mulheres com sobrepeso ou obesidade, constituindo um total de 146 (38,6%) mulheres, pois este apesar de não constituir fator de risco para o CCU está relacionado a outras morbidades, principalmente doenças cardiovasculares.

No presente estudo, 50 (12,8%) das mulheres tinham o hábito de fumar, predominando o grau de dependência leve entre 40 (80%), segundo o QTF.

O uso de anticoncepcionais hormonais correspondeu a 140 (35,9%) das mulheres. Destas, 131 (93,6%) utilizavam o de uso por via oral e as demais o injetável. O tempo de uso do hormonal foi avaliado em menor ou maior que cinco anos, para estabelecer o risco das usuárias em desenvolver CCU. Assim, 38 (27,1%) afirmaram uso acima de cinco anos, o que correspondeu a 9,7% da população de mulheres estudadas.

Tabela 3 - Distribuição do número de mulheres segundo exposição a fatores de risco para câncer de colo uterino, relacionados aos aspectos sexuais e reprodutivos. São Gonçalo do Amarante, CE, Brasil, 2007

Variáveis	n	%
Nº de gestações (n =390)		
Nenhuma	72	18,5
1 a 4	251	64,4
Mais de 4	67	17,2
Idade na primeira gravidez (anos completos) (n =317)		
10 a 14	15	4,7
15 a 19	180	56,8
20 ou mais	122	38,5
Coitarca (anos completos) (n= 379)		
10 a 14	62	16,4
15 a 19	245	64,6
20 ou mais	72	19,0
História de Doença Sexualmente Transmissível (n=385)		
39		10,0
Uso de preservativo (n= 390)		
Sempre	86	22,1
Nunca	136	34,9
Às vezes	132	33,8
Não se aplica	31	7,9
Realização do exame de Papanicolaou em algum momento		
Semestral	9	2,5
Anual	252	71,0
Trienal	50	14,1
Intervalos irregulares	44	12,4

No grupo estudado, 251 (64,4%) mulheres tinham de 1 a 4 filhos, quanto a idade da primeira gestação 195 (61,5%) das mulheres estavam na faixa da adolescência, sendo que 15 (4,7%) destas a tiveram em idade muito precoce, entre 10 e 14 anos. Reforçando esta assertiva, a coitarca ocorreu precocemente, ou seja, 307 (81,0%) mulheres iniciaram a atividade sexual até os 19 anos e destas, 62 (16,4%) a iniciaram entre 10 e 14 anos.

A respeito da história pregressa de DST, 39 (10%) mulheres confirmaram o diagnóstico dessas doenças em algum momento da vida, sendo as DST

mais citadas: trichomoníase (n=18), candidíase (n=9), Papilomavírus Humano (HPV) (n=6) e HIV (n=2). Nove mulheres não souberam informar qual DST foi diagnosticada, aspecto que denuncia deficiência na comunicação profissional-cliente.

Segundo a tabela 3, as mulheres em estudo estão, em sua maioria, vulneráveis à aquisição de DST/HIV/aids, pois somente 86 (22,1%) afirmaram o uso do preservativo sempre, sendo os motivos citados para justificar o não uso ou o uso irregular do preservativo: a confiança na fidelidade do parceiro (n= 80), o parceiro não aceitar o preservativo (n=67) e a

mulher não gostar de usar o método (n=52). Outras responderam, ainda, a alergia ao látex, histerectomia, desejo de engravidar ou a condição de gestante e a abstinência sexual.

Quanto à realização do exame de Papanicolaou, 355 (91%) mulheres referiram ter realizado o exame em algum momento, percentagem superior à cobertura estabelecida pelo Ministério da Saúde, que é de 90%⁽²⁾.

Conhecimento das participantes sobre os fatores de risco para o CCU

Na figura 1 apresentada a seguir, podemos observar o conhecimento das mulheres sobre os fatores de risco para o CCU, em que 239 (61,28%) referiram pelo menos um fator.

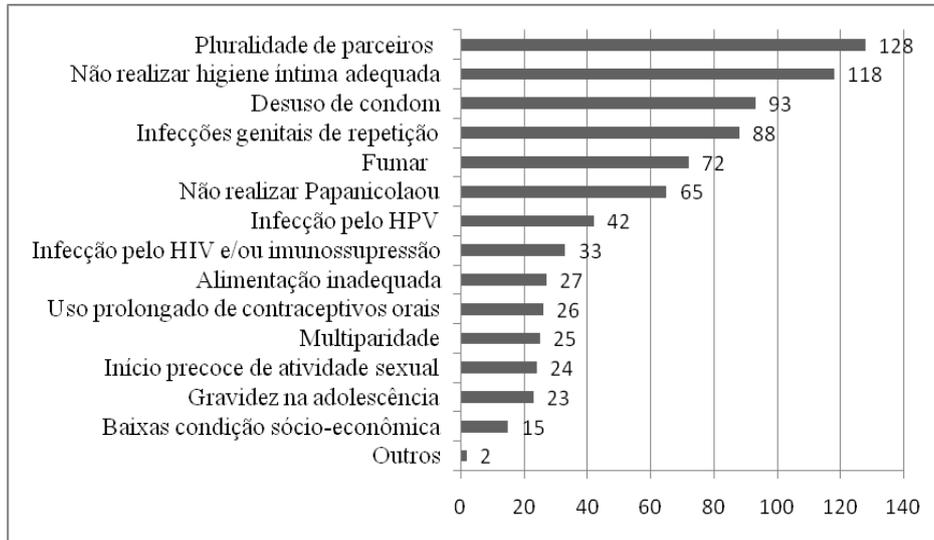


Figura 1 - Distribuição do número de mulheres segundo fatores de risco para câncer de colo uterino por elas conhecidos. São Gonçalo do Amarante, CE, Brasil, 2007

Todos os fatores de risco foram mencionados, sendo os mais citados: pluralidade de parceiros (n=128), higiene íntima inadequada (n=118), não uso de preservativo (n=93) e infecções genitais de repetição (n=88). Ressalta-se que somente 42 (17,57%) das

mulheres que referiram conhecer os fatores de risco mencionaram o HPV, lacuna do conhecimento que merece ser preenchida, pois a infecção pelo vírus é o principal fator de risco para o CCU.

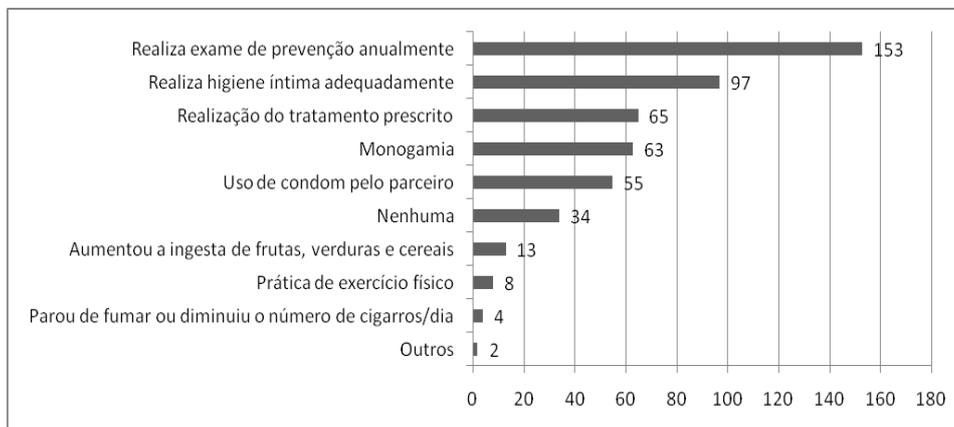


Figura 2 - Distribuição do número de mulheres segundo adoção de hábitos saudáveis após conhecimento dos fatores de risco para câncer de colo uterino. São Gonçalo do Amarante, CE, Brasil, 2007

Em relação às mudanças adotadas pelas mulheres a partir do conhecimento sobre os fatores de risco, 34 (14,2%) não reconheceram mudanças. As demais afirmaram maior responsabilidade para com a realização

DISCUSSÃO

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) a faixa etária de maior incidência do CCU é dos 20 aos 29 anos, com risco progressivo até atingir seu ápice entre 45 e 49 anos. Baixa porcentagem ocorre abaixo dos 30 anos de idade⁽²⁾. Nesse contexto, as equipes da ESF do município pesquisado precisam intensificar a busca de mulheres com idade acima dos 40 anos para a realização do exame de Papanicolaou, para atenderem conforme o fator de risco "idade" de modo mais direcionado.

A união estável possui associação com uso esporádico ou não uso de preservativos, constituindo-se um fator de risco para CCU. Há maior incidência de carcinoma de pênis nos parceiros fixos de pacientes com carcinoma cervical, provavelmente ocasionado pelo não uso de preservativo⁽⁸⁾.

O nível socioeconômico baixo se caracteriza como fator de risco para o CCU, algo que se evidencia na maior frequência dessa neoplasia nos países em desenvolvimento. A classe econômica tem forte relação com o CCU em todo o mundo, pois são as classes de menor acesso aos serviços de saúde para a realização do exame de Papanicolaou e as que enfrentam maiores dificuldades financeiras para darem seguimento ao tratamento, bem como pelo desconhecimento das medidas de promoção da saúde e prevenção da doença⁽⁹⁾.

Associando os dois fatores discutidos acima, encontra-se que mulheres com baixa escolaridade e baixa renda são mais vulneráveis a contrair DST, uma vez que apresentam baixo poder de argumentação e de negociação com o parceiro⁽¹⁰⁾. Por outro lado, aquelas que apresentam maior escolaridade são provavelmente

do exame de Papanicolaou (n=153) e do tratamento prescrito (n= 65); comportamento sexual seguro, incluindo monogamia (n=63) e uso de preservativo (n= 55) (figura 2).

mais conscientes de seus direitos e têm mais poder para praticar sexo seguro.

O IMC correspondente ao baixo peso tem sido caracterizado como fator de risco para o CCU devido às mulheres com essa neoplasia terem os níveis de folato, beta-caroteno e vitamina C, menores que as mulheres sem câncer cervical⁽⁹⁾, porém no presente estudo a concentração de mulheres esteve nas categorias sobrepeso e obesidade, que apesar de não se constituir fator de risco para o CCU, tem sido apontada como a segunda causa evitável para outros tipos de câncer, além de representar risco para doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes tipo 2⁽¹¹⁾.

O uso de cigarro é considerado fator de risco para CCU porque o tabaco diminui significativamente o número de células de *Langerhans* no colo uterino, favorecendo a persistência do HPV e conseqüentemente o aparecimento de lesões pré-malignas e malignas⁽¹²⁾.

Em estudo utilizando o QTF, 100% das mulheres com lesões acetobranças no colo uterino pelo método de Inspeção Visual com Ácido Acético (IVA) apresentaram alto grau de dependência, 75% das que manifestaram lesões ao exame de cervicografia e 14% das citologias alteradas apresentaram médio grau de dependência⁽¹³⁾.

Verifica-se, portanto, que se fosse disponibilizado tratamento de cessação de fumar para estas mulheres, o número de fumantes poderia ser reduzido já que o grau de dependência da maioria mostrou-se leve.

Na interrelação entre HPV e CCU, o uso de anticoncepcional hormonal combinado por mais de cinco anos é considerado fator de risco para CCU⁽³⁾. O componente hormonal facilita a persistência do HPV e a promoção da forma episomal do DNA-HPV para a

integração dentro do genoma do hospedeiro⁽¹⁴⁾. Apesar desse exposto, estudos têm demonstrado que a associação significativa entre essas duas variáveis se dá pelo fato de as usuárias de anticoncepcionais hormonais receberem uma melhor atenção pelo serviço de saúde, não utilizarem métodos de barreira, submeterem-se ao exame preventivo com maior frequência e serem mais vulneráveis a detecção de lesões de colo, já que os anticoncepcionais hormonais combinados podem favorecer o surgimento de ectopias^(9,15).

No presente estudo, apesar de a maioria das participantes estar no grupo de nuligesta e/ou ter até quatro gestações, a porcentagem de mulheres com mais de quatro gestações mostrou-se elevada quando comparada a taxa de fecundidade total no Ceará, que é de 1,8 filhos por mulher. Por outro lado, é sabido que essa taxa tende a ser maior em municípios menores e nas populações menos favorecidas, pelo menor acesso a informação e a serviço de planejamento familiar. As mulheres com mais de quatro gestações a termo têm risco quatro vezes maior de desenvolver CCU quando comparadas com as nulíparas⁽¹⁴⁾.

A precocidade da coitarca (10-14 anos) e da gravidez (até 19 anos) são fatores de risco para o CCU, pois na adolescência a metaplasia se intensifica e o coito aumenta a probabilidade de transformação atípica, potencializando as chances de alteração celular⁽¹⁵⁾.

Outro fator de risco destacado neste estudo é a presença de DST no grupo estudado, pois o Ministério da Saúde afirma que mulheres com DST apresentam alterações celulares do colo do útero cinco vezes mais. Isso ocorre devido à possibilidade de a maioria delas provocar inflamação e/ou ulceração genital, facilitando a disseminação de outras DST, incluindo o HPV⁽¹⁾. O HPV é um DNA-vírus encontrado em 95% dos CCU. A prevalência, o contágio, a agressividade e a persistência do HPV são maiores em mulheres HIV positivo do que naquelas sem a infecção. A infecção pelo HIV parece induzir a replicação do HPV, intensificando o processo

infecioso e promovendo reativação e persistência do HPV⁽¹⁶⁾.

O fator de risco relacionado à história pessoal de DST/HIV/Aids poderia ser minimizado pelo uso adequado de preservativo, considerado um fator protetor para CCU, devido à diminuição dos índices da patologia entre os usuários⁽¹⁶⁾.

A não realização do exame de Papanicolaou é um dos mais importantes fatores de riscos para o CCU, já que ao realizá-lo, a mulher tem a oportunidade de identificar lesões pré-cancerígenas e, uma vez tratadas, diminuir a progressão para o câncer invasor⁽²⁾. Estudo que objetivou investigar a motivação de mulheres para se submeterem ao exame de Papanicolaou identificou como motivo principal a presença de sinais e sintomas, pois o exame desperta medo e vergonha⁽¹⁷⁾.

Visando padronizar a periodicidade do exame, o Ministério da Saúde estabelece que o exame preventivo seja realizado uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. A periodicidade do exame de Papanicolaou foi estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) após verificar que em mulheres entre 35 e 64 anos, depois de um exame citopatológico negativo, o subsequente pode ser realizado após três anos, com a mesma eficácia da realização anual⁽⁹⁾. Como o maior número de mulheres do presente estudo referiu a frequência anual para o exame preventivo, questiona-se a necessidade dessas mulheres em realizá-lo com essa frequência, diminuindo a oferta desse exame para outras que nunca tiveram a oportunidade de realizá-lo. Esse aspecto resultou em uma limitação do estudo, uma vez que não foi verificado o intervalo de realização do exame conforme as necessidades específicas que o define.

Quanto à verificação do conhecimento sobre os fatores de risco para o CCU, ressalta-se que todos os fatores foram citados pelo menos uma vez. Inclusive duas mulheres afirmaram o etilismo como fator de risco para o CCU, contudo, a associação entre esse hábito e o

CCU ainda não está esclarecido. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) afirma que o etanol, substância presente nas bebidas alcoólicas, é um agente agressor que tem sido a causa de alguns tipos de câncer, como o hepático⁽⁹⁾. Porém estudo mostrou que, apesar das alterações do colo uterino serem mais frequentes em mulheres que ingeriram maiores concentrações de bebidas alcoólicas, não houve associação significativa entre as duas variáveis⁽¹³⁾.

Muitos indivíduos não adotam os comportamentos preventivos orientados pelos profissionais, mesmo quando estão bem informados. Portanto, mesmo que as clientes estejam esclarecidas quanto aos fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de CCU, algumas mudanças independem de seus anseios, já que circunstâncias culturais, ambientais e normas sociais têm impacto nas escolhas cotidianas destas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se vulnerabilidade das mulheres pesquisadas aos diversos fatores de risco para CCU, quando se destaca a evitabilidade de praticamente todos os fatores, à exceção da idade. Esse resultado alerta

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.048/2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde. [citado em 2011 abr 1]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regulamento_sus_240909.pdf.
2. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro; INCA, 2009.
3. Guanilo MCTU, Moura RF, Conceição CA, Nichiata LYI. Papilomavírus humano e neoplasia cervical: a produção científica dos países da América Latina e Caribe nos últimos 11 anos. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2006; 18(1):58-61.

gestores e profissionais de saúde a se envolverem na promoção de ações de saúde que preparem as mulheres para exercerem seu protagonismo na redução e controle destes fatores de risco. Visto que parte dos fatores de risco depende não somente de mudanças comportamentais por parte das mulheres, mas de intervenções do Estado e do Município, que estas sejam prontamente oferecidas. Torna-se recomendação imprescindível que as equipes da ESF atuantes em nosso país, conheçam os fatores de risco para CCU que mais acometam a população adstrita, bem como o conhecimento coletivo envolvido no tema, na perspectiva de intervir de modo mais direcionado e eficaz. Verificou-se que promover atividades educativas sobre os fatores de risco implica em maior conhecimento desses fatores por parte das mulheres.

Compete as equipes da ESF criar formas de atender com equidade, de modo que as mulheres mais pobres e menos escolarizadas tenham o direito de conhecer e exercer comportamentos conducentes a prevenção do CCU, com estratégias educativas que respeitem os aspectos culturais e tenham recursos didáticos acessíveis ao nível de conhecimento da população.

4. Ministério da Saúde (BR). Sistema de informação da atenção básica (SIAB). Estatísticas de 2007 [citado em 2011 abr 1]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/siab/siabs>.
5. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de classificação econômica Brasil. 2003 [citado em 2011 fev 15]. Disponível em: <http://www.abep.org>.
6. Halty LS, Hüttner MD, Oliveira Netto IC, Santos VA, Martins G. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. J Pneumol. 2002; 28(4):180-6.

7. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
8. Antunes AA, Lyra R, Calado AA, Antunes MA, Falcão E. Prevalência de coilocitose em biópsias penianas de parceiros de mulheres com lesões genitais induzidas pelo HPV. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004; 26(7):557-61.
9. Ministério da Saúde (BR). Normas e recomendações do INCA. Prevenção e Controle de Câncer. *Rev Bras Cancerol.* 2002; 48(3):317-32.
10. Brito DMS, Galvão MTG. Fatores de risco para câncer de colo uterino em mulheres com HIV. *Rev Rene.* 2010; 11(1):191-9.
11. Garófolo A, Avesani CM, Camargo KG, Barros ME, Silva SRJ, Taddei JAAC, et al. Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. *Rev Nutr.* 2004; 17(4):491-505.
12. Villa LL. Human papillomaviruses and cervical cancer. *Adv Cancer Res.* 1997; 71:321-4.
13. Bezerra SJS, Gonçalves PC, Franco ES, 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.* 2005; 17(2):143-8.
14. Nakagawa JT, Espinosa MM, Barbieri M, Schirmer J. Fatores associados ao câncer invasivo do colo do útero no estado de mato grosso. *Ciênc Cuid Saúde.* 2010; 9(4):799-805.
15. Lima CA, Palmeira JAV, Cipolotti R. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(10):2151-6.
16. Entiauspe LG, Teixeira LO, Mendoza-Sassi RA, Gonçalves CV, Gonçalves P, Martinez AMB. Papilomavírus humano: prevalência e genótipos encontrados em mulheres HIV positivas e negativas, em um centro de referência no extremo Sul do Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2010; 43(3):260-3.
17. Moura ADA, Silva SMG, Farias LM, Feitoza AR. Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de Papanicolaou: subsídios para a prática de enfermagem. *Rev Rene.* 2010; 11(1):94-104.

Recebido: 20/07/2011
Aceito: 08/03/2012