



ORIGINALES

Características sociodemográficas, individuais e programáticas de mulheres com câncer de colo do útero

Características sociodemográficas, individuales y de programación de las mujeres con cáncer cervical

Sociodemographic, individual and programming characteristics of women with cervical cancer

Carla Regiani Conde ¹

Talita Mayara Rossi Lemos ²

Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira ¹

¹ PhD, Nursing Department, Faculty of Medicine of Botucatu, Univ Estadual Paulista/UNESP, Botucatu, São Paulo, Brazil.

² RN, Nursing Department, Faculty of Medicine of Botucatu, Univ Estadual Paulista/UNESP, Botucatu, São Paulo, Brazil.

E-mail: carlaregiani@yahoo.com.br

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.301041>

Submissão: 27/07/2017

Aprovação: 13/10/2017

RESUMO:

Introdução: O câncer de colo do útero constitui, em todo o mundo, um sério problema de saúde pública e pode acometer especialmente mulheres de nível socioeconômico baixo e na faixa etária reprodutiva.

Objetivo: Identificar o conjunto de características sociodemográficas, individuais e programáticas presentes no cotidiano das mulheres que as tornaram vulneráveis ao câncer de colo do útero.

Método: Estudo descritivo e transversal que abordou as diferentes dimensões da vulnerabilidade e teve a participação de 99 mulheres com diagnóstico confirmado de câncer de colo do útero. Para caracterização das mulheres foi aplicado um questionário estruturado composto por informações direcionadas aos aspectos sociodemográficos, do indivíduo e relativos à organização dos serviços de saúde.

Resultados: A faixa etária predominante foi entre 40 a 57 anos. A maioria iniciou atividade sexual entre 15 e 18 anos, teve até cinco parceiros sexuais e nunca usou preservativo. Prevaleceram as casadas, brancas, ensino fundamental, católicas, renda familiar entre um e dois salários mínimos e moradia própria. Antes do diagnóstico do câncer cervical, 45.5% realizavam o exame preventivo anualmente e após a coleta citopatológica ocorreu no mínimo uma vez por ano. A maior parte procurou o serviço de saúde após sintomas da doença.

Conclusão: Faz-se necessário o desenvolvimento de intervenções eficazes de assistência à saúde da mulher pautada no conceito de integralidade do cuidado prestado.

Palavras chave: Neoplasias Uterinas; Saúde da Mulher; Vulnerabilidade em Saúde.

RESUMEN:

Introducción: El cáncer de cuello de útero constituye, en todo el mundo, un serio problema de salud pública y puede afectar especialmente a mujeres de nivel socioeconómico bajo y en el grupo de edad reproductiva.

Objetivo: Identificar el conjunto de características sociodemográficas, individuales y programáticas presentes en el cotidiano de las mujeres que las hicieron vulnerables al cáncer de cuello de útero.

Método: Estudio descriptivo y transversal que abordó las diferentes dimensiones de la vulnerabilidad y tuvo la participación de 99 mujeres con diagnóstico confirmado de cáncer de cuello de útero. Para caracterización de las mujeres se aplicó un cuestionario estructurado compuesto por informaciones dirigidas a los aspectos sociodemográficos, del individuo y relativos a la organización de los servicios de salud.

Resultados: El grupo de edad predominante fue entre 40 y 57 años. La mayoría inició actividad sexual entre 15 y 18 años, tuvo hasta cinco parejas sexuales y nunca usó preservativo. Prevalían las casadas, blancas, enseñanza básica, católicas, renta familiar entre uno y dos salarios mínimos y vivienda propia. Antes del diagnóstico del cáncer cervical, el 45.5% realizaba el examen preventivo anualmente y después de la colecta citopatológica ocurrió al menos una vez al año. La mayor parte buscó el servicio de salud después de los síntomas de la enfermedad.

Conclusión: Se hace necesario el desarrollo de intervenciones eficaces de asistencia a la salud de la mujer pautada en el concepto de integridad del cuidado prestado.

Palabras clave: Neoplasias Uterinas; Salud de la Mujer; Vulnerabilidad en Salud.

ABSTRACT:

Introduction: cervical cancer is a serious public health problem throughout the world and often affects women of low socioeconomic level and of reproductive age.

Objective: to identify the set of sociodemographic, individual and programmatic characteristics present in the daily life of women that made them vulnerable to cervical cancer.

Method: descriptive and cross-sectional study addressing the various dimensions of vulnerability that had the participation of 99 women with a confirmed diagnosis of cervical cancer. To characterize the women, a structured questionnaire was used, composed of information directed to the sociodemographic aspects of the individual and related to the organization of the health services.

Results: the predominant age group was between 40 and 57 years. Most started sexual activity between 15 and 18 years old, had up to five sexual partners and had never used a condom. There was prevalence of married, white, Catholic women with primary education, family income between one and two minimum wages and having their own house. Before the diagnosis of cervical cancer, 45.5% performed the preventive examination once a year and after cytopathological collection, it occurred at least once a year. The majority sought the health service after symptoms of the disease.

Conclusion: it is necessary to develop effective interventions for women's health care based on the concept of comprehensiveness of care provided.

Keywords: Uterine Neoplasms; Women's Health; Vulnerability in Health.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero constitui em todo mundo um sério problema de saúde pública, sendo os países em desenvolvimento responsáveis por 80% dos casos. As adolescentes estão mais expostas à infecção pelo papilomavírus humano (HPV), sendo a população de alta vulnerabilidade a desenvolver lesões precursoras para neoplasia cervical^(1,2).

No Canadá, devido à acessibilidade da realização do exame preventivo, é o 11º tipo de câncer mais comum entre as mulheres⁽³⁾. A Finlândia criou o “*Cancer Society of Finland*” que é responsável por capacitar e treinar profissionais para atuar no rastreamento das lesões precursoras e atualmente é uma dos países de menor incidência de câncer cervical⁽⁴⁾.

Outra estratégia para a prevenção da neoplasia e infecção pelo HPV é a imunização, mudanças no estilo de vida e detecção precoce, por meio da realização da citologia

cervical. Ainda, o tratamento do câncer de colo do útero em fase inicial reduz a incidência do carcinoma invasor em diversos países de mundo⁽²⁾.

O enfermeiro, neste contexto, tem papel fundamental no controle da incidência e mortalidade por câncer cervical, pois é o profissional que atua na educação em saúde, esclarece os medos relacionados ao exame de Papanicolaou, faz busca ativa das mulheres em atraso na coleta da citologia e realiza o rastreamento por meio do exame preventivo⁽⁵⁾.

Ao contextualizar o processo de saúde e doença, o profissional de saúde deve ampliar sua visão para além da dimensão biológica e individual e compreender que a mulher tem importante papel social e histórico⁽⁶⁾. O diagnóstico precoce e participação das mulheres em programas de prevenção é importante, especificamente, aquelas pertencentes a grupos vulneráveis, devendo-se investir na redução de barreiras ao acesso e utilização dos programas.

Nesse sentido, considera-se que ao investigar os potenciais de agravos à saúde e sua relação com o câncer de colo do útero nos estimulou compreender em profundidade como estes fatores vêm se inserindo no cotidiano da mulher. Sendo assim, o estudo apresenta como objetivo levantar o conjunto de características individuais, sociais e programáticas que tornaram as mulheres vulneráveis ao câncer de colo do útero.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e transversal, realizado no Ambulatório de Ginecologia Oncológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, interior de São Paulo, Brasil.

A amostra foi incluída por conveniência e composta por 99 mulheres com câncer de colo do útero em acompanhamento e tratamento na unidade hospitalar onde o estudo foi realizado. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2014 e julho de 2015 e foi orientada pela aplicação de um questionário estruturado e elaborado pelas pesquisadoras. A fim de obter a caracterização das mulheres, esse foi composto por afirmações direcionadas aos aspectos sociodemográficos e individuais das participantes e as ações programáticas dos serviços de saúde.

O estudo apresentou como critérios de inclusão: mulheres com diagnóstico de câncer de colo do útero, em acompanhamento e/ou tratamento no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, que compareceram no dia da consulta agendada e consentiram em participar do estudo e estivessem em condições clínicas para responder ao questionário sobre a percepção da vulnerabilidade à doença, os conhecimentos em relação ao câncer de colo do útero e as ações de saúde voltadas para seguimento da doença e sua assistência.

O Ambulatório de Ginecologia Oncológica funciona todas as sextas-feiras, no horário das 8 às 12 horas, sendo a coleta dos dados realizada neste dia e horário da semana e em sala disponibilizada pela equipe de enfermagem.

Os dados referentes à caracterização das mulheres foram alocados em uma planilha eletrônica do Microsoft Excel 2010 e posteriormente realizada a análise estatística. Para a caracterização da amostra foi utilizada a estatística descritiva e as variáveis

apresentadas em tabelas contendo as frequências relativas (%) e absolutas (N). Considerando uma margem de erro de 10% e uma confiabilidade de 95%, o tamanho amostral mínimo era de 96 pacientes.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, sob o parecer nº 607.268 em 07 de abril de 2014.

RESULTADOS

Dentre as mulheres participantes deste estudo e que apresentavam diagnóstico confirmado de câncer de colo do útero, constatou-se que a idade destas ao receberem o diagnóstico esteve entre 21 a 78 anos, sendo a faixa etária predominante (60.6%) entre 40 a 57 anos e duas com idade inferior a 25 anos.

Na tabela 1 encontram-se descritas as características sociodemográficas das mulheres acompanhadas no Ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Quanto à procedência por Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e regiões de saúde, evidenciou-se que 92.2% (n = 92) da amostra em estudo pertenciam ao DRS VI (regiões de saúde: Pólo Cuesta e Vale do Jurumirim e Bauru), pelo qual o Hospital das Clínicas de Botucatu é referência no serviço em saúde. Verificou-se, também, que sete mulheres pertenciam a outras DRS: II (município de Guararapes, região de saúde: Araçatuba/SP), VII (município de Holambra, região de Campinas/SP), IX (município de Ourinhos, região de Marília/SP), XVI (municípios de Cerquilha, Sorocaba e Tatuí, região de Sorocaba/SP). Quanto à cor declarada, a maioria (67.7%) disse ser branca. Observou-se, também, que 74.7% possuíam ensino fundamental. Em relação à religião, a maioria (98.0%) declarou ser religiosa e dentre estas, 62.7% eram católicas. O estado civil casada ou em um relacionamento estável foi predominante (52.6%). Com relação à renda familiar, 69.7% declararam receber entre um e dois salários mínimos. A respeito do local de moradia, 67.7% residiam em casa própria. Ainda, notou-se que 70.7% das mulheres eram profissionais economicamente ativas antes do diagnóstico do câncer de colo do útero e que após a descoberta e tratamento da doença apenas 36.4% continuaram exercendo atividades profissionais remuneradas. Vale destacar que, após a neoplasia, algumas mulheres aposentaram-se, estavam com auxílio doença ou foram desligadas do seu emprego e outras mudaram de profissão, passando a ser profissional autônoma.

Tabela 1: Características sociodemográficas das mulheres, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.

Características sociodemográficas	n (%)
Procedência (por DRS)	
DRS VI	92 (93.0)
DRS XVI	3 (3.0)
DRS D II	2 (2.0)
DRS VII	1 (1.0)
DRS IX	1 (1.0)
Cor da pele (auto declarada)	
Branca	67 (67.7)
Parda	27 (27.3)
Preta	5 (5.0)

Grau de instrução	
Ensino fundamental completo/incompleto	74 (74.7)
Ensino médio completo/incompleto	13 (13.1)
Superior/Pós-graduação	6 (6.1)
Sem instrução	6 (6.1)
Religião	
Sim	97 (98.0)
Não	2 (2.0)
Estado civil	
Casada/Relacionamento estável	52 (52.6)
Viúva	21 (21.2)
Divorciada	13 (13.1)
Solteira	13 (13.1)
Renda familiar (em salários mínimos)	
< 1	6 (6.1)
1 a 2	69 (69.7)
≥ 3	24 (24.2)
Moradia	
Própria	67 (67.7)
Alugada	15 (15.2)
Emprestada	13 (13.1)
Financiada	4 (4.0)
Profissional economicamente ativa antes do diagnóstico	
<i>Sim</i>	70 (70.7)
<i>Não</i>	29 (29.3)
Profissional economicamente ativa após diagnóstico	
<i>Sim</i>	36 (36.4)
<i>Não</i>	63 (63.6)

Dentre as características individuais, houve predomínio da sexarca (52.5%) entre 15 e 18 anos, ressaltando-se que 21.2% iniciaram atividade sexual com idade inferior ou igual a 14 anos. A respeito da idade que se tornaram mães pela primeira vez, observou-se que 68.7% encontravam-se na faixa etária entre 15 e 20 anos. Ainda, um número significativo de mulheres (55.6%) tiveram quatro gestações ou mais. Quanto ao número de parceiros sexuais durante a vida, 31.3% tiveram apenas um parceiro e 57.6% de dois a cinco. Em relação ao uso de preservativos com todos os parceiros, 59.6% nunca usaram e apenas 4.0% sempre utilizaram. Quando questionadas se usam preservativo com o companheiro atual, 60.6% contaram nunca fazer uso, no entanto, a maioria (84.8%) relatou que na última relação sexual não usou o preservativo. Dados informados na continuação (tabela 2).

Tabela 2: Características individuais das mulheres, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.

Características individuais	n (%)
Idade da Sexarca (anos)	
≥14	21 (21.2)
15 a 18	52 (52.5)
> 18	26 (26.3)
Idade que teve o primeiro filho (anos)	
≥14	3 (3.0)
15 a 20	68 (68.4)

> 21	18 (24.3)
Sem filhos	4 (4.0)
Número de gestações	
1 a 3	40 (40.4)
4 a 18	55 (55.6)
Nenhuma	4 (4.0)
Numero de parceiros durante a vida	
<i>Um</i>	31 (31.3)
<i>2 a 5</i>	57 (57.6)
<i>6 a 10</i>	8 (8.1)
<i>> 10</i>	3 (3.0)
Usou preservativo como todos os parceiros	
Nunca	59 (59.6)
Às vezes	36 (36.4)
Sempre	4 (4.0)
Usa preservativo com o parceiro atual	
Nunca	60 (36.4)
Às vezes	17 (17.1)
Sempre	6 (6.1)
Sem parceiro atual	16 (16.2)
Usou preservativo na última relação sexual	
Não	84 (84.8)
Sim	15 (15.2)

Quanto às características programáticas apresentadas na tabela 3, evidenciou-se que, antes de serem diagnosticadas com a neoplasia cervical, 45.5% das mulheres relataram realizar o exame preventivo anualmente, contudo, 31.3% nunca haviam colhido a citologia. Por continuarem em acompanhamento, a maior parte (57.6%) passou a realizar o exame anualmente e as demais, a cada seis meses ou quatro meses ou trimestralmente. Quando questionadas com relação se apresentavam alguma dificuldade para agendar o exame de Papanicolaou, 97.0% confirmaram que não e as que apresentaram dificuldade, relataram ser por falta de profissional na unidade de saúde para colher o exame e não ter data na agenda para realizar a citologia. Quanto os motivos da procura pelo serviço de saúde, apenas 27.3% afirmaram não apresentar nenhuma queixa ginecológica e buscaram a unidade de saúde como consulta de rotina. Constatou-se que a maioria das mulheres procurou o serviço de saúde após sintomas da doença e as principais queixas foram: dor pélvica, sangramentos entre ciclos ou pós-coito ou pós-menopausa, leucorreia, dispareunia e hemorragia. A respeito do intervalo entre a procura pelo serviço de saúde, descoberta da doença e início do tratamento, observou-se que em 79.8% das mulheres este período foi igual ou inferior a um mês.

Segundo relato das mulheres, o tipo tratamento que foram submetidas teve predomínio o tratamento cirúrgico (histerectomia, com 32.3%), mas também se evidenciou que a radioterapia e braquiterapia estiveram associadas a outros tipos de tratamento, tais como quimioterapia, histerectomia e conização. Algumas mulheres declararam ainda que após o tratamento começaram apresentar outras comorbidades, como alterações intestinais (diarreia e constipação), incontinência urinária e dificuldade motora.

Tabela3: Características programáticas dos serviços de saúde, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.

Características programáticas	n (%)
Frequência do exame preventivo antes da neoplasia (anos)	
Anualmente	45 (45.5)
2 a 3	11 (11.1)
> 3	12 (12.1)
Nunca havia realizado	31 (31.3)
Frequência do exame preventivo após neoplasia	
Anualmente	57 (57.6)
Semestralmente	32 (32.3)
A cada 4 meses	10 (10.1)
Dificuldades para agendamento do exame preventivo	
Não	96 (97.0)
Sim	3 (3.0)
Motivos da procura pelo serviço de saúde*	
Sangramento entre ciclos/pós-coito/pós-menopausa	53 (53.6)
Dor pélvica	30 (30.3)
Exame de rotina	27 (27.3)
Leucorreia	23 (23.2)
Dispareunia	22 (22.3)
Hemorragia	18 (18.2)
Outros**	9 (9.1)
Intervalo de tempo entre a procura pelo serviço de saúde/ Diagnóstico da doença/Início do tratamento (meses)	
≤ 1	79 (79.8)
2 a 6	15 (15.2)
≥ 7	3 (3.0)
Não sabe	2 (2.0)

*Dados excederam 100% porque algumas mulheres relataram ter apresentado mais de um motivo para a procura pelo serviço de saúde.

**Dor e queimação ao urinar, dor na vagina, cistocele, dor lombar, fraqueza, condiloma, perda de peso.

DISCUSSÃO

Os potenciais de adoecimento e agravos ao câncer de colo do útero dependem de condições sociais, ambientais, políticas e econômicas, ou seja, das características biológicas e comportamentais dos sujeitos. Ao se identificar estes aspectos, busca-se encontrar soluções para realização de uma prevenção eficaz a saúde da mulher em situação de vulnerabilidade.

Quanto ao levantamento das características individuais, o estudo identificou que a idade do diagnóstico corroborou com o Instituto Nacional do Câncer. O aparecimento de câncer invasor de colo do útero em mulheres até 24 anos é muito baixo e o rastreamento não é eficaz para detectá-lo. Tratar estas lesões antes dos 25 anos de idade acarretaria um aumento importante de colposcopias, elevaria o risco de morbidade obstétrica e neonatal associada futura gestação e nesta idade há grande probabilidade da doença regredir. Ainda, mulheres na faixa etária entre 50 e 64 anos e com exame citopatológico normais apresentam redução de 84% no risco de desenvolver um carcinoma invasor entre 65 e 83 anos⁽²⁾.

Observou-se que na maioria das mulheres a primeira relação sexual e a maternidade aconteceram na fase da adolescência, assim como, as mulheres do eram multígestas. Corroborando com este fato, um estudo demonstrou que a sexarca precoce está associada principalmente a ser negra, filha de mãe adolescente e pais separados, baixo nível de instrução e socioeconômico, autoestima baixa, insegurança, influência da mídia, desconhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis, influência social e do meio em que vive, falta de diálogo com os pais, insistência do parceiro, falta de educação sexual na escola desemprego, uso de drogas e álcool, não praticar religião e influência dos amigos que já tiveram relação sexual⁽⁷⁾.

A gestação também foi um fator associado à infecção, pela alta prevalência do vírus nessa população. Acredita-se que a gravidez possa interferir com a infecção pelo HPV devido a alterações imunes e hormonais⁽¹¹⁾. Sabe-se que altos níveis de hormônios esteroides produzem diminuição da síntese e atividade dos linfócitos e macrófagos. Assim, durante a gestação há depressão transitória e seletiva da imunocompetência celular. A atividade dos linfócitos T auxiliares e T supressores está diminuída, assim como da IgG e IgA no muco cervical⁽⁸⁾.

A gestação, em decorrência das modificações maternas como alterações hormonais e imunes, é considerada um fator de risco para infecção pelo HPV, sendo o câncer cervical o mais comum entre os outros tipos associados à gravidez. A gravidez causa desequilíbrio na flora vaginal, aumentando a vulnerável à contaminação de agentes infecciosos e o HPV⁽⁸⁾.

A sexarca com idade inferior a 15 anos, múltiplos parceiros e relação sexual sem preservativo foi responsável pela exposição à infecção pelo HPV e aumento da vulnerabilidade ao câncer de colo uterino em mulheres institucionalizadas em uma penitenciária feminina⁽⁹⁾. Ainda, ressalta-se que mulheres com HPV e outras infecções estão mais suscetíveis a agravos a sua saúde e, neste caso, ao desenvolvimento mais rápido de carcinomas invasores de colo do útero⁽²⁾.

No que diz respeito às características sociais, comprovou-se predomínio da cor branca (cor declarada), ensino fundamental completo ou incompleto, católicas, casadas, renda familiar entre um e dois salários mínimos e moradia própria.

Na capital da Etiópia, estudo demonstrou que a maioria das pacientes era casada (51%) e analfabeta (52%). Ainda, aspectos socioeconômicos como nível de escolaridade, renda e ocupação, influenciam na tomada de decisão das mulheres pela dependência econômica do cônjuge e estão mais expostas a infecção pelo HPV por apresentar dificuldade para compreender os fatores de vulnerabilidade ao câncer cervical. Estas, também, realizam com menor periodicidade o exame preventivo e apresentam-se menos conscientes quanto aos agravos decorrentes da doença elevando a chance de diagnóstico tardio⁽¹⁰⁾. Outra evidência constatou que a maioria das mulheres com lesões no colo uterino era casada (75%), cor branca (31.82%), baixo grau de instrução e condição socioeconômico desfavorável⁽¹¹⁾.

Quanto à religião, comprova-se que sua prática influencia no comportamento das mulheres, incentivando hábitos saudáveis. Muitas igrejas, principalmente aquelas localizadas em regiões empobrecidas, têm assumido um importante papel social e, por meio de atividades educativas, desenvolve com seus devotos ações voltadas para a prevenção e promoção à saúde⁽¹²⁾.

A respeito da participação das mulheres como profissional ativa antes e após o diagnóstico e tratamento, este estudo mostrou que a maioria parou de trabalhar após a doença.

Na Inglaterra, um estudo observou o efeito negativo do trabalho em pacientes com câncer e mostrou que 17% dos indivíduos após o tratamento da doença apresentam-se menos propensos a trabalhar ou trabalham, em média, 5,6 horas a menos por semana. Evidenciou-se também que o retornar ao trabalho ocorre pelo menos um ano após o fim do tratamento⁽¹³⁾.

As características programáticas dos serviços de saúde permitiram identificar que as mulheres se mostraram mais preocupadas com sua saúde após a neoplasia cervical. A adesão ao exame de Papanicolaou é uma barreira importante para o diagnóstico precoce, mas superada por algumas mulheres que atribuí ao câncer ser uma doença fatal e, assim, realizam o exame. Contudo, quando a mulher não apresenta sintomas da doença ou não compreendem a importância de realizar o rastreamento, a não adesão ao exame de rotina fica mais evidente. Tal comportamento é significativo para o aumento da incidência e mortalidade de mulheres diagnosticadas tardiamente^(14,15). Há relato que um quarto a um terço da população feminina não sente necessidade de realizar o exame citopatológico devido à ausência de sintomas⁽¹⁶⁾.

O exame citopatológico periódico, até o momento, é a melhor maneira de realizar o rastreamento do câncer cervical e reduzir a mortalidade entre mulheres vulneráveis à doença. Contudo, o rastreamento é eficaz em sistema organizado para acompanhar e tratar a população feminina, capaz de atendê-las integralmente e oferecer assistência de qualidade⁽²⁾.

Quanto ao início do tratamento após o diagnóstico do câncer, cabem aos serviços de atenção primária encaminhar imediatamente para os serviços especializados, pois é responsável por propor ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, reabilitação e manutenção da saúde nas dimensões coletiva e individual. Sendo assim, é papel da atenção básica organizar a referência e checar contra referência⁽²⁾.

Quanto ao tipo de tratamento, neste estudo, a histerectomia, radioterapia e braquiterapia foram mais frequentes. Comparado a outros tipos de cânceres, é o tratamento que tem melhor resposta a prevenção da doença invasiva e cura. Sabe-se que, se a doença for diagnosticada precocemente e o tratamento realizado corretamente, há chances de regressão, quase que totalmente, o desenvolvimento da doença, por sua evolução ser lenta e gradativa⁽¹⁷⁾.

CONCLUSÃO

O levantamento das características sociodemográficas, individuais e programáticas permitiu identificar que fatores de risco para o câncer de colo do útero, tais como sexarca precoce, o não uso de preventivo, grau de instrução e renda familiar precário e a não realização do exame de Papanicolaou de rotina foi predominante e contribuiu para a vulnerabilidade a neoplasia.

No entanto, consideramos como uma possível limitação deste estudo o fato de algumas mulheres terem sido diagnosticadas com câncer de colo do útero há alguns anos. Acreditamos que o período entre o diagnóstico e a coleta de dados pode ter

levado a apresentarem dificuldades para recordarem algumas características em relação a sua vida sexual pregressa, mas por ainda estarem em acompanhamento no Ambulatório de Ginecologia Oncológica, certamente, foram capazes de descrever aspectos sociais e relativos a organização dos serviços de saúde e sua participação no tratamento e rastreamento de outras alterações no seu estado de saúde.

Ao considerar a percepção das mulheres quanto a características que as tornaram vulneráveis ao câncer de colo do útero, faz-se necessário o desenvolvimento de intervenções eficazes de assistência pautada no conceito de integralidade do cuidado prestado. Acredita-se que o investimento na prevenção por meio da imunização e orientação de relação sexual segura, seja a melhor estratégia e deva estar associada à detecção e tratamento precoce das lesões precursoras para neoplasia cervical.

Portanto, ressalta-se a importância dos programas de rastreamento serem organizados, diagnóstico e tratamento precoce, ações de saúde acontecerem por uma equipe multidisciplinar, realização de educação continuada e planejamento de assistência qualificada.

REFERÊNCIAS

1. Silva MRB, Silva GP. O conhecimento, atitudes e prática na prevenção do câncer uterino de uma unidade da zona oeste Rio de Janeiro. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* 2012;4(3):2483-92.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2a ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
3. Wiedmeyer ML, Lofters A, Rashid M. Cervical cancer screening among vulnerable women: factors affecting guideline adherence at a community health centre in Toronto, Ont. *Can Fam Physician.* 2012;58(9):e521-6.
4. Finnish Cancer Registry. Institute for Statistical and Epidemiological Cancer Research. Cervical cancer screening [Internet]. Helsinke: Finnish Cancer Registry; 2016 [citado 23 Nov 2016]. Disponível em: http://www.cancer.fi/syoparekisteri/en/mass-screening-registry/cervical_cancer_screening/.
5. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(esp):158-64.
6. Prestes CRS, Paiva VSF. Psychosocial approach and health of black women: vulnerabilities, rights and resilience. *Saúde Soc.* 2016;25(3):673-88.
7. Lara LA, Abdo CH. Aspectos da atividade sexual precoce. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015;37(5):199-202.
8. Oliveira GR, Vieira VC, Barral MFM, Döwich V, Soares MA, Conçalves CV et al. Risk factors and prevalence of HPV infection in patients from Basic Health Units of an University Hospital in southern Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013;35(5):226-32.
9. Anjos SJSB, Ribeiro SG, Lessa PRA, Nicolau AIO, Vasconcelos CTM, Pinheiro AKB. Fatores de risco para o câncer de colo do útero em mulheres reclusas. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(4):508-13.
10. Tadesse SK. Socio-economic and cultural vulnerabilities to cervical cancer and challenges faced by patients attending care at Tikur Anbessa Hospital: a cross sectional and qualitative study. *BMC Women's Health.* 2015;15(75):1-12.

11. Dias EG, Santos DDC, Dias ENF, Alves JCS, Soares LR. Perfil socioeconômico e prática do exame de prevenção do câncer do colo do útero de mulheres de uma unidade de saúde. *Rev Saúde Desenvolv.* 2015;7(4):135-46.
12. Ribeiro FML, Minayo MCDS. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. *Cien Saúde Colet.* 2014;19(6):1773-89.
13. Candon D. The effects of cancer on older workers in the English labour market. *Econ Hum Biol.* 2015;18:74-84.
14. Vrinten C, McGregor LM, Heinrich M, von Wagner C, Waller J, Wardle J, et al. What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population. *Psycho-Oncology.* 2016 Sep 19. doi: 10.1002/pon.4287.Review.
15. Carvalho ILN, Nunes RB, Sousa IDB, Batista RDC, Sousa ASJ, Sousa CS. Exame citopatológico: compreensão de mulheres rurais acerca da finalidade e do acesso. *Rev Rene.* 2016;17(5):610-7.
16. Wijkerslooth TR, Haan MC, Stoop EM, Bossuyt PM, Thomeer M, Leerdam ME, et al. Reasons for participation and nonparticipation in colorectal cancer screening: a randomized trial of colonoscopy and CT colonography. *Am J Gastroenterol.* 2012;107(12):1777-83. doi: 10.1038/ajg.2012.140.
17. Araújo AO, Lira ACB, Fortes CMMS, Ribeiro JF, Barros RGM. Perfil clínico e epidemiológico da mulher idosa com câncer de colo do útero em Teresina-PI, 2008-2012. *Rev Multiprof Saúde Hosp São Marcos.* 2013;1(2):4-13.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia