



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANÇA

SÍFILIS, HIV E ALTERAÇÕES CITOPATOLÓGICAS PARA A OCORRÊNCIA DE
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

FEIRA DE SANTANA-BA

2018

LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANÇA

**SÍFILIS, HIV E ALTERAÇÕES CITOPATOLÓGICAS PARA A OCORRÊNCIA DE
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde, da Universidade Estadual de Feira de Santana, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Epidemiologia de Doenças Crônicas

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Julita Maria Freitas Coelho

FEIRA DE SANTANA-BA

2018

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

F881s França, Lyvia Mirelle Carneiro de
Sífilis, HIV e alterações citopatológicas para a ocorrência de câncer de
colo de útero / Lyvia Mirelle Carneiro de França. - 2018.
118f.: il.

Orientadora: Julita Maria Freitas Coelho.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.

1. Colo uterino – Câncer – Fatores de risco. 2. Colo uterino – Câncer -
Rastreamento. 3. Doenças sexualmente transmissíveis - Câncer. 4. Saúde da
mulher. I. Coelho, Julita Maria Freitas, orient. II. Universidade Estadual de
Feira de Santana. III. Título.

CDU: 618.14-006

LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANÇA

**SÍFILIS, HIV E ALTERAÇÕES CITOPATOLÓGICAS PARA A OCORRÊNCIA DE
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde, da Universidade Estadual de Feira de Santana, como pré-requisito para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em Feira de Santana, 27 de agosto de 2018.

Prof^ª. Dr^ª. Julita Maria Freitas Coelho (Orientadora)
Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof^ª. Dr^ª. Cristiane Ribeiro da Silva Castro (Titular)
Secretaria Estadual de Saúde da Bahia

Prof^ª. Dr^ª Edna Maria Araújo (Titular)
Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Dedico a conclusão do presente trabalho a minha mãe que com toda dedicação me ensinou a conquistar meus sonhos com ética e princípios.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida. Por me dá forças para não desistir diante de diversas adversidades e pela saúde. A minha mãe, muito mais que agradecimento, mas dedico a ela a minha vida e minhas ações. Sempre me motivando e me mostrando o melhor caminho a trilhar. E como a mesma sempre diz: “Nunca faça nada que lhe envergonhe”. Ela que me criou sozinha com diversas dificuldades e que me fez entender que para obter o crescimento pessoal e profissional era necessário ter caráter, princípios, ética e se colocar na situação do próximo.

Sou grata a Professora Julita por dedicar seu tempo a contribuir para minha formação, pela paciência em compartilhar seus conhecimentos, por aceitar o desafio de orientar um tema um pouco distante da sua realidade profissional, por está presente nos momentos de dúvidas e por ser uma profissional exemplar. A professora Dr^a. Edna que contribuiu com seus conhecimentos na banca de qualificação e sempre disposta a retirar as dúvidas que existiu no processo de construção dessa dissertação. A todos os professores do mestrado pelos ensinamentos compartilhados.

A amiga Pâmella Teodoro que em alguns momentos não me deixou desistir e por me incentivar no momento da seleção. A Ivonete, pois me fez lembrar os ensinamentos de minha mãe, e não deixou me sentir sozinha nessa jornada. A Elisabete, por além de ser um exemplo de profissional, me ofertou diversos conselhos que contribuiriam nessa jornada. A Marcella que dedicou seu tempo me mostrando o quanto eu podia ir além nas minhas conquistas. A minha companheira de orientadora Gláucia que compartilhou conhecimentos e angústias no processo de construção desse projeto.

A amiga Viviane que é um exemplo de vida, juntando ela a amiga Cristianmar que não me deixaram desistir. Não podia esquecer a equipe San Martin (os agentes comunitários de saúde, Alessandra, as duas Priscilas, Poliane, Ricardo, Maíra, Ana, Joseane e Thaís) que foram imprescindíveis não apenas na coleta de dados captando as pacientes pras entrevistas, como também foram uma família. A todas devo o incentivo e a ajuda nos momentos de dificuldades e desespero. Ao Distrito Sanitário da Liberdade pelo apoio e por permitir meu crescimento profissional. Minha eterna gratidão por vocês.

Aos colegas do mestrado por termos enfrentado esse desafio juntos, um sempre apoiando o outro em todas as fases, conviver com vocês foi prazeroso. A Isis que me faz querer ser a cada dia uma pessoa melhor, a minha irmã Sylvia que sempre esteve do meu lado. Aos primos (as) que me aturaram nesta reta final, aguentaram meus dias de estresse e me

fizeram ver quem são os amigos de verdade e por entenderem que eu estava escrevendo um texto que parecia não ter fim. Sou feliz em ter uma família e amigos que sempre estiveram por perto construindo comigo os meus sonhos. Agradeço a todos que de diversas formas contribuíram para a concretização desse momento.

“Construí amigos, enfrentei derrotas, venci
obstáculos, bati na porta da vida e disse-lhe:
Não tenho medo de vivê-la”.

(Augusto Cury)

FRANÇA, LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE. **SÍFILIS, HIV E ALTERAÇÕES CITOPATOLÓGICAS PARA A OCORRÊNCIA DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO**. 2018. F118. Dissertação (Mestrado Profissional) - Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2018.

RESUMO

Introdução: O Câncer de Colo Uterino (CCU) é um dos agravos de saúde que acomete as mulheres, sendo que em média 80% desses eventos acontecem em países em desenvolvimento. No Brasil, o CCU, é a quarta causa de morte se tratando de neoplasias malignas na população feminina. Esta patologia, normalmente assintomática é de progressão lenta, onde o processo que inclui lesões neoplásicas ou pré-neoplásicas, é detectada precocemente pelo Exame Papanicolau (EP). Diversos fatores estão associados, entre eles as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). **Objetivo:** Identificar fatores associados à presença de alterações citopatológicas de colo do útero, HIV e/ou da sífilis em mulheres que realizaram o EP na Unidade Saúde da Família San Martín, em Salvador – BA, de 02 de janeiro de 2015 a 09 de março de 2018. **Métodos:** Esse estudo transversal consistiu de 150 participantes. Após aplicação de um questionário, foi realizado exame clínico das mamas e ginecológico, e testagens rápidas para diagnóstico da sífilis e do HIV tipos 1 e 2. A análise bivariada foi feita associando cada uma das variáveis independentes com o desfecho em pauta, por meio de tabelas de contingência (teste qui-quadrado e quando necessário, o teste exato de Fisher). A magnitude da associação entre a presença de lesão e diagnóstico de sífilis foi expressa pela Razão de Prevalência (RP), intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e valores de p. Para testar a diferença de médias foi utilizado o teste t de Student. **Resultados:** O grupo com lesão apresentou os piores valores em relação ao uso do cigarro, alteração mamária à palpação e descarga papilar, em comparação ao grupo sem lesão precursora pro CCU, com diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$). Além disso, os presentes resultados apontaram uma associação estatisticamente significativa entre a sífilis e a descarga papilar mamária ($OR_{bruta} = 0,05$; IC 95% [1,00 - >99,9]). **Discussão:** O estudo confirmou fatores de risco para lesão precursora do CCU e para sífilis já existentes, a exemplo do tabagismo e alterações mamárias para lesões, e nível de escolaridade para sífilis, assim como divergiu quanto pesquisas relacionadas ao uso do preservativo e a diminuição do risco de lesão e da provável associação com as IST. **Conclusões:** A lesão precursora do CCU não se mostrou um fator associado à sífilis. Não foram detectados casos de HIV tipos 1 e 2 na amostra. Achados menos esperados foram constatados neste estudo, a relação entre hipertensão e descarga papilar e presença de sífilis.

Descritores: Sífilis; HIV; Câncer de Colo de Útero.

FRANÇA, LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE. **SYPHILIS, HIV AND CITOPATOLÓGICAS CHANGES TO THE OCCURRENCE OF CERVICAL CANCER OF UTERUS.** 2018 S118. Dissertation (Master) - Department of Health, State University of Feira de Santana, Bahia, 2018.

ABSTRACT

Introduction: Cancer of the Uterine Cervix (CUC) is one of the diseases that afflicts women, and on average 80% of these events happen in developing countries. In Brazil, the CUC is the fourth cause of death for malignant neoplasms in female population. This pathology, usually asymptomatic is slowly progressing, where the process includes neoplastic lesions or previous neoplastic, is detected early by Papanicolau Exam (PE). Several factors are associated with, including Sexually Transmitted Infections (STI). **Objective:** To identify factors associated with the presence of citopatológicas changes of the cervix, HIV and/or syphilis in women who performed the PE on family health Unit San Martin, in Salvador-BA, from 02 January 2015 to 09 March 2018. **Methods:** This cross-sectional study consisted of 150 participants. After application of a questionnaire, was conducted clinical examination of the breast and gynecological, and quick tests for diagnosis of syphilis and HIV types 1 and 2. The bivariate analysis was made by associating each of the independent variables with the outcome, through contingency tables (Chi-square test and when necessary, the Fisher's exact test). The magnitude of the association between the presence of injury and diagnosis of syphilis was expressed by the Ratio of Prevalence (RP), 95% Confidence Interval (CI 95%) and p values. To test the difference of averages was used the Student's t-test. **Results:** The group with injury presented the worst values in relation to the use of the breast to change cigarette palpation and papillary discharge, in comparison to the group without precursor lesion pro CUC, with statistically significant ($p \leq 0.05$). In addition, the present results showed a statistically significant association between syphilis and unloading mammary papillary ($OR_{bruta} = 0.05$; IC 95% [1.00-> 99.9]). **Discussion:** The study confirmed risk factors for precursor lesion of CUC and to syphilis existing ones, the example of smoking and mammary, changes for injuries, and level of education for syphilis, as well as diverged as research related to the use of condom and decreasing the risk of injury and the likely association with the STI. **Conclusions:** The precursor lesion of the CUC was a factor associated with syphilis. Were not cases of HIV types 1 and 2 in the sample. Less expected findings were observed in this study, the relationship between hypertension and papillary discharge and the presence of syphilis.

Descriptors: Syphilis; HIV; Cervical Cancer of Uterus.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Manifestações clínicas, de acordo com a evolução e estágios da sífilis adquirida	21
QUADRO 2	Nomenclaturas citopatológicas e histopatológicas utilizadas desde o início da realização do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências	29
QUADRO 3	Classificação das atipias de significado indeterminado	30
QUADRO 4	Recomendações iniciais após resultado de exame citopatológico anormal	37
QUADRO 5	Estudos relacionados ao CCU, publicados entre 2000 e 2016	42
QUADRO 6	Classificação das alterações do EP, segundo INCA, 2006	55

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1	Taxa de mortalidade ajustada (taxa por 100.000) pela população mundial por CCU. Regiões. Brasil, 1983 a 2013	23
FIGURA 1a	Evolução do câncer de colo de útero	28
FIGURA 2	Opções de tratamento do câncer cervical de acordo com estadiamento clínico	38
FIGURA 3	Linha de cuidado no câncer	40
FIGURA 1b	Artigo 1 - Fluxograma da seleção e composição da amostra e grupos de comparação	65
GRÁFICO 1	Artigo 1- Distribuição de tipos e percentuais de lesões precursoras para Câncer de Colo de Útero detectados em exames de Papanicolau em mulheres usuárias da USF San Martin (n=17). Salvador, 2018	70
FIGURA 1c	Artigo 2 - Fluxograma da seleção e composição da amostra e grupos de comparação	84

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Taxa de incidência por CCU no Brasil, por 100.000 mulheres, nos anos de 1997 e 2013	22
TABELA 1	Artigo 1 – Características sociodemográficas e hábitos de vida da amostra segundo a presença ou ausência de lesões precursoras para o CCU. Salvador, BA, Brasil. (n = 150)	66
TABELA 2	Artigo 1 – Condições clínicas, reprodutivas e histórico familiar da amostra segundo a presença ou ausência de lesões precursoras para o CCU. Salvador, BA, Brasil. (n = 150)	67
TABELA 3	Artigo 1 – Condições mamárias, microflora vaginal e outras características ginecológicas apresentadas pela amostra segundo a presença ou ausência de lesões precursoras para o CCU. Salvador, BA, Brasil. (n = 150)	69
TABELA 1	Artigo 2 – Características sociodemográficas e hábitos de vida da amostra segundo a presença ou ausência de sífilis. Salvador, BA, Brasil. (n = 150)	85
TABELA 2	Artigo 2 – Condições clínicas, ginecológicas e histórico familiar da amostra segundo a presença ou ausência de sífilis. Salvador, BA, Brasil. (n = 150)	86
TABELA 3	Artigo 2 – Condições mamárias, microflora vaginal e outras características ginecológicas apresentadas pela amostra segundo a presença ou ausência de sífilis. Salvador, BA, Brasil. (n = 150)	88
TABELA 4	Artigo 2 – <i>Odds Ratio</i> (OR) entre sífilis e fatores com tendência a elevar a probabilidade de sua ocorrência. Salvador, BA, Brasil. (n = 150)	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGC	Atipias de Células Glandulares de Significado Indeterminado, possivelmente não neoplásicas
AGUS	Atipias de Células Glandulares de Significado Indeterminado
ASC-H	Atipias de Células Escamosas de Significado Indeterminado, não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau
ASCUS	Atipias de Células Escamosas de Significado Indeterminado
C	Controle
CAISM	Consultório de Assistência Integral à Saúde da Mulher
CAF	Cirurgia de Alta Frequência
CCU	Câncer de Colo Uterino
CPCC	Coordenação de Programas de Controle de Câncer
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
EP	Exame Papanicolau
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPV	<i>Papiloma Vírus Humano</i>
HSIL	Lesão Intraepitelial de Alto Grau (compreendendo NIC graus II e III)
HSV2	Vírus Herpes Simples tipo 2
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalos de Confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
JEC	Junção Escamocolunar
LSIL	Lesão Intraepitelial de Baixo Grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e NIC grau I)
MS	Ministério da Saúde
NIC	Neoplasias Intraepiteliais Cervicais

OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNCCCU	Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero
PNQC	Programa Nacional de Qualidade da Citologia
PRO-ONCO	Programa de Oncologia do Instituto Nacional do Câncer
PSF	Programa Saúde da Família
RBGO	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
RNA	Ácido Ribonucleico
RP	Razão de Prevalência
SEMAE	Serviço Municipal de Assistência Especializada
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
T	Teste
USF	Unidade Saúde da Família
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1	CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	19
2.1.1	Definições e Manifestações Clínicas	19
2.1.2	Dados Epidemiológicos	21
2.1.3	Impacto Econômico	24
2.1.4	Fatores de Risco	25
2.2	HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA	26
2.2.1	Lesões Precursoras do CCU	28
2.3	RASTREAMENTO DO CCU	30
2.4	TRAJETÓRIA DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO	34
2.5	PREVENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA PARA O CCU	38
3	OBJETIVOS	47
3.1	OBJETIVO GERAL	47
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
4	MATERIAIS E MÉTODO	48
4.1	TIPO DE ESTUDO	48
4.2	LOCAL DO ESTUDO	48
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	49
4.4	PERÍODO DE COLETA DE DADOS	49
4.5	PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	49
4.6	DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO	52
4.6.1	Variáveis Independentes	52
4.6.1.1	Variável Independente Principal	52
4.6.1.2	Covariáveis	52
4.6.2	Variável Dependente (Desfecho)	54
4.6.2.1	Resultado/ Diagnóstico do EP Alterado ou Normal	54
4.6.2.1.1	EP Alterado	54
4.6.2.1.2	EP dentro de Limites da Normalidade	54
4.7	PLANO DE ANÁLISE	55
4.8	ASPECTOS ÉTICOS	56

5	RESULTADOS	58
	ARTIGO 1: “Perfil epidemiológico e condições clínicas e ginecológicas de mulheres com ou sem lesão precursora para o câncer de colo uterino”	59
	ARTIGO 2: “Fatores associados à sífilis em mulheres de uma Unidade de Saúde da Família em Salvador-BA”	79
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
	REFERÊNCIAS	97
	APÊNDICE A – ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA USF SAN MARTIN	103
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS PARA HIV 1 E 2 E SÍFILIS	105
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO	106
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	109
	ANEXO A – PARECER DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	110
	ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	111

1 INTRODUÇÃO

O Câncer de Colo Uterino (CCU) é um dos agravos de saúde que acomete as mulheres, sendo que em média 80% desses eventos acontecem em países em desenvolvimento (XAVIER; TERRENGUI, 2006). No Brasil, o CCU é a quarta causa de morte em se tratando de neoplasias malignas na população feminina (INCA, 2016). Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) (2017) são esperados 16.370 casos novos de CCU no Brasil para o biênio 2018-2019, o que equivale a um risco estimado de 15,43 para cada 100 mil mulheres, sendo 6.030 casos na região Nordeste, 1.230 no Estado da Bahia e 300 no município de Salvador.

Esta patologia, normalmente assintomática, é de progressão lenta, onde o processo que inclui lesões neoplásicas ou pré-neoplásicas é detectado precocemente pelo Exame Papanicolau (EP). As medidas de rastreamento do CCU ou *screening* sistemático para as mulheres estão direcionadas à realização do EP através de estratégias públicas efetivas, seguras e de baixo custo. O EP detecta alterações citopatológicas que podem evoluir para um CCU ou já ser uma neoplasia. Mulheres que não realizam ou nunca realizaram esse procedimento desenvolvem a patologia com maior frequência. Logo, programas de rastreamento se fazem relevantes na diminuição da incidência e mortalidade por essa doença (PINHO; FRANÇA JUNIOR, 2003; BAKER; MIDDLETON, 2003; SOLOMON; NAYAR, 2005; CAETANO et al, 2006; XAVIER; TERRENGUI, 2006).

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), em especial o *Papiloma Vírus Humano* (HPV), estão entre os principais fatores de risco para o CCU. Por dia, mais de um milhão de pessoas no mundo são detectadas com IST, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o que resultaria em 357 milhões de casos anuais. A sífilis adquirida está entre essas patologias com 87.593 casos no Brasil, desses 10.178 (11,6%) se encontram na região Nordeste (BRASIL, 2017b). De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de 2007 até junho de 2017 foram registrados 194.217 casos de infecção pelo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), desses 131.969 (67,9%) foram em homens e 62.198 (32,1%) em mulheres (BRASIL, 2017c).

O Sistema Único de Saúde (SUS), dentro de suas estratégias de desenvolvimento de serviços que abordem a saúde num cuidado integral, desenvolveu em 1994 a Estratégia Saúde da Família (ESF), que realiza ações de promoção da saúde, redução do risco ou manutenção do baixo risco, detecção precoce e o rastreamento de doenças, além de tratamento e reabilitação. Assim, faz parte deste programa o rastreamento do CCU através de medidas

educativas, realização do EP e busca ativa das pacientes com alterações deste último (BRASIL, 2010).

O EP, também conhecido como preventivo, exame especular, citologia oncótica ou citologia esfoliativa, é um dos exames mais importantes para a saúde da mulher. Ainda é válido acrescentar que é um procedimento simples e de baixo custo se comparado ao valor da internação para realização de radioterapia, quimioterapia ou histerectomia, tratamentos indispensáveis no câncer cervical avançado, além de poder detectar lesões precursoras de um CCU antes do desenvolvimento do câncer (BERTOLACCINI; PEREIRA, 2001).

Com o intuito de diminuir a morbimortalidade por essa neoplasia, a partir de 1988 o Ministério da Saúde (MS) segue como norma a indicação da OMS de realizar o exame citopatológico do colo do útero a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos negativos para neoplasias em mulheres de 25-64 anos e/ou em mulheres que já tenham tido atividade sexual (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2013a).

Neste contexto, pesquisas nessa temática são relevantes tanto em nível profissional, institucional, acadêmico como social. Em nível acadêmico e social, tais estudos podem contribuir no conhecimento científico sobre a temática, especialmente em relação aos fatores de risco mais frequentes na atualidade para a ocorrência de alterações citopatológicas e sífilis. Outro fator relevante é que estudos que empregam testagem rápida, no caso para sífilis e HIV tipos 1 e 2, possibilitam aumentar as chances de identificação precoce de casos positivos, de forma a antecipar o encaminhamento para o devido tratamento. Isso certamente terá um impacto positivo no enfrentamento desses graves problemas de saúde pública.

Assim, esse estudo teve como objetivo geral identificar fatores associados à presença de alterações citopatológicas de colo do útero, HIV e/ou da sífilis em mulheres que realizaram o EP na Unidade Saúde da Família (USF) San Martin, em Salvador – BA, de 02 de janeiro de 2015 a 09 de março de 2018.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

2.1.1 Definições e Manifestações Clínicas

O câncer constitui um aumento desordenado de células que tendem a invadir tecidos e órgãos adjacentes, assim, as células cancerígenas ao invés de morrerem, continuam crescendo de forma descontrolada, se multiplicando em outras células anormais (BRASIL, 2012). O câncer surge a partir da mutação genética do Ácido Desoxirribonucleico (DNA) celular, que transforma células normais em anormais (mutadas). Essas, ao se multiplicarem, formam clones, a despeito do sistema de regulação do crescimento celular. Tais células invadem os tecidos adjacentes, e podem passar para a corrente sanguínea e sistema linfático, espalhando-se pelo corpo, num processo denominado metástase (SMELTZER; BARE, 2002).

O CCU se caracteriza pela multiplicação desgovernada de células do epitélio que reveste a cérvix uterina, comprometendo o tecido subjacente, além de poder invadir outros órgãos (BRASIL, 2006b). Em seu estágio inicial, normalmente é assintomático. Este fato contribui para a não realização do exame preventivo de forma rotineira, uma vez que a mulher não apresenta nenhuma queixa. Quando apresenta sintomatologia, a mulher relata perda sanguínea espontânea ou corrimento fétido aquoso constante de coloração rósea. Outros sintomas também podem ser observados como: disúria, polaciúria, incontinência urinária, enterorragia, tenesmo, dor lombar e edema de membros inferiores (BRASIL, 2012).

Alguns conhecimentos são necessários para entender os fatores de risco relacionados ao CCU. O HPV é um vírus com dupla fita circular de DNA, tendo em média 7900pb, de forma icosaédrica, não envelopado, com 72 capsômeros e pertence à família *Papillomaviridae* (BURD, 2003). O vírus pode se apresentar de três formas: forma latente, o DNA é detectado na região genital da mulher através de procedimentos moleculares (citologia, colposcopia ou histologia), sendo assintomática; forma subclínica, o vírus é diagnosticado pela colposcopia a partir da aplicação do ácido acético a 5%, apresentando o condiloma plano; forma clínica é distinguida por apresentar lesões exofíticas no trato anogenital, visíveis a olho nu com presença de verrugas genitais. Essas lesões se caracterizam por pequenas cristas, com nome vulgar "crista-de-galo", podendo ser brancas ou hiperocrômicas (PALO et al, 1993).

O HPV é diagnosticado através da citologia cérvico-vaginal, colposcopia (serve para orientar a biópsia cervical, utiliza-se o teste de Schiller que delimita o epitélio lesionado),

teste do ácido acético a 5%, biópsia e conização cervical. O tratamento é feito por: métodos físicos (laser, electrocauterização ou exérese cirúrgica), químicos (ácido tricloroacético a 80%, 5-fluoruracil, bleomicina, podofilina e podofilotoxina) e imunoterápicos (imiquimod e interferon). Porém devem-se controlar as infecções associadas antes da retirada das lesões (MACHADO, 2015).

Outro ponto que deve ser entendido é o HIV, um retrovírus Ácido Ribonucleico (RNA) da família *Lentiviridae* pertencente ao grupo dos retrovírus citopáticos e não oncogênicos que precisa de uma enzima de nome transcriptase reversa para realizar sua multiplicação no organismo. Trata-se de um vírus envelopado, com forma icosaédrica com oito genes codificadores de proteínas reguladoras e estruturais. Já foram detectados dois tipos desse vírus: HIV-1 e HIV-2 (DUARTE, 1997; LEWI et al, 1997).

O HIV é diagnosticado em ambientes laboratoriais e não laboratoriais a partir dos seguintes testes: imunoensaio de triagem (primeira, segunda, terceira e quarta gerações) e os testes rápidos (imunoensaios simples). Os imunoensaios de triagem de primeira geração detectam anticorpos específicos por um conjugado composto por um anticorpo anti-IgG humana; os de segunda geração verificam a presença de antígenos recombinantes ou peptídeos sintéticos derivados de proteínas do HIV; os de terceira geração detectam antígenos recombinantes ou peptídeos sintéticos tanto na fase sólida quanto sob a forma de conjugado; os de quarta geração procuram o antígeno p24 e anticorpos específicos anti-HIV. Os testes rápidos tem maior agilidade no diagnóstico podendo ser realizados em até 30 minutos (BRASIL, 2013a).

A sífilis é uma infecção sistêmica, que possui cura, exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, gram-negativa do grupo das espiroquetas. Sendo classificada de acordo com o tempo de infecção em: sífilis adquirida recente ou primária (menos de um ano de evolução) e sífilis adquirida tardia (mais de um ano de evolução). A sífilis tardia pode ser secundária ou terciária. A patologia ainda pode ser classificada em latente (não apresenta sintomatologia), recente ou tardia. As manifestações clínicas são de acordo com o tempo de lesão (QUADRO 1). O diagnóstico da sífilis pode ser a partir de exames diretos (pela microscopia de campo escuro) e testes imunológicos (treponêmicos e não treponêmicos). Os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos e os testes não treponêmicos detectam anticorpos não específicos. Os testes rápidos conseguem detectar anticorpos específicos em tempo hábil, média de 30 minutos, porém uma vez tendo a bactéria no corpo, a memória imunológica faz com que mesmo após o tratamento o exame não dê negativo (BRASIL, 2015a).

Quadro 1 - Manifestações clínicas, de acordo com a evolução e estágios da sífilis adquirida

Evolução	Estágios da sífilis adquirida	Manifestações clínicas
Sífilis recente (< de um ano de duração)	Primária - 10 a 90 dias após contato, em média três semanas - A lesão desaparece sem cicatriz em duas a seis semanas com ou sem tratamento	- Úlcera genital (cancro duro) indolor, geralmente única, com fundo limpo, infiltrada - Linfonodos regionais indolores, de consistência elástica, que não fistulam
	Secundária - Seis semanas a seis meses após o contato - As lesões desaparecem sem cicatrizes em quatro a 12 semanas - Pode haver novos surtos	- Lesões cutaneomucosas sintomáticas - erupção maculosa (roséola) ou papulosa, lesões palmo-plantares com escamação em colarinho, placas mucosas (tênues e acinzentadas), lesões papulo-hipercrômicas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano) - Sintomas gerais micropoliadenopatia - Pode haver envolvimento ocular, hepático e neurológico
	Latente recente	- Assintomática, com testes imunológicos reagentes
Sífilis tardia (> de um ano de duração)	Latente tardia	- Assintomática, com testes imunológicos reagentes
	Terciária - Dois a 40 anos após contato	- Quadro cutâneo destrutivo e formação de gomas sífilíticas que podem ocorrer em qualquer órgão - Acometimento cardiovascular, neurológico e ósseo

Fonte: Adaptado de Brasil, 2015a

2.1.2 Dados Epidemiológicos

A OMS informa que existem mais de vinte milhões de indivíduos com câncer no mundo, a maior parcela dos casos estão em países subdesenvolvidos e esta patologia é a causa de 13% dos óbitos na população. A cada ano haverá um aumento de 15 milhões de casos a partir de 2020 por conta do envelhecimento populacional (BRASIL, 2013b; *WORLD HEALTH ORGANIZATION* – WHO, 2002). Para o Brasil, no biênio 2018-2019, esperam-se 600 mil casos novos de câncer para cada ano. Os cânceres que mais afetarão o sexo feminino serão o de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireoide (4,0%) (INCA, 2017).

Por isso, nas últimas décadas, o câncer ganhou maior dimensão e significado em âmbito mundial, sendo, o CCU, o segundo que acomete o sexo feminino, principalmente

mulheres acima de 30 anos (DIAS et al, 2015). Nos Estados Unidos é o terceiro câncer mais comum nas mulheres (BURD, 2003). No Brasil, é o terceiro câncer entre as mulheres, dado confirmado pela pesquisa nacional de saúde que entrevistou 34.466 mulheres, destas, 678 tem ou já tiveram câncer (1,97%). Dentre os tipos de câncer referido pelas entrevistadas, 33,63% tinham ou têm câncer de mama, 16,67% câncer de pele e 13,13% de colo do útero; as mulheres da amostra tinham idade média de 48 anos (PIN, 2016).

Três fatores determinam o CCU como um problema de saúde pública: alta prevalência; crescimento da sua incidência e mortalidade, reflexo do crescimento populacional; e dificuldades dos serviços de saúde em oferecer acesso ao diagnóstico precoce e tratamento rápido a esta patologia (SOUZA et al, 2010; SANTOS, 2011). O Brasil acompanha os dados da América do Sul em altas taxas de incidência, região Norte (23/100.000); região Sul (21/100.000); região Centro-Oeste (20/100.000); região Nordeste (18/100.000); e região Sudeste (16/100.000). As unidades federativas com maiores índices são: Distrito Federal (50,7/100.000); Goiânia (41,4/100.000); Belém (34,71/100.000); Recife (26,20/100.000); e João Pessoa (23,60/100.000) (BRASIL, 2009a).

O INCA em 2013 comparou dados de 1997 e 2013 e observou que houve uma diminuição da incidência por CCU no Brasil em todas as regiões, exceto na região Sudeste (TABELA 1). Ressalta-se que a partir de 2006 as estimativas do INCA passaram a ser feitas a cada dois anos, em função da estabilidade da ocorrência, com pouca variação anual, dessa forma, o ano de 2013 também se refere a 2012 (BRASIL, 2013a).

Tabela 1 - Taxa de incidência por CCU no Brasil, por 100.00 mulheres, nos anos de 1997 e 2013

Anos	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste
1997	27,6	54	45,2	14,8	27,7	42,8
2013	17,5	23,6	18	15,5	13,9	27,7

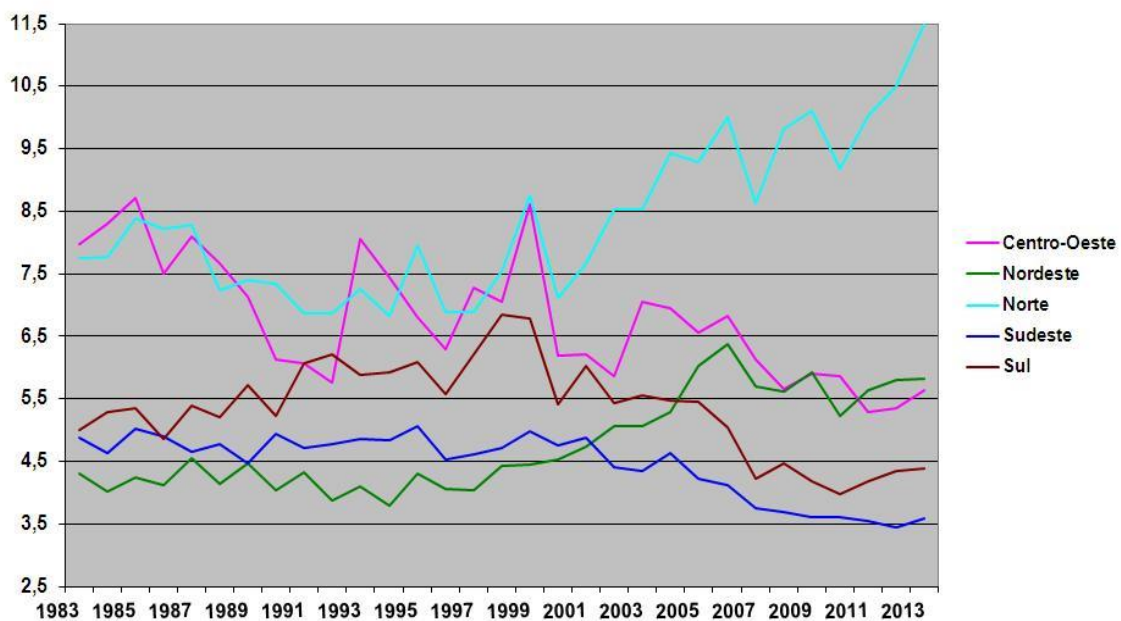
Fonte: Adaptado de Brasil, 2013a

Retirando os tumores não melanoma, o CCU é o primeiro mais incidente na região Norte (25,62 por 100 mil). Nas regiões Nordeste (20,47 por 100 mil) e Centro-Oeste (18,32 por 100 mil) ocupa a segunda posição, nas regiões Sul (14,07 por 100 mil) e Sudeste (9,97 por 100 mil), a quarta posição. Em 2018 são esperados 16.370 casos novos de CCU no Brasil, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres, sendo 6.030 casos na região Nordeste, destes 1.230 no Estado da Bahia e 300 no município de Salvador (INCA, 2017).

Em relação à mortalidade do CCU, taxas altas têm sido detectadas tanto no Caribe (15/100.00) quanto na América Latina (13/100.000), perdendo apenas para África Oriental (24,24/100.000) e Melanésia (23,78/100.00) (FERLAY et al, 2007). No Brasil é a quarta causa de morte se tratando de neoplasias malignas na população feminina (INCA, 2016), sendo que em 2015 ocorreram 5.727 óbitos por CCU (BRASIL, 2017a).

Quanto às taxas de mortalidade, no estado da Bahia, ocorreu uma estabilidade nos dados entre 1996 e 2007 (3,15/100.000 em 1996 e 4,61/100.000 em 2007). De 1980 a 2007, no Brasil, os cânceres que tiveram as maiores taxas de mortalidade foram: mama, traquéia, brônquios e pulmões, cólon e reto, colo de útero e estômago. Dentre estes, o CCU esteve entre as mais relevantes causas de óbito, saindo da terceira para a quarta colocação nesse período, provavelmente devido às políticas de rastreamento. A incidência para esta doença está em mulheres acima dos 35 anos, enquanto a mortalidade está concentrada na faixa etária de 45 a 64 anos. No Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), entre 1996 a 2007, foram registrados 48.911 casos de mortes por CCU (SANTOS, 2011).

Gráfico 1 - Taxa de mortalidade ajustada (taxa por 100.000) pela população mundial por CCU. Regiões. Brasil, 1983 a 2013



Fonte: INCA, 2016

Em 2013, ocorreram 5.430 óbitos no sexo feminino por CCU no Brasil, o que representa uma taxa de mortalidade de 4,86 óbitos por 100.000 mulheres. A região Norte no período de 1983 a 2013 teve uma elevação nítida da taxa de mortalidade. A região Nordeste apresentou uma inicial elevação das taxas neste período, se estabelecendo em uma taxa de

mortalidade de 5,83/100.000 mulheres. Nas outras regiões, percebe-se, no geral, uma diminuição das taxas no Centro-Oeste (5,63/100.000), Sul (4,39/100.000), e Sudeste (3,59/100.000). Enquanto que nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, o CCU representou a terceira causa de óbito entre mulheres, no Sul e Sudeste ficou na sexta colocação (GRÁFICO 1) (INCA, 2016). A incidência e mortalidade por CCU variam de acordo com o acesso das mulheres aos serviços de saúde, a qualidade do sistema de saúde de uma forma geral, localização geográfica, nível socioeconômico e educacional, e questões culturais e psicossociais (BOTTARI et al, 2008).

É relevante também pontuar que, por dia, mais de um milhão de pessoas no mundo são detectadas com IST, segundo a OMS, o que resultaria em 357 milhões de casos anuais. A sífilis adquirida está entre essas patologias com 87.593 casos no Brasil, desses 10.178 (11,6%) se encontram na região Nordeste, e 3.508 (4%) na Bahia. Sua taxa de detecção no Brasil aumentou de 2 casos por 100.000 para 42,5 casos por 100.000 mil habitantes, dentre eles a cada 1,5 homens com sífilis 1 é mulher (BRASIL, 2017b).

De acordo com o SINAN, de 2007 até junho de 2017 foram registrados 194.217 casos de infecção pelo HIV, desses 49,7% na região Sudeste (96.439), 20,7% na região Sul (40.275), 15,6% na região Nordeste (30.297), 7,4% na região Norte (14.275) e 6,7% na região Centro-Oeste (12.931). Dos 30.297 casos da região Nordeste, 7.872 foram na Bahia e 27,2% dos casos brasileiros se declararam residentes na capital Salvador. Dos casos notificados 131.969 (67,9%) foram em homens e 62.198 (32,1%) em mulheres (BRASIL, 2017c).

2.1.3 Impacto Econômico

O CCU leva a um déficit econômico de mais de 10% em países mais pobres. Este fato está associado, principalmente, aos gastos com internações e tratamentos (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2010). Pesquisa brasileira mostrou que 363.693 internações por CCU foram registradas entre 1996 e 2007, tanto na rede pública quanto na conveniada. As regiões com maiores números de internações foram às regiões Sudeste com 160.608 e Nordeste com 93.060 internações (SANTOS, 2011).

O governo brasileiro aumentou o gasto com o CCU em mais de 700% de 1999 a 2014. Isso porque os tratamentos desta patologia (quimioterapias, radioterapias e cirurgias) passaram de R\$ 470 milhões para R\$ 3,3 bilhões em um período de 15 anos (INCA, 2015b). Pesquisa realizada em 2007, tendo como base 447 pacientes com plano de saúde privado, fez uma estimativa que nos anos de 2008 a 2010 o tratamento para o CCU se diagnosticado em

estágio avançado seria oito vezes mais caro do que se as mesmas pacientes tivessem sido identificadas em estágio inicial da patologia (INCA, 2007).

O uso do conhecimento científico relacionado à prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer levaria a uma redução de 25% em sua incidência e aumentaria a chance de 30% de cura (WHO, 2002). Dentre os cânceres, o CCU tem maior potencial de prevenção e já são observadas redução de incidência e mortalidade em países desenvolvidos que adotaram estratégias sólidas e efetivas de rastreamento (MARTIN, 2014).

2.1.4 Fatores de Risco

Ao longo dos anos, diversos fatores estão sendo relacionados com o CCU, como: IST; condições infecciosas e reativas; hábitos sexuais, como início de vida sexual precoce e muitos parceiros; tabagismo ativo e passivo; e uso por tempo prolongado de anticoncepcionais orais. Além dos fatores pessoais que ajudam no desenvolvimento do CCU, ainda é válido ressaltar fatos que dificultam o diagnóstico precoce da doença: a deficiência nutricional; o temor da cliente em realizar o exame pela vergonha, ansiedade e ignorância; e empecilhos na entrada aos serviços de saúde para realização de exame preventivo (REZENDE, 1999; DIOGENES et al, 2001).

Focchi e colaboradores (2000) e Diogenes e colaboradores (2001) reforçam os fatores de risco citados anteriormente e correlaciona outros associados a lesões consideradas precursoras do CCU: presença de infecções; início precoce da atividade sexual e múltiplos parceiros; tabagismo ativo e passivo; uso contínuo e prolongado de métodos contraceptivos orais; deficiências nutricionais; baixa condição socioeconômica; higiene íntima inadequada; imunidade baixa; idade; genética; IST, em especial o HPV; coinfeção com outros vírus além do HPV, a exemplo do HIV e o Vírus Herpes Simples tipo 2 (HSV2) e com bactérias, como a *Chlamydia trachomatis*.

O HPV que é uma infecção imprescindível, mas não é fator exclusivo para o aparecimento do CCU, tem sido responsabilizado por uma parcela considerável de lesões no colo uterino. Existem mais de 150 tipos de vírus HPV, 40 deles podem infectar o trato genital e 13 vírus são cancerígenos (os mais comuns são o HPV 16 e o HPV 18). Em pacientes jovens, as lesões pelo HPV costumam regredir de forma espontânea. Já em uma parcela pequena de mulheres, levam a lesões precursoras, que se não identificadas e tratadas, podem gerar um câncer, não só no colo do útero, mas também em vagina, vulva, ânus, orofaringe e boca. Foi estimado que cerca de 291 milhões de mulheres estivessem contaminadas pelo

HPV, 32% destas pelos vírus do tipo 16 e 18 (oncogênicos), confrontado esses dados com 500 mil mulheres com CCU no mundo, o desfecho para o câncer é incomum, mesmo na presença do vírus (PANZETTI, 2013; BRASIL, 2014).

O segundo fator relevante para a ocorrência do CCU é a infecção pelo HIV tipos 1 e 2, quanto maior a gravidade desta imunodeficiência maior a chance de lesões intraepiteliais de alto grau. Esse risco aumenta se o mesmo estiver associado à infecção pelo vírus HPV, principalmente os tipos oncogênicos (HEARD et al, 2000). As lesões intraepiteliais de vulva, vagina e colo uterino tem maior incidência em mulheres HIV positivas, em especial, aquelas com contagem de CD4 menor que 200 células/mm³. As neoplasias cervicais em mulheres portadoras de HIV tem progressão mais rápida, tendo assim um comportamento mais agressivo, respondem mal ao tratamento convencional e em casos de recorrência, tem pior prognóstico. A diminuição da imunidade adaptativa celular leva a um maior risco de desenvolvimento de neoplasias associadas a infecções virais como o HPV, bem como a imunossupressão observada em mulheres transplantadas (SOUZA et al, 2001; COBUCCI, 2011).

O consumo do cigarro, seja de forma passiva ou ativa, também aumenta o risco de CCU, pois diminui a imunidade da mulher deixando-a mais propícia a lesões precursoras do câncer. Ressalta-se que, nesse caso, a nicotina e cotinina são as principais substâncias oncogênicas responsáveis pelas alterações. Outro fator de risco é a falta do uso do preservativo masculino (camisinha) ou o seu uso inadequado. Uma grande parcela de mulheres, principalmente por serem casadas ou ter união estável, não utilizam o preservativo e ficam mais expostas às infecções, como o HPV, ampliando a oportunidade de ter lesões precursoras do CCU (SOUZA et al, 2010). Isso foi demonstrado a partir de estudo de Panzetti (2013) que constatou que a maioria das mulheres com CCU são sexualmente ativas, possuem parceiros sexuais, sendo casadas ou vivem maritalmente.

O CCU é mais frequente em mulheres entre 40 e 60 anos e este fato está relacionado à evolução da infecção pelo HPV que é longo, iniciado no período do contato sexual, entre a fase da adolescência e os 20 anos, até o aparecimento do câncer. Mas, isso vem mudando em decorrência do início cada vez mais precoce da atividade sexual associada a outros fatores de risco já citados (BEZERRA et al, 2005).

2.2 HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA

Durante muito tempo, as doenças do sexo feminino foram pouco estudadas pela medicina, pois a mulher era vista a partir da reprodução e gestação, sendo as mesmas tratadas informalmente através de fórmulas aprendidas de seus ancestrais, plantas e ervas medicinais. Apenas em meados do século XIX que surge a ginecologia e estudos terapêuticos direcionados as enfermidades femininas que levaram a descoberta do CCU. Em 1990, o tratamento para o CCU era radical através de histerectomia total e um grande número de mulheres não aderiam ao mesmo, pois eram taxadas de inúteis ou estragadas para a sociedade, já que a mulher era vista como um ser para reprodução, e, ao retirar o útero, não poderia ter mais filhos (PANZETTI, 2013).

Em 1863, Virchow relatou que o câncer se originaria de locais de inflamação crônica, associado a fatores que ampliassem o crescimento celular. Assim, um local com células inflamatórias, fatores de aumento celulares e agentes que levem a mutação do DNA celular levariam ou potencializariam a ocorrência do câncer. Na inflamação, o tecido é reparado através do aumento da multiplicação celular, se as células que estão multiplicando sofrem mutação de DNA, estas podem se proliferar de forma desordenada (COUSSENS; WERB, 2002).

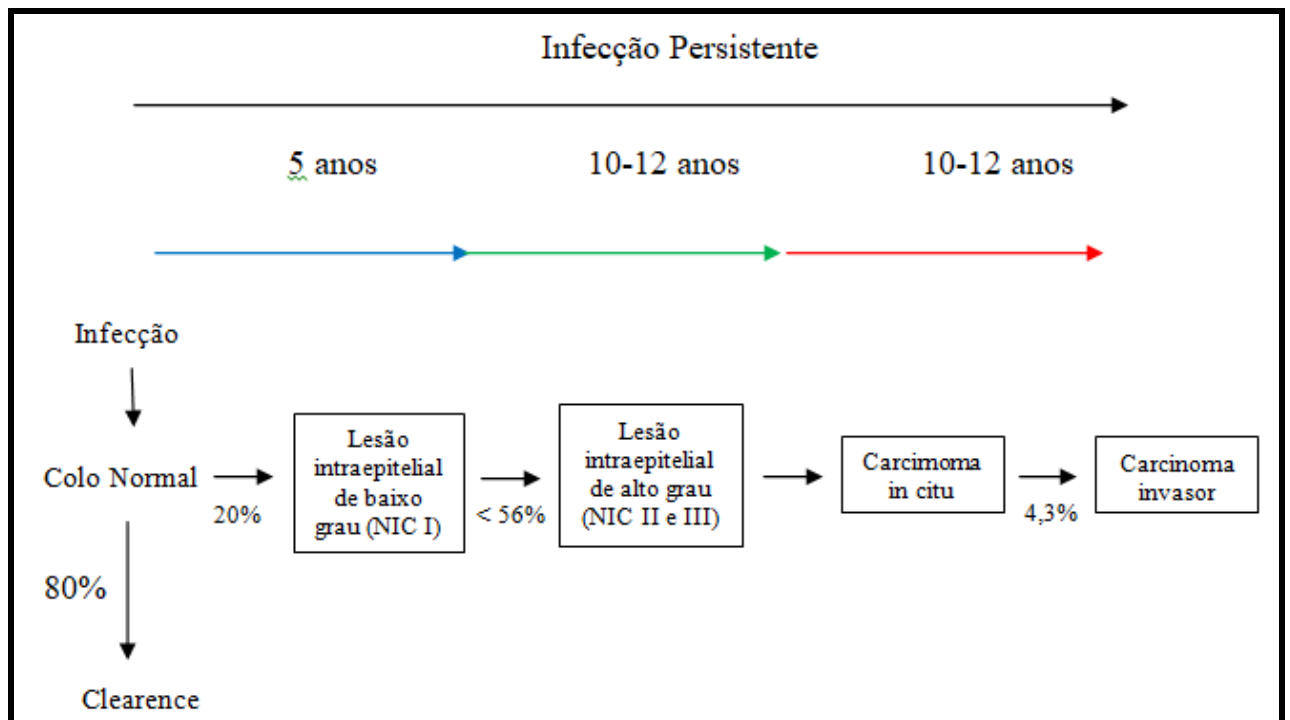
Antes de aprofundar a história natural do CCU é necessário entender que o colo do útero é formado por duas regiões: ectocérvice (revestida por um tecido de várias camadas de células planas – epitélio escamoso e estratificado) e endocérvice (revestido por uma camada única de células cilíndricas). A primeira está em contato com o canal vaginal, localizando-se mais externamente ao colo, enquanto a segunda está localizada internamente ao colo e é responsável pela produção de muco. Entre as duas áreas está a zona de transformação, também denominada Junção Escamocolunar (JEC) (BRASIL, 2013b). O aumento e aperfeiçoamento de procedimentos da biologia molecular das últimas décadas ajudaram na identificação do vírus HPV como a etiologia principal do CCU, a partir daí, compreendendo melhor a história natural desta patologia (BOSCH et al, 2002).

O CCU é uma neoplasia muito associada à presença de infecção por HPV, visto que uma média de 97% dos casos esse vírus está presente. A OMS desde 1992 o identificou como a principal causa do câncer cervical (BEZERRA et al, 2005). Em cerca de 80%, a infecção pelo HPV leva a lesões transitórias que regredem espontaneamente. Porém fatores que diminuem a imunidade pode gerar atipias cervicais que evoluem para a malignidade (SANTOS, 2011).

O CCU evolui lentamente, com iniciais lesões neoplásicas intraepiteliais que progridem até a fase invasiva. As células superficiais descamadas com uma quantidade de

cópias virais se alojam em fendas ou descamações da JEC, o vírus pode permanecer por um longo tempo sem causar lesões, podendo progredir a partir de uma deficiência na imunoregulação intracelular (SANTOS, 2011). Neste contexto, a história natural do CCU admite o reconhecimento precoce de lesões pré-neoplásicas ou lesões precursoras, e seu tratamento oportuno. Este fato está associado ao desenvolvimento de forma lenta e progressiva de lesões do colo do útero, em média de 10 a 12 anos (FIGURA 1), que passam de lesões leves displásicas a severas, evoluindo para um carcinoma que se não tratado gera um câncer invasivo cervical escamoso (VALE, 2010; PANZETTI, 2013).

Figura 1 - Evolução do câncer de colo de útero



Fonte: Adaptado de Vidal, 2009

2.2.1 Lesões Precursoras do CCU

As lesões precursoras estão concentradas na JEC do colo do útero, pois é neste local que se instalam as infecções por patógenos e neoplasias. O CCU em seu processo evolutivo passa por duas fases, uma fase pré-invasiva (onde é possível evitar a progressão da lesão) e uma fase invasiva (onde a lesão progride invadindo tecidos adjacentes). As lesões classificadas como pré-invasivas inicialmente classificadas como displasias leves, moderada e acentuadas, posteriormente foram denominadas neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC) de graus I, II ou III. No entanto, esta última nomenclatura foi modificada em 2001 para lesões de

baixo grau (NIC I) e lesões de alto grau (NIC II e III) (QUADRO 2). As lesões de baixo e alto grau são as fundamentais alterações precursoras do CCU, sendo relacionadas principalmente pela infecção pelo vírus HPV (BRASIL, 2006b).

Quadro 2 - Nomenclaturas citopatológicas e histopatológicas utilizadas desde o início da realização do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências

PAPANICOLAU (1941)	OMS (1952)	RICHART (1967)	BRASIL (2006)
Classe I	-	-	Normal
Classe II	-	-	Alterações Benignas
-	-	-	Atipias de Significado Indeterminado
Classe III	Displasia leve Displasia moderada Displasia acentuada	NIC I NIC II NIC III	Lesão intraepitelial de baixo grau Lesão intraepitelial de alto grau Lesão intraepitelial de alto grau
Classe IV	Carcinoma in situ	NIC III	Lesão intraepitelial de alto grau/ Adenocarcinoma in situ
Classe V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

Fonte: Adaptado de Brasil, 2006b

Ainda podem ser citadas alterações que não são denominadas de NIC, porém que devem ser investigadas a exemplo de atipias de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS) e atipias de células glandulares de significado indeterminado (AGUS) (QUADRO 3) (PANZETTI, 2013). As ASCUS constituem lesões celulares marcantes entre os processos benignos encontrados na cérvix uterina, mas é qualitativa e quantitativamente insuficiente para deliberar um diagnóstico de neoplasia, sendo assim um diagnóstico exclusivo (HORTA, 2000).

As lesões intraepiteliais de baixo grau originam-se em células escamosas maduras da cérvix, tem estrutura bem conservada, podendo ser encontradas isoladas ou agrupadas, sendo o local de preferência do HPV. As lesões intraepiteliais de alto grau afetam células menores e menos maduras, podendo estar isoladas ou agrupadas. As lesões de alto grau são classificadas em: lesões queratinizantes e diferenciadas do epitélio escamoso, lesões de células médias a

grandes e lesões de células pequenas (KOSS; GOMPEL, 2006). As células escamosas atípicas sugerem lesões em células escamosas, às mesmas apresentam alterações do tipo diferenciação escamosa, aumento da relação núcleo/citoplasma e hipercromasia nuclear, agrupamento de cromatina, irregularidade, embotamento ou multinucleação (GOMES NETO, 2013).

Quadro 3 - Classificação das atipias de significado indeterminado

ATIPIAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica
		Não se pode afastar lesão de alto grau
	Em células glandulares	Provavelmente não neoplásica
		Não se pode afastar lesão de alto grau
	De origem indefinida	Provavelmente não neoplásica
		Não se pode afastar lesão de alto grau

Fonte: Adaptado de Brasil, 2006b

As lesões intraepiteliais de baixo grau, estão associadas à presença do vírus HPV tipos 6 e 11, enquanto as lesões intraepiteliais de alto grau com os vírus HPV 16 e 18 (HORTA, 2000). Se a mulher também for portadora do vírus HIV, a mesma possui 13 vezes mais chance de uma lesão intraepitelial de alto grau. As alterações pré-neoplásicas ou lesões precursoras do CCU se não tratadas podem regredir, persistir ou progredir de acordo com o grau de gravidade da lesão ou denominação histológica. Assim, a NIC I regride de 62 a 70% dos casos, a NIC II e III tem uma taxa de 45 a 55% de regressão num período de 11 a 43 meses (MELO et al, 2003).

As lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau estão relacionadas à infecção pelo vírus HPV, não sendo consideradas lesões precursoras de câncer, normalmente regridem espontaneamente numa média de 06 e 24 meses. Mas as lesões intraepiteliais de alto grau têm alto nível de progressão, sendo sua identificação o primordial objetivo do exame citopatológico do colo do útero de rastreamento (MARTIN, 2014).

2.3 RASTREAMENTO DO CCU

As patologias como o câncer eram tratadas no Brasil e no mundo através de medidas fundamentalmente terapêuticas, levando a maiores custos. Porém, o MS vem buscando alterar

essa estratégia, apostando em medidas preventivas de promoção e proteção à saúde (BEZERRA et al, 2005). O CCU tem um grande potencial de prevenção decorrente da demora na progressão da patologia, até 20 anos, além disso, apresenta diversas lesões precursoras que são identificadas através do exame preventivo, onde tratadas adequadamente não se transformam em câncer (PIN, 2016).

Desde 1984, com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o Brasil vem inserindo estratégias de combate ao CCU. Em 1986, criou o Programa de Oncologia do Instituto Nacional do Câncer (PRO-ONCO), posteriormente transformado em Coordenação de Programas de Controle de Câncer (CPCC) atuando nos quatro cânceres mais incidentes, incluindo o CCU. O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, inclui dentro de suas estratégias de desenvolvimento de serviços que abordam a saúde num cuidado integral, a ESF que realiza ações de promoção da saúde, redução do risco ou manutenção do baixo risco, detecção precoce e o rastreamento de doenças, além do tratamento e da reabilitação. Assim, faz parte deste programa o rastreamento do CCU através de medidas educativas, realização do EP e busca ativa das pacientes com alterações deste último (BRASIL, 2010).

Em 1998, através da Portaria GM/MS nº 3040/98 foi implementado o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero (PNCCCU). Porém, foi em 2006, através do Pacto pela Saúde, que se intensificou a relevância da detecção precoce do CCU com a estipulação de indicadores e metas a serem alcançadas por estados e municípios, no intuito de diminuir a incidência e mortalidade por esta patologia, dentre as ações de combate se inclui a realização do exame preventivo em mulheres de 25 a 64 anos, faixa etária considerada de maior risco. O PNCCCU oferece o EP de forma gratuita nas unidades de saúde, no intuito de diminuir a incidência e mortalidade por este câncer (BEZERRA et al, 2005; BRASIL, 2012).

No Brasil, o rastreamento oportunístico de mulheres com lesões pré-neoplásicas ou lesões precursoras do CCU é realizado através do exame preventivo. Quando a mulher procura de forma ocasional o serviço de saúde. A recomendação do MS é rastrear prioritariamente mulheres na faixa etária de risco delimitada pelo maior índice de incidência e mortalidade do CCU. Até 2013, a faixa etária para tal rastreamento era de 25 a 59 anos. No entanto, esta foi ampliada para até 64 anos em decorrência do aumento da expectativa de vida, atualmente de 76 anos no Brasil (VALE, 2010; BRASIL, 2012).

Segundo o MS, a faixa etária de captação para a realização do preventivo, 25 a 64 anos, está vinculada a maior chance de lesão de alto grau neste grupo, e mulheres de 30 a 39 anos têm maior incidência de CCU, atingindo seu pico na quinta ou sexta década de vida.

Antes dos 25 anos são prevalentes as lesões de baixo grau, associadas principalmente ao HPV que normalmente regridem espontaneamente. Assim como, mulheres acima de 64 anos, se tiver realizado o EP regularmente sem alterações de resultados, tem menor risco de apresentar CCU (BRASIL, 2012).

No modelo de rastreamento oportunístico, mulheres com idade inferior a 25 anos são excessivamente rastreadas e por serem mais acometidas pelo HPV, apresentam lesões no colo do útero, que normalmente iriam regredir de forma espontânea, levando a um aumento da investigação em mulheres com pouca probabilidade em ter CCU e um gasto desnecessário com colposcopia e tratamento dessas alterações. O preventivo, método realizado para o rastreamento de lesões precursoras do CCU pelo SUS, embora tenha o melhor custo-efetividade, não é o exame de maior sensibilidade para identificação da doença (VALE, 2010; PIN, 2016).

Apesar da recomendação padrão para a coleta do EP, existem algumas exceções na periodicidade da realização do exame. Em caso de resultado insatisfatório, a mulher deve refazer o mesmo em um período de 06 a 12 meses após correção do problema que resultou no resultado inadequado. Gestantes seguem a mesma recomendação geral de acordo com a faixa etária, onde o pré-natal é considerado uma oportunidade para a realização do rastreamento. Para mulheres na pós-menopausa também devem ser seguidas às recomendações gerais, considerando a realização da estrogenização prévia à realização da coleta do material para o exame (BRASIL, 2013b).

Já em mulheres portadoras de imunossupressão, o exame deve ser feito numa periodicidade de seis meses, e, após dois exames consecutivos normais, a realização pode ser feita anualmente. Em casos de mulheres HIV positivas com CD4 menor de 200 células/mm³, o rastreamento deve ser feito a cada seis meses. O MS não recomenda a realização do preventivo em mulheres histerectomizadas, exceto em casos de histerectomia por lesão precursora do CCU ou com diagnóstico de CCU, onde a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada. Também é contraindicado o exame em mulheres sem histórico de relações sexuais (BRASIL, 2013b).

O aumento da cobertura da ESF nos últimos 20 anos no Brasil proporcionou uma reorganização da rede básica de atenção que é voltada para promoção e prevenção de doenças e uma elevação do rastreamento de mulheres em faixa etária de risco para o CCU. Para um programa de rastreamento funcionar adequadamente é necessário: método diagnóstico eficaz; aceitação do exame pela população de risco; intervalos adequados de repetição do procedimento; alta cobertura; conduta adequada frente a resultados alterados; rede de saúde

organizada com adesão populacional a todas as fases de encaminhamentos (BRASIL, 2006c; VALE, 2010).

Apesar de o CCU ser passível de prevenção e o Brasil ter sido um dos países pioneiros na realização do EP como estratégia de rastreamento deste câncer seguindo as orientações da OMS, com uma média anual de EP, no período de 1996 a 2007, de 10.248.827, ainda é observado altas taxas de incidência e mortalidade por esta patologia. Vários fatores interferem no controle do CCU, tais como a leitura/interpretação inadequada do laudo do exame e a não sintonia nas fases do rastreamento e tratamento propostas pelo PNCCCU. Esse último fator incluiu o recrutamento/busca ativa das mulheres na faixa etária de risco; coleta do EP e controle de qualidade; tratamento dos casos alterados (SANTOS, 2011).

Outro fator que explica a não eficácia da política de rastreamento brasileira é a baixa cobertura do exame. A média anual de EP pactuada pelo Brasil para o período de 2006 a 2009 foi de 0,3 exames/mulher/ano, porém a grande maioria dos estados não alcançou a meta, a exemplo, a Bahia com 0,1 exames/mulher/ano. As piores taxas de cobertura para o exame estão nas regiões Norte e Nordeste do país. Também é relevante destacar o limiar de 1% para amostras insatisfatórias, como fator que avalia a qualidade da coleta e conservação da amostra do EP, fato que influencia na eficácia da política. Destaca-se que no Ceará, Paraíba, Pernambuco, Alagoas e Bahia essa cobertura atingiu taxas maiores que 1% para exames com resultados insatisfatórios (SANTOS, 2011).

Outro fator relacionado à qualidade do rastreamento está diretamente ligado à capacitação de profissionais para coleta e leitura do exame (CRUZ; LOUREIRO, 2008). Isso porque uma coleta adequada diminui o quantitativo de amostras insatisfatórias. Já a leitura eficaz do laudo trás a oportunidade de um tratamento rápido. Outras questões que interferem no diagnóstico precoce do CCU a partir do rastreamento são o receio da paciente em realizar o procedimento por medo, vergonha, ansiedade, ignorância e dificuldade de acesso às unidades de saúde (DIOGENES et al, 2001; DIAS et al, 2015).

Mesmo com o aumento do acesso ao EP, não houve uma diminuição proporcional na mortalidade do CCU, pois ainda existem barreiras no ingresso aos serviços e programas de saúde, decorrente da desproporção entre as unidades e a demanda de mulheres que necessitam de assistência. Pontua-se também a dificuldade dos gestores em estabelecer fluxos assistenciais que permitam o manejo e encaminhamento dos casos suspeitos de CCU (INCA, 2006). Apesar de o EP ser considerado como uma estratégia preventiva, para sua eficácia é imprescindível que a mulher detenha conhecimento e informações que a levem a realização do exame. Diante disso, ofertar serviços e ações não é o bastante para alterar a situação de

saúde de uma população. É proeminente que as pessoas identifiquem suas necessidades de saúde para buscá-las (DUQUE, 2013).

O custo elevado e taxas de insucesso no tratamento do CCU em estágio avançado ressaltam a importância de programas de prevenção (BRASIL, 2009b). Estratégias de rastreamento ajudam a captar de forma precoce as mulheres em faixa de risco para a realização do preventivo, mas existe uma grande parcela desta população que não realiza o exame, principalmente pela falta de informação sobre a relevância do mesmo. Assim, a baixa adesão da população feminina ao EP é um desafio à saúde pública, mesmo com uma larga divulgação do procedimento e a descentralização do mesmo pelos serviços de saúde. A educação em saúde leva ao indivíduo a ter maior autonomia sobre seu corpo e sua saúde, isso garante o sucesso das estratégias de rastreamento. Pesquisa sobre prevalência e não realização do EP encontrou que a falta de importância do exame para as mulheres era o principal fator para a não realização do mesmo, seguido pela incompatibilidade de horários pessoais e o funcionamento da unidade de saúde e dificuldade na marcação da consulta (DUQUE, 2013).

Em síntese, vários fatores têm sido associados a essa baixa adesão, como: mitos sobre o exame; falta de acesso ao serviço de saúde; pouca consciência sobre a relevância do preventivo; vergonha; tempo longo para realização do EP e para as consultas para visualizar o resultado e questões culturais e comportamentais (DUQUE, 2013). Estudo sobre a cobertura do EP e os seus fatores determinantes conclui que das mulheres que nunca realizaram o preventivo, 75,6% não informaram o motivo, 5,8% não acham o procedimento necessário, 10,5% afirmam ter vergonha ou medo e 4,8% relata dificuldade em marcar a consulta ou por motivos pessoais (MARTIN, 2014).

2.4 TRAJETÓRIA DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

O exame preventivo do CCU foi descoberto em 1917 pelo médico Georgios Papanicolau, diagnosticando de forma fácil as alterações nas regiões da cérvix e vagina. O exame passou a ser usado na década de 40, porém foi pouco aceito pela sociedade em decorrência da exposição da mulher para a sua realização. O EP estuda as células descamadas esfoliadas da ectocérvix e endocérvix, é utilizado em larga escala na Atenção Básica à Saúde (ABS) por ser um procedimento fácil, de baixo custo e ser realizado por qualquer profissional habilitado (PANZETTI, 2013; BEZERRA et al, 2005).

A citologia cérvico-vaginal não só favorece diagnóstico e tratamento das lesões cervicais, como também detecta infecções genitais, tais: tricomoníase, candidíase, vaginose

bacteriana, cervicopatias e alterações sugestivas de infecção pelo HPV (BROCK, 2005). O exame citopatológico do colo do útero identifica alterações em estágios iniciais, o que denominamos de lesões precursoras do CCU, também chamadas células de displasias, que sem interferência estagnam, regridem ou progridem para neoplasia localizada sem invasão de tecidos próximos (carcinoma in situ). Mesmo evoluindo para um carcinoma in situ é possível e fácil a intervenção, levando a cura da lesão através da remoção cirúrgica do tecido anormal, uma vez que as células alteradas estão confinadas do lado epitelial da lâmina basal. Destaca-se que como o CCU tem uma progressão lenta, considerando que células displásicas podem estagnar, regredir (20 a 30% dos casos) ou evoluir para um carcinoma cervical invasor de difícil cura num período de tempo de 10 a 12 anos. Assim, é possível uma intervenção adequada de lesões precursoras através da realização de forma periódica do EP, evitando a formação dessas neoplasias (PANZETTI, 2013).

O EP é feito a partir da introdução de um espécuro no canal vaginal em sentido longitudinal-obliquo, afasta-se os pequenos lábios e segue uma trajetória, posteriormente à introdução, gira-se o mesmo em sentido transversal; ao abrir e encontrar o colo do útero é coletado células da JEC e da ectocérvice com o auxílio da espátula de Ayre girando-a em 360°. Em seguida, células da JEC e da região endocervical são coletadas com a escova endocervical e o material coletado é colocado numa lâmina e fixado. Daí se procede à análise das células com uso de microscópio óptico (MACHADO, 2015). Para o EP ser eficaz, a mulher deve evitar relações sexuais, utilização de duchas ou remédios ginecológicos, incluindo os contraceptivos de uso vaginal, nas 48 horas que antecedem o procedimento. Ainda é válido acrescentar que a mesma não deve estar no período menstrual, nem apresentando sangramento, pois esses fatores alteram o resultado do exame (SOLOMON et al, 2007).

A experiência do diagnóstico e tratamento de mulheres com CCU foi estudada por Panzetti (2013) e mostrou que o diagnóstico do CCU em todos os casos surgiu a partir da identificação de sintomas considerados anormais pela mulher, como: sangramentos, dores abdominais, dor durante a relação sexual, febre e tontura. Essas mulheres investigadas só procuraram assistência ao perceber alterações no corpo e não procuraram fazer o EP por prevenção. Este fato leva a tratamentos mais agressivos e menos efetivos, com custos maiores relacionados à internação e medicamentos. Sem falar num aumento do comprometimento físico e emocional da mulher e da família.

Após a realização do EP é necessário à confirmação do diagnóstico, seguido de tratamento adequado. O tratamento das lesões apresentadas é feito de acordo ao grau de

gravidade da mesma. Ao apresentar um resultado com lesões cervicais ao EP, a mulher precisa seguir o mais rápido possível, para garantir um tratamento eficaz. Resultados do tipo ASCUS, AGUS ou lesão de baixo grau (NIC I), é necessário apenas um acompanhamento com repetição do exame a cada seis meses, persistindo o resultado, a mulher deve ser conduzida para colposcopia com biópsia. Porém, frente a resultados do tipo lesão de alto grau (NIC II e NIC III), carcinoma in situ, carcinoma escamoso ou carcinoma invasivo, o encaminhamento é de acordo com o caso. Daí prossegue com a realização da colposcopia com biópsia, seguida de acolhimento em serviço de alta complexidade para tratamento específico, geralmente, a cirurgia de alta frequência (CAF). A histerectomia com posterior radioterapia e/ou quimioterapia é indicada para casos mais avançados (BRASIL, 2002).

Quadro 4 - Recomendações iniciais após resultado de exame citopatológico anormal

Resultados		Grau de suspeição	Conduta	
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica	Menor	Repetição da citologia em 6 meses (> ou igual 30 anos) ou 12 meses (< 30 anos)
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Em células glandulares	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	De origem indefinida	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias em células escamosas	Lesão intraepitelial de baixo grau	Menor	Repetição da citologia em seis meses	
	Lesão intraepitelial de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia	
	Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão	Maior	Encaminhamento para colposcopia	
	Carcinoma epidermoide invasor	Maior	Encaminhamento para colposcopia	
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma in situ	Maior	Encaminhamento para colposcopia	
	Adenocarcinoma invasor	Maior	Encaminhamento para colposcopia	

Fonte: Brasil, 2011

Pacientes com HPV diagnosticado devem realizar o EP a cada seis meses e a conduta dependerá do resultado, desde o uso de medicações à realização de colposcopia com biópsia para avaliação do grau da infecção. Para tanto, amostras insatisfatórias devem ser recoletadas o mais breve possível (SANTOS, 2011). As recomendações iniciais em casos de exame citopatológico anormal estão apresentadas no Quadro 4. Em caso de resultado de citopatológico com atipia de significado indeterminado em células escamosas, provavelmente não neoplásicas, a conduta é repetir o exame em 6 meses se a mulher tiver idade maior ou igual a 30 anos ou em 12 meses se a mulher tiver idade menor que 30 anos. As outras atipias de significado indeterminado devem ser encaminhadas para a realização de colposcopia para confirmação diagnóstica. Já em casos de atipias em células escamosa e glandulares: lesões intraepiteliais de baixo grau, o EP deve ser repetido com 6 meses; em presença de lesões intraepiteliais de alto grau com ou sem microinvasão, carcinoma epidermoide invasor e adenocarcinoma *in situ* ou invasor, a mulher deve ser encaminhada para realização de confirmação diagnóstica através da colposcopia (BRASIL, 2013b).

O tratamento para o CCU está associado ao estágio do tumor, o tipo de histologia, a idade da paciente e as suas condições clínicas, além do desejo de ter filhos e os recursos disponíveis. Os métodos podem variar desde os mais conservadores (retirada da lesão) até tratamentos radicais e complexos (cirurgias, quimioterapia e radioterapia) ou pode ser realizada uma associação entre as duas metodologias (PANZETTI, 2013).

Existem várias formas de tratamento CCU (FIGURA 2). Em casos de tumores com penetração da invasão estromal < 3 mm e a superfície de até 7 mm, a conduta é a partir do perfil da paciente. As que já possuem filhos recomenda-se histerectomia total (abdominal, vaginal ou via laparoscópica), preferindo a via vaginal, por ter menor custo, menor morbidade e menor período de internação. Para aquelas pacientes que não tem filhos, é indicada a conização do colo do útero. A ooforectomia é opcional dependendo da idade da mulher. Em caso de contraindicação para procedimentos cirúrgicos indica-se a braquiterapia. Tumores com estágio de invasão estromal entre 3 a 5 mm e superfície até 7 mm é indicada a histerectomia radical modificada (tipo II de Rutledge e Piver), que abrange colpectomia do 1/3 superior da vagina, ressecção de metade dos ligamentos uterossacos e paramétrios, integrando-se à linfadenectomia pélvica. Nas que ainda não tiveram filhos, pode ser utilizada a traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica. Já as mulheres com impossibilidades para a cirurgia podem realizar a radioterapia exclusiva (INCA, 2006).

Figura 2 – Opções de tratamento do câncer cervical de acordo com estadiamento clínico

TRATAMENTO	ESTÁGIOS							
	0	IA	IB	IIA	IIB	III	IVA	IVB
Ablação química, eletrocauterização, exérese da zona de transformação								
Conização								
Histerectomia total								
Histerectomia radical com linfoadectomia pélvica								
Histerectomia radical com linfoadectomia pélvica + radioterapia e quimioterapia								
Radioterapia interna								
Radioterapia interna e externa								
Radioterapia interna + externa + quimioterapia								
Quimioterapia								
Radioterapia paliativa								

Fonte: NCI, 2004

Lesões menores de 4 cm são indicadas as seguintes terapias: histerectomia abdominal radical tipo III, para lesões menores de 2 cm; traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica, para lesões até 2 cm em mulheres sem filhos; histerectomia radical vaginal com linfadenectomia pélvica, radioterapia externa e braquiterapia, para mulheres que não podem realizar procedimentos cirúrgicos. Alguns casos podem ser avaliados a necessidade de quimioterapia, tais como: bordas cirúrgicas do canal vaginal afetadas por carcinoma, metástase em ovários, metástase para linfonodos pélvicos, invasão do tecido parametrial, adenocarcinoma e invasão do espaço linfovascular. Em lesões maiores que 4 cm são indicadas a quimiorradioterapia concomitante e a radioterapia exclusiva, quando for contraindicado as drogas quimioterápicas (INCA, 2006).

Mulheres com fístula vésico-vaginal ou retovaginal são pretendentes à exenteração pélvica, quando o estado geral está comprometido pode ser feita a radioterapia paliativa. Em estágios avançados de CCU o tratamento é paliativo, tendo controvérsias, podendo-se optar por quimioterapia, radioterapia e cirurgia conforme o caso. Em casos de hemorragias, avalie-se a utilização de radioterapia anti-hemorrágica (INCA, 2006).

2.5 PREVENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA PARA O CCU

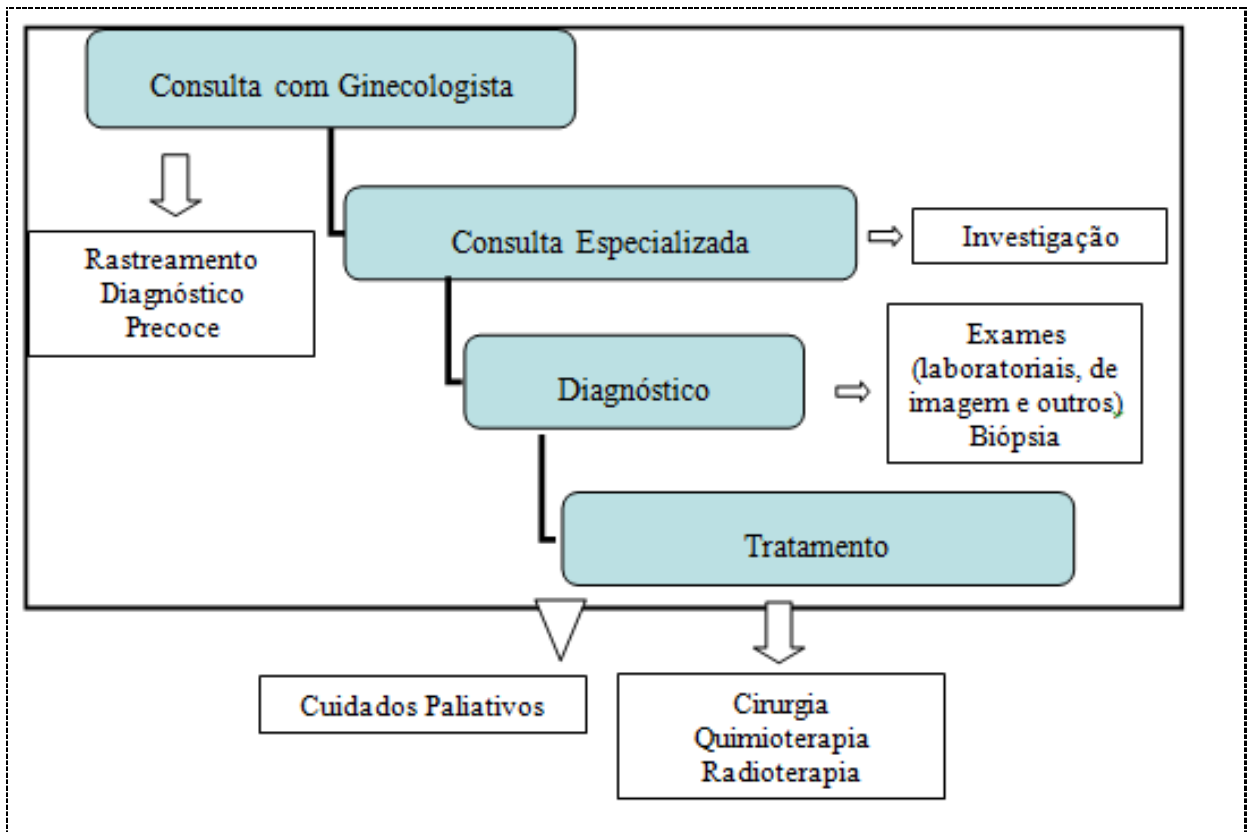
Avaliando os diversos tipos de câncer, o CCU é um dos que possui maior chance de cura e prevenção, fator associado a sua progressão lenta, com fases detectáveis a partir do rastreio de lesões pré-malignas e tratáveis (SANTOS, 2011). É relevante destacar que o CCU pode ser prevenido através da prevenção primária e secundária. A prevenção primária é baseada na diminuição do risco de adquirir o vírus HPV através da utilização de preservativos durante a relação sexual, porém a desvantagem do uso da camisinha é que a mesma protege parcialmente do contágio, visto que a pele da vulva, a região perianal e a bolsa escrotal também são fontes transmissoras do vírus e não são protegidas a partir do uso da mesma (WHO, 2010).

A prevenção do CCU ainda é muito discutida, mas estudos revelam que hábitos de vida saudáveis, eliminação do ato de fumar e uso de preservativos nas relações sexuais são fatores de proteção à saúde. Como o vírus HPV está diretamente relacionado com o CCU, a vacina para o HPV é considerada uma estratégia preventiva eficaz. Existem duas vacinas regularizadas no Brasil contra o vírus HPV, sendo eficazes no combate a lesões precursoras do CCU e de melhores resultados ao serem utilizadas antes do início da vida sexual. A estratégia de vacinação antes da adolescência no sexo feminino iniciou, no Brasil, em 2014, porém seus resultados só poderão ser avaliados em longo prazo, visto que as lesões no colo uterino têm progressão lenta (DUQUE, 2013; BRASIL, 2013b).

As vacinas desenvolvidas são de dois tipos: quadrivalente (que confere proteção para os HPV tipos 6, 11, 16 e 18) e bivalente (que protege contra os HPV tipos 16 e 18). O MS adquiriu a vacina quadrivalente papilomavírus humano (recombinante) para uso em pré-adolescentes como estratégia de prevenção primária contra o CCU. Pesquisas mostram que a vacina é eficaz em 96% dos casos de lesões intraepiteliais de alto grau relacionadas ao HPV 16 (BRASIL, 2014). Outra forma de prevenir o CCU é a partir do diagnóstico precoce de lesões precursoras, através do EP. O mesmo é considerado um procedimento eficaz e de baixo custo, com possibilidade de acesso fácil pelas mulheres, sendo por isso considerado uma prevenção secundária (BRASIL, 2011).

Para a OMS, o diagnóstico precoce pode ser feito através da abordagem de indivíduos com sinais e sintomas ou a partir da realização de política de rastreamento, e é realizado o EP na população considerada de risco (assintomáticos) (WHO, 2010). Isso se deve ao fato de que uma patologia é passível de prevenção quando é possível a realização de rastreamento de lesões precursoras, associado ao tratamento em estágios iniciais que levam a cura. Diante do exposto, é perceptível que a alta cobertura do exame em mulheres de risco leva a uma diminuição na taxa de incidência da doença (BRASIL, 2013b).

Figura 3 - Linha de cuidado no câncer



Fonte: Adaptado de INCA, 2012a

Muitas ações preventivas ao CCU são executadas na ABS, a exemplo: prevenção das IST, educação em saúde sobre o rastreamento do CCU, identificação da população considerada de risco e convocação para a realização do EP, avaliação dos laudos e convocação das mulheres com resultados alterados para os encaminhamentos de acordo com o grau de alteração. A ABS deve garantir a continuidade da assistência aos resultados alterados a partir da vinculação com a média e alta complexidade, que realiza a confirmação diagnóstica e tratamento das lesões, prevenção secundária e terciária (INCA, 2012a). Para que a prevenção seja realizada de forma eficaz e eficiente, é necessário que a mesma se articule com as linhas de cuidado ao paciente com câncer. Essa linha foi elaborada no intuito de direcionar os profissionais quanto ao percurso assistencial, organizado em fluxos, onde o indivíduo é visto de acordo com suas necessidades (FIGURA 3).

As linhas de cuidado para o CCU estão baseadas nas seguintes diretrizes: prevenção e detecção precoce, Programa Nacional de Qualidade da Citologia (PNQC), acesso das mulheres a serviços de confirmação do diagnóstico e tratamento realizado o mais breve possível. Nessa perspectiva, a ABS é responsável por ações de controle do CCU,

principalmente no que tange ao rastreamento de lesões a partir do EP (BRASIL, 2013b). Medidas educativas também são importantes no processo de prevenção do CCU, garantido que principalmente as mulheres na faixa etária de risco tenham esclarecimentos sobre a patologia, sua prevenção, vantagens do diagnóstico precoce, tratamento com possibilidades de cura, prognóstico e qualidade de vida. É a partir desse princípio que os programas de rastreamento devem se basear para a adesão do sexo feminino ao EP (GOMES NETO, 2013).

A seguir, são apresentados no quadro 5, os estudos correlacionados ao CCU, seus fatores de risco, formas de diagnóstico e tratamento utilizados na elaboração da fundamentação teórica deste estudo. Foram incluídos artigos publicados nos últimos 18 anos e que tiveram texto na íntegra em português, espanhol ou inglês. É válido ressaltar que não foi encontrado artigo que relatasse de forma direta a associação entre sífilis e lesões precursoras para o CCU. Das pesquisas encontradas relacionadas à temática, CCU: dois abordam os seus fatores de risco; seis trabalham com a política de rastreamento, prevenção e mortalidade; sete o correlaciona com os vírus HIV e HPV; quatro avaliam prevalência, formas de diagnóstico e tratamento; três descrevem os motivos para não realização da prevenção e o grau de conhecimento das mulheres sobre o tema.

Quadro 5 - Estudos relacionados ao CCU, publicados entre 2000 e 2016

Autor, Ano/ Revista/Local	Objetivo	Desenho/ Amostra	Resultados
BEZERRA, S. J. S. et al, 2005 <i>Revista Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) - Jornal Brasileiro de DST</i> , Brasil	Identificar fatores de risco para o câncer cervical em mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV.	Quantitativa 37 mulheres	Os fatores de risco para o CCU nas mulheres estudadas são: baixo nível socioeconômico, nuliparidade e reduzido número de gestações, multiplicidade de parceiros sexuais, não uso de preservativo, uso de contraceptivos e presença de alguma DST.
BOSCH, F. X. et al, 2002 <i>Journal of Clinical Pathology</i> , Estados Unidos da América	Identificar a relação entre HPV e CCU.	Revisão de Literatura	A associação entre o HPV e o CCU está presente em quase todos os casos de câncer cervical do mundo. As sociedades médicas e os reguladores da saúde pública devem considerar à adoção de testes de HPV como uma estratégia relevante para a prevenção e tratamento da neoplasia cervical.
BOTTARI, C. M. et al, 2008 <i>Caderno de Saúde Pública</i> , Brasil	Refletir sobre o uso da condição marcadora CCU como mecanismo de avaliação da ABS.	Estudo Quali-quantitativo Municípios com população acima de 100 mil habitantes	O CCU é condição marcadora da ABS por excelência, a partir da similaridade de conceitos como acessibilidade, cobertura, integralidade, qualidade técnico-científica e efetividade.
BROCK, M. F., 2005 <i>Dissertação de Mestrado da Universidade do Estado do Amazona</i> , Brasil	Avaliar a prevalência das alterações colpocitológicas em pacientes HIV positivo, atendidas na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas.	Estudo Descritivo Transversal 101 mulheres	Identificou a necessidade de rastreamento frequente das pacientes HIV positivo para o CCU, visto que o risco de lesões foi 5,6 vezes maior que a população geral.
BURD, E. M., 2003 <i>Clinical Microbiology Reviews</i> , Estados Unidos da América	Descrever a relação HPV e CCU.	Revisão de Literatura	Embora o HPV seja essencial para a transformação das células epiteliais cervicais, não é suficiente, e uma variedade de cofatores e eventos moleculares influencia no desenvolvimento do câncer cervical.

COBUCCI, R. N. O., 2011 <i>Dissertação de Mestrado da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil</i>	Comparar a incidência de câncer em pacientes infectados pelo HIV e em transplantados com a população em geral.	Revisão Sistemática com Metanálise	O risco de surgimento de cânceres é maior em pacientes HIV positivos e transplantadas, comparando com a população em geral. As neoplasias associadas a vírus, como o CCU, são as que têm maior significância em pacientes HIV positivos e transplantadas.
CRUZ, L. M.; LOUREIRO, R. P., 2008. <i>Revista Saúde e Sociedade, Brasil</i>	Levantar questões referentes a não adesão de muitas mulheres às campanhas governamentais de combate ao CCU.	Estudo teórico descritivo	A forma de abordagem dos profissionais de saúde é relevante para o sucesso dos programas de combate ao CCU, os mesmos devem atuar valorizando a cultura das mulheres, usando uma linguagem que facilite a adesão das mesmas a estratégias de rastreamento.
COUSSENS, L. M.; WERB, Z., 2002 <i>National Institutes of Health – Nature, Estados Unidos da América</i>	Identificar a relação causal entre CCU e inflamação.	Revisão de Literatura	A proliferação de células isoladamente não causa câncer, a proliferação celular sustentada em um ambiente rico em células inflamatórias, fatores de crescimento, estroma ativado e agentes promotores de dano de DNA, certamente potencializa e/ou promove risco neoplásico.
DIAS, E. G. et al, 2015 <i>Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, Brasil</i>	Avaliar o conhecimento em relação à prevenção do CCU entre mulheres de uma Unidade Básica de Saúde do estado de Minas Gerais.	Qualitativo 44 mulheres	Fatores que levam a não realização do exame citopatológico do CU: desinformação, medo, falta de tempo, rotina de trabalho, não ter onde deixar os filhos, constrangimento/ desconforto, baixo nível de escolaridade, vergonha, dor ou incômodo ao exame.
DUQUE, K. C. D., 2013 <i>Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil</i>	Avaliar estratégias de rastreamento do CCU comparando através de randomização o método tradicional com testes para detecção de HPV.	Estudo Transversal 776 mulheres	O EP tem cobertura de 76,28%. Fatores de proteção para a não realização do preventivo: alto índice de escolaridade, a prática de atividade física, procura regular por atendimento em serviços de saúde e ter apoio social. A maioria das mulheres entrevistadas abordou como motivo da não realização do exame preventivo o fato de não achar necessário.
FERLAY, J. et al, 2007 <i>Annals of Oncology, Inglaterra</i>	Calcular a incidência e mortalidade do câncer para	Estudo Quantitativo	O câncer de mama é o mais comum em mulheres européias com 429.900 casos, seguido de câncer

	2006 na Europa.		colorretal (195.400 casos) e câncer de útero (149.300 casos). No homem, o câncer de próstata é o mais frequente (345.900 casos), seguido de câncer de pulmão (292.200) e colorretal (217.400).
HEARD, I. M. D. et al, 2000 <i>Artigo da Revista Obstetric & Gynecology</i> , Estados Unidos da América	Investigar genótipos de HPV, carga de DNA de HPV e fatores comportamentais e sociodemográficos em uma série de mulheres soropositivas ao HIV e correlacionar a infecção pelo HPV com a doença cervical de acordo com o estado imunológico.	Estudo Quantitativo 307 mulheres	A imunossupressão favorece a infecção cervical de HPV de alta carga com genótipos oncogênicos e sua expressão clínica em mulheres soropositivas.
GOMES NETO, L. M. Q., 2013 <i>Dissertação de Pós-graduação da Faculdade Boa Viagem e Centro de Consultoria Educacional</i> , Brasil	Realizar uma revisão bibliográfica baseadas em abordagens do CCU, com prioridade no desenvolvimento, prevenção, tratamento e função do citologista no seu diagnóstico.	Revisão de Literatura	Os resultados mostram a importância de ações educativas sobre a necessidade do preventivo ao iniciar as atividades sexuais e desmistificar a técnica e o resultado.
MACHADO, L. M., 2015 <i>Dissertação de Pós-graduação do Centro de Consultoria Educacional</i> , Brasil	Realizar uma revisão de literatura descrevendo o HPV, CCU e fatores de risco para o acometimento.	Revisão de Literatura	O CCU leva anos para se desenvolver, as alterações celulares que podem desencadear essa doença são descobertas facilmente no EP, sendo sua principal causa o vírus HPV.
MARTIN, C. N. R., 2014 <i>Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Roraima</i> , Brasil	Avaliar a cobertura do programa de rastreamento do CCU no município de Boa Vista, capital do estado de Roraima.	Estudo Quantitativo de Corte Transversal Inquérito domiciliar	A cobertura informada pelas voluntárias foi elevada, sugerindo algum outro motivo para a alta incidência de CCU em Roraima.

		603 mulheres	
MELO, V. H. et al, 2003 <i>Artigo da Revista Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia (RBOG)</i> , Brasil	Apresentar os achados ginecológicos mais frequentes de uma coorte de 300 mulheres infectadas pelo HIV, acompanhadas ambulatorialmente.	Estudo Prospectivo e Descritivo 109 pacientes	A infecção pelo HIV se associa com frequência a NIC e a processos infecciosos genitais, em especial o HPV.
PANZETTI, T. M. N., 2013 <i>Dissertação de Mestrado da Universidade do Estado do Pará</i> , Brasil	Identificar como as mulheres com CCU constroem a experiência do diagnóstico ao tratamento, integrando-os em sentidos socialmente construídos.	Qualitativa 30 mulheres	O câncer uterino é identificado pelas mulheres a partir do aparecimento de sintomas. A trajetória para o diagnóstico do câncer é longo visto que o sistema de saúde é falho, onde a demanda é maior que a quantidade de serviços e ainda existem profissionais não habilitados para realização rápida do diagnóstico, e a realização do tratamento também é demorada.
PIN, A. P. M. S., 2016 <i>Dissertação de Mestrado da Universidade Federal do Tocantins</i> , Brasil	Conhecer o perfil de mulheres quanto à prevenção contra o CCU no Brasil.	Modelo econométrico logit ordenado 77.186 mulheres	Idade, alto grau de instrução e renda estão relacionados à procura pela prevenção. O perfil das mulheres que se previnem até um ano é: morar no Sul, ter nível superior, viver com companheiro, ter plano privado de saúde e já ter tido câncer.
SANTOS, K. M., 2011 <i>Dissertação de Mestrado da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro</i> , Brasil	Analisar fatores associados à mortalidade por CCU no Brasil e sua relação com a política de rastreamento.	Estudo Ecológico	Óbitos por CCU são frequentes com taxas diferenciadas por Estado. Ainda não é possível avaliar o impacto positivo da política de rastreamento brasileira.
SOUZA, N. S. T. et al, 2001 <i>Artigo da RBGO</i> , Brasil	Comparar a acurácia do estudo histopatológico e da reação em cadeia por polimerase no diagnóstico da infecção pelo HPV em lesões do colo uterino de mulheres infectadas pelo HIV.	Estudo Quantitativo 52 mulheres	A histopatologia mostrou 100% de acerto para o diagnóstico de HPV, o que significa dizer que, quando a biópsia for positiva o HPV certamente estará presente, confirmando a suspeita clínica. No entanto, a baixa sensibilidade retira da histopatologia o valor como exame de rastreamento nesse grupo de mulheres.
SOUZA da, S. J. et al, 2010	Avaliar o conhecimento e	Qualitativa	As mulheres tem pouco conhecimento sobre o EP. As

<i>Artigo da Revista Enfermagem Interativa, Brasil</i>	prática de mulheres em relação ao exame citopatológico do CCU.	28 mulheres	mulheres reconhecem a importância do EP e da sua realização de forma periódica.
VALE, D. B. A. P. do, 2010 <i>Dissertação Mestrado Pós-graduação da Universidade Estadual de Campinas, Brasil</i>	Analisar o rastreamento do CCU no âmbito do Programa Saúde da Família (PSF) de Amparo, entre os anos 2001 e 2007, tendo como referencial as recomendações do MS.	Longitudinal e Retrospectivo	A periodicidade anual de EP manteve-se alta nos grupos estudados. Aumento discreto no número de exames realizados com intervalo de dois anos ou mais. No grupo etário de 40 a 59 anos, aumento na realização do EP e uma diminuição na população acima de 60 anos do grupo em estudo. O PSF, mesmo sendo uma estratégia de rastreamento para o CCU, não mostrou impactos efetivos neste sentido.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar fatores associados à presença de alterações citopatológicas de colo do útero, HIV e/ou da sífilis em mulheres que realizaram o exame Papanicolau na USF San Martin, em Salvador – BA, de 02 de janeiro de 2015 a 09 de março de 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar o perfil sociodemográfico e de hábitos de vida de mulheres que realizaram o EP na USF San Martin, em Salvador – Bahia, de 2015 a 09 de março de 2018;
- Descrever a frequência e tipos de alterações citopatológicas no EP realizado em mulheres usuárias da USF San Martin, em Salvador – Bahia, entre 2015 e 09 de março de 2018 que compuseram a amostra;
- Estimar a frequência de sífilis e/ou HIV tipos 1 e 2 na amostra a partir da realização de testagem rápida;
- Verificar a associação entre condições clínicas, ginecológicas e histórico familiar e presença de alterações citopatológicas de colo do útero em mulheres incluídas na amostra;
- Investigar associação entre condições clínicas, ginecológicas, reprodutivas e histórico familiar e a presença de sífilis em mulheres incluídas na amostra.

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo teve como forma de abordagem o método quantitativo, utilizando o desenho de corte transversal. O método quantitativo é caracterizado pela utilização da quantificação de dados e opiniões, utilizando técnicas e recursos estatísticos para análise e apresentação dos dados. Lakatos e Marconi (1999) conceituam o método quantitativo como uma investigação de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos e fenômenos, a avaliação de programas ou isolamento de variáveis principais.

Especificamente esse estudo investigou diversos fatores associados à presença de sífilis, HIV e alterações citopatológicas de colo de útero, a exemplo do tabagismo, multiplicidade de parceiros, não uso de preservativo nas relações sexuais, e outras IST. O mesmo foi eleito, pois segundo Rouquayrol e Almeida Filho (2003), representa um instantâneo da situação de saúde de um grupo ou população.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A presente investigação foi realizada na USF San Martin, localizada na Avenida San Martin, sem número, no município de Salvador, capital do estado da Bahia. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2015), sua população estimada do ano 2015 foi de 2.921.090 habitantes, o município mais populoso do Nordeste, o terceiro do Brasil, superado apenas por São Paulo (11.967.829) e Rio de Janeiro (6.476.631). A cidade dispõe de 124 equipes de saúde da família.

A unidade foi inaugurada em vinte e oito de março de 2007 e reinaugurada em dezessete de janeiro de 2014 e possui quatro equipes da ESF. Funciona de segunda a sexta das 08 às 17 horas, e seus serviços são destinados apenas aos habitantes do município, especificamente para sua área de abrangência, o bairro Curuzu (APÊNDICE A). As equipes são compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, auxiliar de consultório odontológico, Agente Comunitário de Saúde (ACS), auxiliar de limpeza e administrativo. As duas dentistas atendem cada uma duas equipes.

A unidade possui seis consultórios clínicos, dois consultórios ginecológicos (com banheiro), dois consultórios odontológicos, uma recepção, quatro salas de espera, uma sala de

vacina, uma sala de procedimento, uma sala de curativo, um depósito de material de limpeza, um almoxarifado, um expurgo, uma central de material e esterilização, uma sala de reuniões, quatro banheiros, uma copa e uma gerência. Vale ressaltar que no período da presente coleta de dados as microáreas 02 da equipe amarela e a 03 da equipe verde estiveram descobertas por ACS, enquanto que nas microáreas 03 e 04 da equipe azul, 02 da equipe vermelha e 02 da equipe verde os ACS apresentavam restrições médicas para o trabalho.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra do estudo foi composta por 150 mulheres que realizaram o EP na USF San Martin entre 02 de janeiro de 2015 e 09 de março de 2018. Tal amostra foi por conveniência e recrutou mulheres que aceitaram participar do estudo. Foram consideradas elegíveis mulheres acima de 18 anos, cadastradas na ESF, com laudo apresentando células escamosas e glandulares, e com laudo escamoso que apresentaram lesão precursora para o CCU. Foram excluídas da amostra: as mulheres que não aceitaram participar do estudo; as que apresentaram resultados de EP com laudo escamoso sem lesão precursora para o CCU e indeterminado e/ou inconclusivo; as mulheres que não residem mais na área de abrangência da unidade no período da coleta de dados; mulheres que não compareceram a unidade para a entrevista na data agendada; e aquelas que não foram encontradas na residência em visita domiciliar entre 08 e 17 horas, no período da coleta de dados.

É válido acrescentar que foram realizadas várias convocações e/ou visitas domiciliares enquanto durou o período de coleta de dados, no intuito de captar o maior número de mulheres que realizaram o EP.

4.4 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de dezembro de 2017 a junho de 2018, com a colaboração de ACS para localizar as mulheres que pudessem participar do estudo, bem como intermediar agendamentos para realização de entrevistas e exames.

4.5 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Neste estudo, foi realizada avaliação preliminar em prontuários e livro de registro de coleta de preventivo, onde foram identificadas as mulheres que fizeram preventivo na referida

unidade, no período de 02 de janeiro de 2015 a 09 de março de 2018. Após essa pré-seleção, essas mulheres foram localizadas pelos ACS, através de visitas domiciliares ou pelo telefone informado pela mesma no dia da coleta do exame, e convidadas a participar da pesquisa. Em caso de aceite, as mesmas foram orientadas a comparecer à unidade em horários específicos para realização da entrevista e consulta de enfermagem para coleta dos dados.

A partir disso, era aplicado o questionário elaborado especificamente para o presente estudo, mediante entrevista. Esse instrumento continha perguntas acerca de dados individuais, sociodemográficos, hábitos de vida, dados clínicos e cuidados com a saúde (APÊNDICE C). Tal procedimento era feito individualmente com cada participante, de forma a manter sigilo das informações obtidas.

Além disso, foi agendada e realizada uma consulta de enfermagem com essas mulheres, no intuito de identificar fatores de risco para o CCU, a exemplo de verrugas genitais, a partir de exame físico. As consultas de enfermagem foram realizadas em sala própria, de forma individual, de forma a manter a privacidade das participantes. Nessa ocasião, foram aferidas as medidas do peso, utilizando balança antropométrica da marca Welmy, e da altura (estadiômetro). Todos os dados obtidos nessa consulta foram registrados nos campos específicos para dados clínicos no questionário do estudo (APÊNDICE C).

Em seguida foram realizados testes rápidos para sífilis e HIV tipos 1 e 2. Destaca-se que foi feito o aconselhamento pré e pós testagens rápidas, mediante diálogo com cada mulher incluída, no intuito de avaliar eventuais riscos individuais e sanar suas eventuais dúvidas expostas. Para as mulheres que concordaram em realizar os testes, foi solicitado a assinatura do termo de consentimento específico para realização dos testes rápidos para HIV 1 e 2 e sífilis (APÊNDICE B).

O teste rápido para HIV tipos 1 e 2 foi da marca HIV TRI LINE BIOCLIN, empregado para pesquisar a infecção pelo HIV, fundamenta-se na tecnologia de imunocromatografia. Esse teste utiliza antígenos recombinantes HIV 1 e HIV 2, que reagem com anticorpos presentes em amostra de soro, plasma e sangue total. O mesmo foi feito mediante punção digital com lanceta, antes do teste as mãos da pesquisadora e da paciente foram lavadas e secadas e foi passado álcool a 70% na ponta do dedo para antissepsia da área que foi utilizada na paciente para punção. Posteriormente, a ponta do dedo foi pressionada e perfurada com a lanceta, com o auxílio da pipeta plástica descartável foi aspirado o sangue, colocando no dispositivo uma gota de sangue (no poço A) e 2 gotas do reagente (no poço B). O dispositivo apresenta uma área chamada janela de leitura de resultados onde há as letras C (Controle) e T (Teste).

Na área T, observa-se os algarismos 1 e 2, que marcam a área de teste e representa antígeno do HIV-1 e o antígeno de captura recombinante do HIV-2. A leitura do teste foi feita de 15 a 30 minutos, onde posteriormente o resultado podia apresentar um falso positivo. A leitura foi feita através da visualização de linhas, o teste foi considerado negativo ao aparecer apenas à linha no C, e positivo quando apareceu uma linha no C e no T, onde no T1 foi considerado positivo para HIV 1 e T2 para HIV 2, e ao apresentar três linhas o teste foi considerado positivo para os dois tipos de HIV.

Casos em que a linha no C não surgiu dentro do período determinado pelo fabricante para leitura do resultado, isto é, entre 15 e 30 minutos após a adição do diluente, o teste não foi considerado válido, mesmo que aparecesse alguma linha colorida na área T. Nesse caso, o mesmo foi repetido. Em casos de resultados positivos para HIV, foi procedido o teste confirmatório TEST BIOEASY STANDARD DIAGNOSTIC. Esse teste rápido é empregado para pesquisar a infecção pelo HIV e fundamenta-se na tecnologia de imunocromatografia de fluxo lateral. Esse teste admite a detecção de anticorpos das classes IgG, IgM e IgA, específicos para HIV-1, incluindo grupo O, e HIV-2 em sangue total, soro ou plasma.

O teste foi feito a partir de uma punção digital com lanceta, onde foram colocados no dispositivo uma gota de sangue (coletada com pipeta específica do teste) e 4 gotas do reagente. O dispositivo apresenta uma área chamada janela de leitura de resultados onde há as letras C e T. Antes da punção foi necessário realizar antissepsia do local que foi puncionado. Na área T, observa-se os algarismos 1 e 2, que marcam a área de teste e representa antígenos do HIV-1 (gp41, p24) e os antígenos de captura recombinantes de HIV-2 (gp36).

A leitura do teste supracitado foi feita de 10 a 20 minutos, onde posteriormente o resultado podia apresentar um falso positivo. A leitura foi feita através da visualização de linhas, o teste foi considerado negativo ao aparecer apenas à linha no C, e positivo quando apareceu uma linha no C e no T, onde no T1 foi considerado positivo para HIV 1 e T2 para HIV 2, e ao apresentar três linhas o teste foi positivo para os dois tipos de HIV. Se a linha no C não surgisse dentro do período determinado pelo fabricante para leitura do resultado, isto é, entre 10 e 20 minutos após a adição do diluente, o teste não foi considerado válido, mesmo que aparecesse alguma linha colorida na área T. Nesse caso, o mesmo foi repetido.

Por sua vez, o teste para sífilis foi da marca ALERE SÍFILIS, o qual apresenta uma membrana pré-revestida com antígeno recombinante de *Treponema pallidum* na região T. Esse teste foi realizado através da punção digital com lanceta, onde foram colocados no dispositivo 1 gota de sangue (coletada com pipeta específica do teste) e 4 gotas do reagente, onde o mesmo foi validado a partir do aparecimento da linha C, em casos não reagentes

apareceu uma linha na letra C, e em casos reagentes apareceu duas linhas uma no C e uma na área T. Se a linha no C não surgisse dentro do período determinado pelo fabricante para leitura do resultado, isto é, entre 5 e 20 minutos após a adição do diluente, o teste não foi considerado válido, mesmo que aparecesse alguma linha colorida na área T. Nesse caso, o mesmo era repetido. Todos os resultados dos referidos exames foram anotados no questionário, em campos destinados a esse fim (APÊNDICE C).

Por fim, foram levantados dados em prontuários para complementação de informações clínicas. Da mesma forma, foi utilizado o livro de registro de coleta de preventivo para obtenção do laudo do exame citopatológico. Todas essas informações colhidas foram registradas também em campos específicos para dados clínicos para o estudo do questionário (APÊNDICE C).

4.6 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.6.1 Variáveis Independentes

4.6.1.1 Variáveis Independentes Principais

- Artigo 1 - Presença de sífilis – Cada mulher foi classificada como positiva ou negativa para IST do tipo sífilis, a partir de resultados de testes rápidos.
- Artigos 1 e 2 - Presença de HIV tipos 1 e 2 – Cada mulher foi classificada como positiva ou negativa para HIV 1 e 2, a partir de resultados de testes rápidos.

4.6.1.2 Covariáveis

Variáveis socioeconômicas e ambientais

- Situação de trabalho ou ocupação – trabalho remunerado com vínculo, trabalho remunerado sem vínculo, desempregado, aposentado;
- Renda familiar – renda menor ou igual a um salário mínimo e renda maior que um salário mínimo;
- Densidade domiciliar - quantidade de pessoas que moram na mesma residência;

- Tipo de moradia – própria, alugada, cedida e outros;
- Anos de estudo – 0-3 anos de estudo; 4-7 anos de estudo; 8 ou mais anos de estudo.

Variáveis demográficas, antecedentes familiares e condição de saúde

- Peso – em quilogramas;
- Idade – em anos, no momento do exame clínico;
- Raça/ cor – branca, preta, amarela, parda e indígena;
- Altura - em centímetros;
- Índice de Massa Corporal (IMC): peso dividido pela altura²;
- Condição marital – tem companheiro e não tem companheiro;
- Uso de álcool – se utiliza ou não e com que frequência;
- Tabagista – sim ou não;
- Ex-tabagista – sim ou não;
- Uso de drogas de abuso – sim ou não;
- Frequência de atividade física – não realiza, 1 dia/sem, 2 a 3 dias/sem, todo dia ou quase todo dia;
- História familiar – se há histórico familiar de CCU ou câncer de mama;
- História médica – presença de hipertensão arterial, diabetes mellitus ou outras patologias, ausência de comorbidades;
- Idade da menarca – menos que 12 anos ou com 12 anos ou mais;
- Quantas gestações – nenhuma, de 01 a 03 ou mais que 03;
- Número de partos – nenhum, de 01 a 03 ou mais que 03;
- Número de abortos – nenhum, de 01 a 03 ou mais que 03;
- Tipo de aborto – espontâneo, provocado, ou, espontâneo e provocado;
- Quantidade de filhos – nenhum, de 01 a 03 ou mais que 03;
- Data da última menstruação ou amenorreia;
- Caroço em mama: presente ou ausente, em mama direita ou esquerda ou em ambas;
- Presença de descarga papilar – sim ou não;
- Tipo de mamilos – protusos, semiprotusos, planos ou invertidos;
- Sinais de retração de mamilo – presentes ou não;
- Simetria de mamas – simétricas ou assimétricas;

- Amamentou os filhos - não se aplica, sim ou não;
- Verruga e/ ou lesões em região genital externa e canal vaginal – se presente ou não;
- Leucorreia – sim ou não. Se sim: aspecto, cor e odor;
- Idade da primeira relação sexual;
- Números de parceiros sexuais;
- Parceiro fixo – sim ou não;
- Intervalo entre os dois últimos preventivos – menos de 1 ano, de 1 a menos de dois anos, de 2 a menos de 3 anos, 3 anos ou mais e primeira vez que realiza;
- Método contraceptivo utilizado – não utiliza, pílula, injetável mensal, injetável trimestral, dispositivo intrauterino, preservativo, laqueadura e outros;
- Uso correto do método contraceptivo – sim, não ou não se aplica.

4.6.2 Variável Dependente (Desfecho)

- Artigo 1 - Presença de lesões citopatológicas precursoras do CCU - cada mulher foi classificada como positiva ou não para lesões precursoras do CCU segundo resultado/diagnóstico do EP.
- Artigo 2 - Presença de sífilis – Cada mulher foi classificada como positiva ou negativa para IST do tipo sífilis, a partir de resultados de testes rápidos.

4.6.2.1 Resultado/Diagnóstico do EP Alterado ou Normal

4.6.2.1.1 EP Alterado: presença de atipias de significado indeterminado; atipias em células escamosas (INCA, 2012b), sumarizadas no quadro 6.

4.6.2.1.2 EP dentro dos limites da normalidade: sem presença de alterações específicas ou com as seguintes referências: alterações celulares benignas (reativas ou reparativas): metaplasia escamosa imatura; indicação de reparação tecidual; atrofia com inflamação; indicação de tratamento radioterápico; achados microbiológicos (INCA, 2012b).

Quadro 6 - Classificação das alterações do EP, segundo INCA, 2006

Células Atípicas de Significado Indeterminado	
Escamosas (ASC)	<ul style="list-style-type: none"> • Atipias de significado indeterminado em células escamosas possivelmente não neoplásicas (ASCUS de Bethesda) Atipias de significado indeterminado em células escamosas possivelmente não neoplásicas, não podendo afastar lesão intra-epitelial de alto grau (ASC-H de Bethesda)
Glandulares (AGC)	<ul style="list-style-type: none"> • Atipias de significado indeterminado em células glandulares (AGC), possivelmente não neoplásicas • Atipias de significado indeterminado em células glandulares (AGC), não se pode afastar lesão intraepitelial de alto grau
De origem indefinida	<ul style="list-style-type: none"> • Atipias de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas • Atipias de significado indeterminado, não se pode afastar lesão intraepitelial de alto grau
Células Escamosas	
Lesão intraepitelial de baixo grau - LSIL (compreendendo efeito citopático pelo HPV e NIC grau I)	
Lesão intra-epitelial de alto grau (abrangendo NIC II e III, carcinoma in situ) (HSIL)	
Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão	
Não apresentam lesão precursora para o CCU	

Fonte: INCA, 2012b

4.7 PLANO DE ANÁLISE

Os programas SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) e o STATA versão 11.0 foram utilizados para a elaboração do banco, armazenamento de dados e as análises do estudo:

- Análise univariada, para descrever a distribuição das variáveis dependente e independentes na população em estudo. Foram obtidas frequências simples e relativas de todas as variáveis incluídas no estudo. Para cada variável quantitativa calculada a média e seu desvio padrão e mediana;

- Análise bivariada, para identificar a associação entre cada uma das variáveis independentes e o desfecho em pauta. Ou seja, efetuou-se o cruzamento da variável dependente, dicotômica, com cada uma das variáveis independentes, de acordo com sua natureza, por meio de tabelas de contingência, a partir do emprego do teste qui-quadrado e quando necessário, o teste exato de Fisher. Foram verificadas as Razões de Prevalência (RP) com respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) e valores de p. Para testar a diferença de médias foi utilizado o teste t de *Student*;

- Análise estratificada onde foram avaliadas covariáveis que podem ser possíveis modificadoras do evento a partir do Teste de *Mantel-Haenszel*, com significância de $p \leq 0,20$. As variáveis que podem ser confundidoras foram selecionadas a partir da fundamentação teórica, sendo considerada a diferença relativa entre medidas ajustadas para cada covariável e o valor da associação bruta maior que 20%;

- Regressão logística não condicional para obtenção das medidas de associação entre fatores intervenientes na cadeia causal das lesões precursoras de CCU e a presença de tais lesões, com cálculo das respectivas *Odds Ratio* (OR), para verificar possível efeito da cada uma das exposições em questão e o desfecho.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados os aspectos éticos e os princípios da pesquisa em seres humanos instituídos pelo código de ética em seres humanos – Resolução nº 466/2012. Inicialmente foi solicitada uma autorização prévia da ESF que sediou o estudo para a coleta de dados (ANEXO A). Em seguida o estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética da Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sendo aprovado pelo Parecer nº. 2.548.705 (ANEXO B).

Cada uma das mulheres que concordou em participar assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE D) e um Termo de Consentimento

para realização dos testes rápidos para HIV 1 e 2 e sífilis (APÊNDICE B). Em casos de testes rápidos positivos, as mulheres presenciaram alterações emocionais. Nessas situações, as mesmas foram escutadas e orientadas, foi perguntado sobre a necessidade de um acompanhamento de algum familiar ou pessoa próxima após a consulta de enfermagem, se sim a pesquisadora entrou em contato com a pessoa solicitada pela mulher. Foi aguardada a chegada desta última para término da consulta. As mulheres com alterações nos testes para HIV 1 e 2 foram encaminhadas ao serviço de referência, Serviço Municipal de Assistência Especializada (SEMAE) Liberdade, localizado na Rua Estrada da Liberdade, sem número, dentro do Multicentro de Saúde Professor Bezerra Lopes – Liberdade, para tratamento e acompanhamento. As mulheres com teste rápido para sífilis alterado foram tratadas e acompanhadas pela própria pesquisadora ou pela equipe da USF San Martin.

Os testes rápidos foram realizados com lancetas descartáveis. No local da punção, em alguns casos, ocorreu a formação de um hematoma, além de dor leve. Esses sintomas foram tratados pela pesquisadora conforme necessidade. Tentando reduzir os riscos referentes ao constrangimento e à exposição da paciente, a entrevista associada a uma consulta de enfermagem foi feita em uma sala reservada, que mantivesse a privacidade da mesma, conforme anteriormente citado. Além disso, foi facultada a desistência da participante em qualquer tempo sem nenhum prejuízo à mesma, além da possibilidade de se recusar a responder qualquer pergunta do questionário. Com relação ao risco de perda de anonimato, as mulheres foram identificadas no banco de dados por números, e todos os documentos da pesquisa ficarão guardados pela pesquisadora por um período de cinco anos e posteriormente serão incinerados.

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa encontram-se apresentados na forma de dois artigos científicos a serem submetidos à Revista de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana:

- Artigo 1: **“Perfil epidemiológico e condições clínicas e ginecológicas de mulheres com ou sem lesão precursora para o câncer de colo uterino”**

- Artigo 2: **“Fatores associados à sífilis em mulheres de uma Unidade de Saúde da Família em Salvador-BA”**

ARTIGO 01

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CONDIÇÕES CLÍNICAS E GINECOLÓGICAS DE MULHERES COM OU SEM LESÃO PRECURSORA PARA O CÂNCER DE COLO UTERINO

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND CONDITIONS OF GYNECOLOGICAL WOMEN WITH OR WITHOUT THE PRECURSOR LESION FOR CANCER OF UTERINE CERVIX

RESUMO

Introdução: O Câncer de Colo Uterino (CCU), no Brasil, é a quarta causa de morte em se tratando de neoplasias malignas na população feminina, sendo esperados 16.370 casos novos para o biênio 2018-2019. **Objetivo:** Identificar fatores associados à presença de alterações citopatológicas de colo do útero, HIV e/ou da sífilis em mulheres que realizaram o Exame Papanicolau (EP) em uma Unidade Saúde da Família (USF), em Salvador–BA, de 02 de janeiro de 2015 a 09 de março de 2018. **Materiais e Método:** Esse estudo transversal consistiu de 150 participantes. Após aplicação de um questionário, foi realizado exame clínico das mamas e ginecológico, e testagens rápidas para diagnóstico da sífilis e de HIV tipos 1 e 2. A análise bivariada foi feita associando cada uma das variáveis independentes com o desfecho em pauta, por meio de tabelas de contingência (teste qui-quadrado e quando necessário, o teste exato de Fisher). Foram obtidas as Razões de Prevalência (RP) com respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) e valores de p. Para testar a diferença de médias foi utilizado o teste t de Student. Ao final foi feita a análise de bondade do modelo, por meio da Razão de Máxima Verossimilhança ($p \leq 0,05$). **Resultados:** Encontrou-se 11,33% de mulheres com lesão e 88,67% sem lesão. O grupo com lesão ($n=17$) apresentou os piores valores em relação ao uso do cigarro (17,65% vs 3,76%) e exame clínico mamário, nos quesitos alteração mamária (17,65% vs 4,51%) e descarga papilar (11,76% vs 1,50%), em comparação ao grupo sem lesão precursora pro CCU, com diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$). Foram detectados 5 casos positivos para sífilis (3,33%), e nenhum caso positivo de HIV tipos 1 e 2. **Discussão:** O estudo confirmou fatores de risco para lesão precursora do CCU já existentes, a exemplo do tabagismo e alterações mamárias, assim como divergiu quanto pesquisas relacionadas ao uso do preservativo e a diminuição do risco de lesão e da provável associação com as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). **Conclusão:** Foi detectado um baixo percentual de mulheres com lesões precursoras para o CCU (11,33%), as mesmas não se mostraram associadas à sífilis e ao HIV tipos 1 e 2, mas foram correlacionadas a fatores esperados como as alterações mamárias e o tabagismo. A reorganização de ações de busca ativa de mulheres com os fatores de risco para CCU para a realização do EP pode culminar na diminuição deste câncer.

Descritores: Exame Papanicolau; Lesão Precursora; Câncer de Colo de Útero.

ABSTRACT

Introduction: Cancer of the Uterine Cervix (CUC), in Brazil, is the fourth cause of death in the case of malignant neoplasms in female population, being expected to 16,370 new cases for the biennium 2018-2019. **Objective:** To identify factors associated with the presence of citopatológicas changes of the cervix, HIV and/or syphilis in women who underwent Papanicolau Exam (PE) in a Family Health Unit (FHU), in Salvador-BA, from 02 January 2015 to 09 March 2018. **Materials and Methods:** This cross-sectional study consisted of 150 participants. After application of a questionnaire, was conducted clinical examination of the breast and gynecological, and quick tests for diagnosis of syphilis and HIV types 1 and 2. The bivariate analysis was made by associating each of the independent variables with the outcome, through contingency tables (Chi-square test and when necessary, the Fisher's exact test). The reasons were obtained of Prevalence (RP) with their 95% confidence intervals (CI 95%) and p values. To test the difference of averages was used the Student's t-test. The end was made the analysis of goodness, by Reason of Maximum Likelihood ($p \leq 0.05$). **Results:** Met 11.33% of women with injury and 88.67% without injury. The group with injury ($n=17$) presented the worst values in relation to the use of the cigarette (17.65% vs 3.76%) and clinical examination in breast breast change issues (17.65% vs 4.51%) and unloading (11.76% vs papillary 1.50%), in comparison to the group without precursor lesion pro CUC, with statistically significant ($p \leq 0.05$). 5 cases were found positive for syphilis (3.33%), and no case of HIV types 1 and 2. **Discussion:** The study confirmed risk factors for injury precursor to the existing CUC, smoking and mammary changes, as well as how much research related to diverged condom use and reducing the risk of injury and the likely association with Sexually Transmitted Infections (STI). **Conclusion:** It was detected a low percentage of women with precursor lesions for the CUC (11.33%), were not associated with syphilis and HIV types 1 and 2, but were correlated the expected factors like mammary changes and smoking. The reorganization of actions of active search of women with risk factors for CUC for the PE can culminate in the reduction of this cancer.

Descriptors: Papanicolau Exam; Precursor Lesion; Cervical Cancer of Uterus.

INTRODUÇÃO

O Câncer de Colo Uterino (CCU) é um dos agravos de saúde que acomete as mulheres, sendo que em média 80% desses eventos acontecem em países em desenvolvimento (XAVIER; TERRENGUI, 2006). No Brasil, o CCU, é a quarta causa de morte em se tratando de neoplasias malignas na população feminina (INCA, 2016). Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) (2017) era esperado 16.370 casos novos de CCU no Brasil para o biênio 2018-2019, o que equivale a um risco estimado de 15,43 para cada 100 mil mulheres, sendo 6.030 casos na região Nordeste, 1.230 no Estado da Bahia e 300 no município de Salvador.

Esta doença é normalmente assintomática e de progressão lenta, inclui lesões neoplásicas ou pré-neoplásicas, e pode ser detectada precocemente pelo Exame Papanicolau (EP). As medidas de rastreamento do CCU ou *screening* sistemático para as mulheres estão direcionadas a realização do EP através de estratégias públicas efetivas, seguras e de baixo custo. Mulheres que não realizam ou nunca realizaram esse procedimento desenvolvem a patologia com maior frequência (BAKER; MIDDLETON, 2003; PINHO; FRANÇA JUNIOR, 2003; SOLOMON; NAYAR, 2005; XAVIER; TERRENGUI, 2006; CAETANO et al, 2006).

A realização do EP em mulheres com fatores de risco para o CCU é também uma estratégia importante para redução da morbimortalidade de tal agravo. Ao longo dos anos, diversos fatores estão sendo relacionados com esta patologia, tais como Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); condições infecciosas e reativas; hábitos sexuais, como início de vida sexual precoce e muitos parceiros; tabagismo ativo e passivo; e uso por tempo prolongado de anticoncepcionais orais (REZENDE, 1999; DIOGENES et al, 2001).

Por dia, mais de um milhão de pessoas no mundo são detectadas com IST, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o que resultaria em 357 milhões de casos anuais. A sífilis adquirida está entre essas patologias com 87.593 casos no Brasil, desses 10.178 (11,6%) se encontram na região Nordeste (BRASIL, 2017a). De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de 2007 até junho de 2017 foram registrados 194.217 casos de infecção pelo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), desses 131.969 (67,9%) foram em homens e 62.198 (32,1%) em mulheres (BRASIL, 2017b).

Com o intuito de diminuir a morbimortalidade por CCU, a partir de 1988, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro segue como norma a indicação da OMS, de realizar o exame citopatológico do colo do útero a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos

negativos para neoplasias em mulheres de 25-64 anos e/ou mulheres que já tenham tido atividade sexual (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013).

Dessa forma, é possível vislumbrar uma grande relevância profissional, ao serviço, acadêmica e social, de estudos acerca de fatores condicionantes e determinantes de alterações citopatológicas que podem repercutir em CCU, particularmente para identificação precoce de mulheres em maior risco e incentivar a realização sistemática do EP. Seus resultados podem subsidiar a elaboração e/ou revisão de estratégias para um cuidado de qualidade, com excelência e humanizado, bem como, pode auxiliar na reformulação do processo de trabalho de equipes e/ou profissionais de saúde.

Considerando o contexto acima e tendo em vista a situação de destaque do CCU nos países em desenvolvimento, este estudo teve como objetivo identificar fatores associados à presença de alterações citopatológicas de colo do útero, HIV e/ou da sífilis em mulheres que realizaram o EP em uma Unidade Saúde da Família (USF), em Salvador – BA, de 02 de janeiro de 2015 a 09 de março de 2018.

MATERIAIS E MÉTODO

Realizou-se um estudo de corte transversal em mulheres acima de 18 anos usuárias de uma USF em Salvador, Bahia, Brasil, que fizeram o EP entre 02 de janeiro de 2015 e 09 de março de 2018. Tal amostra foi por conveniência e recrutou mulheres que aceitaram participar do estudo. Este foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil, parecer nº. 2.548.705. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE.

Foram elegíveis para o presente estudo mulheres com laudo apresentando células escamosas e glandulares, e com laudo escamoso que apresentaram lesão precursora para o CCU. Os critérios de exclusão foram mulheres que apresentaram resultados de EP com laudo escamoso sem lesão precursora para o CCU, indeterminado e ou inconclusivo; que não residem mais na área de abrangência da unidade no período da coleta de dados; que não compareceram a unidade para a entrevista na data agendada; e aquelas que não foram encontradas na residência em visita domiciliar entre 08 e 17 horas, no período da coleta de dados.

As informações preliminares foram obtidas através de avaliação em prontuários e livro de registro de coleta de preventivo, onde se identificou as mulheres elegíveis para o estudo. Após essa pré-seleção, essas mulheres foram localizadas com a colaboração de Agentes

Comunitários de Saúde (ACS) ou pelo telefone informado pela mesma no dia da coleta do exame. Por meio de visita domiciliar os ACS as convidaram a participar da pesquisa, e em caso de aceite, foi agendada uma consulta de enfermagem e entrevista a ser realizada na USF da área.

A referida entrevista foi realizada em um consultório desta USF, para obtenção de dados gerais, sociodemográficos, hábitos de vida e cuidados com a saúde. Além disso, foi realizada uma consulta de enfermagem no intuito de identificar fatores de risco para o CCU, a exemplo de verrugas genitais, a partir de exame físico. Foram aferidas as medidas do peso utilizando balança antropométrica da marca Welmy, e da altura (estadiômetro), e calculado o Índice de Massa Corporal (IMC). Também foram realizados testes rápidos para sífilis e HIV tipos 1 e 2, com aconselhamento pré e pós testagens rápidas, no intuito de avaliar eventuais riscos individuais e sanar eventuais dúvidas das participantes.

O teste rápido para HIV tipos 1 e 2 foi da marca HIV TRI LINE BIOCLIN, empregado para pesquisar a infecção pelo HIV, fundamenta-se na tecnologia de imunocromatografia. Esse teste utiliza antígenos recombinantes HIV 1 e HIV 2, que reagem com anticorpos presentes em amostra de soro, plasma e sangue total. O teste para sífilis foi da marca ALERE SÍFILIS, o qual apresenta uma membrana pré-revestida com antígeno recombinante de *Treponema pallidum* na região T. Para realização dos mesmos foi necessária uma punção digital com lanceta, precedida por uma criteriosa lavagem e secagem das mãos da pesquisadora e das participantes, seguida de antissepsia com álcool a 70% na ponta do dedo, área que foi utilizada para punção.

No teste para sífilis, foram colocados no dispositivo 1 gota de sangue e 4 gotas do reagente, e no teste para HIV tipos 1 e 2 foram colocados no dispositivo 1 gota de sangue no poço A e 2 gotas do reagente no poço B. Os testes foram validados através do aparecimento da linha C. Em casos não reagentes para sífilis apareceu uma linha na letra C, e em casos reagentes apareceu duas linhas uma no C e uma na área T.

No teste para HIV tipos 1 e 2, na área T, observa-se os algarismos 1 e 2, que marcam a área de teste e representa antígeno do HIV-1 e o antígeno de captura recombinante do HIV-2. O teste foi considerado negativo ao aparecer apenas a linha no C, e positivo quando apareceu uma linha no C e no T, onde no T1 foi considerado positivo para HIV 1 e T2 para HIV 2, e ao apresentar três linhas o teste foi considerado positivo para os dois tipos de HIV. Ambos os testes realizados de 5 a 30 minutos, onde posteriormente o resultado podia apresentar um falso positivo. Em caso de positividade, a mulher era imediatamente comunicada e orientada quanto às providências pertinentes e adequadas. Também foram levantados dados em

prontuários para complementação de informações clínicas, e utilizado o livro de registro de coleta de preventivo para obtenção do laudo do exame citopatológico.

As análises dos dados foram realizadas com auxílio dos programas SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) e o STATA versão 11.0. Foram obtidas frequências absolutas e relativas de todas as variáveis incluídas no estudo. Para variáveis contínuas foram obtidas medidas de tendência central (média, medida de dispersão e mediana). Foi procedida uma análise bivariada, para identificar a associação de cada uma das variáveis independentes com o desfecho em pauta. Efetuou-se o cruzamento da variável dependente, dicotômica, com cada uma das variáveis independentes, de acordo com sua natureza, por meio de tabelas de contingência (teste qui-quadrado ou exato de Fisher). Foram obtidas as Razões de Prevalência (RP) com respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) e valores de p. Para testar a diferença de médias foi utilizado o teste t *Student*.

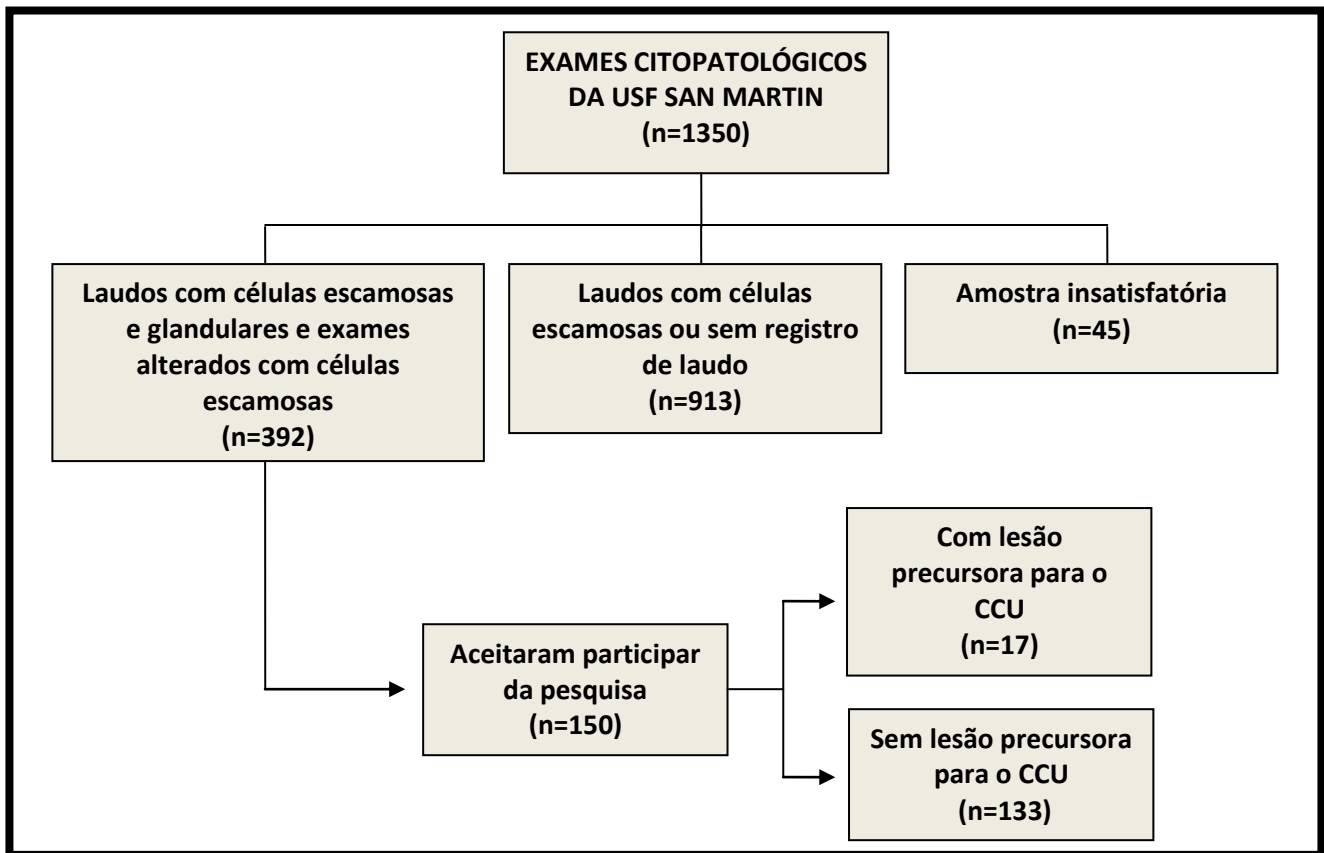
RESULTADOS

Foram realizados entre 02 de janeiro de 2015 e 09 de março de 2018, 1.350 preventivos na USF. Dentre esses, 392 laudos (29,04%) se encontravam de acordo com os critérios de inclusão do estudo. No entanto, somente 52 apresentam lesões precursoras para o CCU (3,85%) e 45 tiveram amostra insatisfatória (3,3% dos exames).

Destaca-se que 330 exames não puderam ser avaliados (24,44%), pois os laudos não chegaram até a unidade, mesmo com a solicitação de segunda via, e/ou não possuíam registro detalhado no livro de controle do exame o resultado.

As 392 mulheres elegíveis para o estudo foram convocadas para participar da pesquisa através de ligação, por convites através do ACS e por visitas domiciliares. No total, 150 mulheres foram encontradas e/ou aceitaram participar do estudo, as quais formariam os grupos de comparação. Do total das mulheres incluídas, 17 (11,33%) apresentaram lesão precursora para o CCU, enquanto 133 (88,67%) foram classificadas sem lesão (FIGURA 1).

Figura 1 - Fluxograma da seleção e composição da amostra e grupos de comparação



A média de idade foi de $38,49 \pm 13,68$ anos (mediana de 37 anos), em um intervalo de 18 anos a 81 anos, sendo que predominaram mulheres mais jovens tanto com (70,59%), quanto sem lesão (54,89%). Quanto à raça/cor, preto e/ou pardo predominou em ambos os grupos (94,12% e 91,73% respectivamente). Ao investigar a condição marital, o maior percentual de mulheres com lesão precursora informou não ter companheiro (52,94%). Das mulheres que não apresentaram lesão 63,16% informou possuir companheiro. Grande parte da amostra tinha mais de 08 anos de estudo, (58,82% vs 63,91%) e não trabalhava (52,94% vs 60,15%), em ambos os grupos (TABELA 1).

Em relação à renda familiar, as participantes, em sua maioria, informaram receber até um salário mínimo (70,59% vs 72,93%). Quanto à densidade familiar, a maioria referiu morar com até duas pessoas em casa (70,59% vs 59,40%) e possuir casa própria (58,82% vs 58,65%). No que diz respeito aos hábitos de vida, observou-se diferença estatisticamente significativa apenas para a covariável tabagismo ($p=0,016$). No entanto, ressalta-se que a prevalência do uso do fumo foi maior no grupo com lesão (17,65%) que no grupo sem lesão (3,76%). Verificaram-se também baixos percentuais de usuárias de drogas ilícitas (5,88% vs

3,01%). Ao abordar a prática de atividade física verificou-se predominância de mulheres que não praticavam atividade física ou praticavam até no máximo um dia por semana (82,35% vs 78,95%) (TABELA 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e hábitos de vida da amostra segundo a presença ou ausência de lesões precursoras para o CCU. Salvador, BA, Brasil. (n 150)

Características	Lesões Precursoras para o CCC				p*
	Sim (n=17)		Não (n=133)		
	n	%	n	%	
Idade					
≤ 38,41 anos	12	70,59	73	54,89	0,219
> 38,41 anos	5	29,41	60	45,11	
Raça/ cor da pele					
Branca/Amarela/Indígena	1	5,88	11	8,27	0,733
Preta/Parda	16	94,12	122	91,73	
Condição marital					
Tem companheiro	8	47,06	84	63,16	0,199
Não tem companheiro	9	52,94	49	36,84	
Nível de escolaridade					
≥ a 8 anos	10	58,82	85	63,91	0,682
De zero a < 8 anos	7	41,18	48	36,09	
Ocupação					
Trabalha	8	47,06	53	39,85	0,569
Não trabalha	9	52,94	80	60,15	
Renda familiar**					
> 1 salário mínimo	5	29,41	36	27,07	0,838
≤ 1 salário mínimo	12	70,59	97	72,93	
Densidade domiciliar (pessoas por domicílio)					
≤ 2 pessoas	10	58,82	78	58,65	0,989
>2 pessoas	7	41,18	55	41,35	
Possui casa própria					
Sim	12	70,59	79	59,40	0,374
Não	5	29,41	54	40,60	
Tabagista					
Não	14	82,35	128	96,24	0,016
Sim	3	17,65	5	3,76	
Etilista					
Não	7	41,18	64	48,12	0,589
Sim	10	12,66	69	87,34	
Uso de drogas ilícitas					
Não	16	94,12	129	96,99	0,534
Sim	1	5,88	4	3,01	
Prática de atividade física					
≥ 2 dias/ semana	3	17,65	28	21,05	0,744
0 a 1 dia/ semana	14	82,35	105	78,95	

*Nível de significância estatística: $p \leq 0,05$

**Valor do salário mínimo R\$954,00, na data da coleta de dados

Quanto às características relacionadas às condições gerais de saúde e vida sexual destaca-se que, em geral, a amostra tinha peso inadequado em relação à altura, visto que 82,35% das mulheres com lesão e 72,93% das sem lesão tinham IMC maior que 25. O

primeiro contato sexual foi mais frequente após os 18 anos (82,35% vs 68,42%), e uma maior quantidade de mulheres com número de parceiros (as) ≤ 4 (52,94% vs 69,92%) e também predominância de parceiros (as) fixos (as) (94,12% vs 100,00%) (TABELA 2).

Ao solicitar informações sobre as características ginecológicas, a maioria das mulheres, em ambos os grupos de comparação, relatou ter engravidado mais de uma vez (88,24% vs 89,47%), ter se submetido a mais de um parto (88,24% vs 87,97%) e possuir mais de um filho (82,35% vs 87,12%). É válido destacar que um percentual baixo de mulheres não realizou aborto (35,29% vs 32,33%). Quanto ao intervalo entre os dois últimos preventivo, os grupos também apontaram que tal intervalo foi acima de um ano (76,47% vs 87,97%) (TABELA 2).

A maioria das mulheres não faziam uso de métodos contraceptivos hormonais (52,94% vs 56,39%) e uma porcentagem alta não utilizava o preservativo masculino ou feminino (94,12% vs 92,48%). É válido frisar que as mulheres que participaram do estudo utilizavam apenas um método contraceptivo. Quanto à testagem de HIV tipos 1 e 2, não foram identificadas mulheres positivas para tal agravo. Já no tocante à sífilis, 05 mulheres mostraram resultado positivo (5,88% com lesões e 3,01% sem lesões). Nos grupos expostos ou não expostos a lesões precursoras do CCU, observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa para essas variáveis entre os grupos de comparação, demonstrando homogeneidade entre eles (TABELA 2).

Tabela 2 – Condições clínicas, reprodutivas e histórico familiar da amostra segundo a presença ou ausência de lesões precursoras para o CCU. Salvador, BA, Brasil. (n=150)

Características	Lesões Precursoras para o CCC				p*
	Sim (n=17)	Não (n=133)			
Peso	n	%	n	%	
$\leq 71,69$	7	41,18	75	56,39	0,235
$> 71,69$	10	58,82	58	88,67	
Altura					
$\leq 1,58$	8	47,06	61	45,86	0,926
$> 1,58$	9	52,94	72	54,14	
IMC					
≤ 25	3	17,65	36	27,07	0,404
> 25	14	82,35	97	72,93	
Amenorreia					
Não	8	47,06	70	52,63	0,665
Sim	9	52,94	63	47,37	
Primeiro contato sexual					
> 18 anos	14	82,35	91	68,42	0,238
≤ 18 anos	3	17,65	42	31,58	
Quantidade de parceiros (as) sexuais					

≤ 4 parceiros	9	52,94	93	69,92	0,157
> 4 parceiros	8	47,06	40	30,08	
Parceiro (a) sexual fixo (a)					
<i>Sim</i>	16	94,12	133	100,00	0,005
<i>Não</i>	1	5,88	0	0	
Gestações					
<i>Nenhuma</i>	2	11,76	14	10,53	0,876
<i>1 ou mais</i>	15	88,24	119	89,47	
Parto					
<i>Nenhum</i>	2	11,76	16	12,03	0,975
<i>1 ou mais</i>	15	88,24	117	87,97	
Filhos					
<i>Nenhum</i>	3	17,65	17	12,88	0,587
<i>1 ou mais</i>	14	82,35	115	87,12	
Aborto					
<i>Nenhum</i>	11	64,71	90	67,67	0,806
<i>1 ou mais</i>	6	35,29	43	32,33	
Intervalo entre os EP					
<i>Menos de 1 ano</i>	4	23,53	16	12,03	0,189
<i>1 ano ou mais</i>	13	76,47	117	87,97	
Amamentação					
<i>Sim</i>	13	76,47	109	81,95	0,585
<i>Não</i>	4	23,53	24	18,05	
Métodos contraceptivos					
<i>Não</i>	8	47,06	44	33,08	0,254
<i>Sim</i>	9	52,94	89	66,92	
Uso de contraceptivos hormonais					
<i>Não</i>	9	52,94	75	56,39	0,787
<i>Sim</i>	8	47,06	58	43,61	
Uso correto do contraceptivo hormonal					
<i>Não</i>	15	88,24	120	90,23	0,797
<i>Sim</i>	2	11,76	13	9,77	
Uso de preservativo					
<i>Sim</i>	1	5,88	16	7,52	0,807
<i>Não</i>	16	94,12	123	92,48	
Uso correto do preservativo					
<i>Sim</i>	1	5,88	8	6,02	0,983
<i>Não</i>	16	94,12	125	93,98	
Hipertensão					
<i>Não</i>	14	82,35	101	75,94	0,556
<i>Sim</i>	3	17,65	32	24,06	
Diabetes					
<i>Não</i>	15	88,24	124	93,23	0,457
<i>Sim</i>	2	11,76	9	6,77	
História familiar de câncer de mama					
<i>Não</i>	15	88,24	111	83,46	0,613
<i>Sim</i>	2	11,76	22	16,54	
História família de CCU					
<i>Não</i>	16	94,12	121	90,98	0,665
<i>Sim</i>	1	5,88	12	9,02	
Presença de sífilis					

<i>Não</i>	16	94,12	129	96,99	0,534
<i>Sim</i>	1	5,88	4	3,01	

*Nível de significância estatística: $p \leq 0,05$

Ao analisar as condições mamárias, microflora vaginal e outras características ginecológicas, notou-se que a palpação mamária ($p=0,032$) e a descarga papilar ($p=0,013$), foram diferentes do ponto de vista estatístico entre os grupos em comparação. No entanto, a prevalência de alteração na palpação mamária foi maior no grupo com lesão (17,65%) do que no grupo sem lesão (4,51%). Da mesma forma que a presença de descarga papilar foi maior no grupo com lesão em relação à do grupo oposto (11,76% vs 1,50%) (TABELA 3).

Tabela 3 – Condições mamárias, microflora vaginal e outras características ginecológicas apresentadas pela amostra segundo a presença ou ausência de lesões precursoras para o CCU. Salvador, BA, Brasil. (n =150)

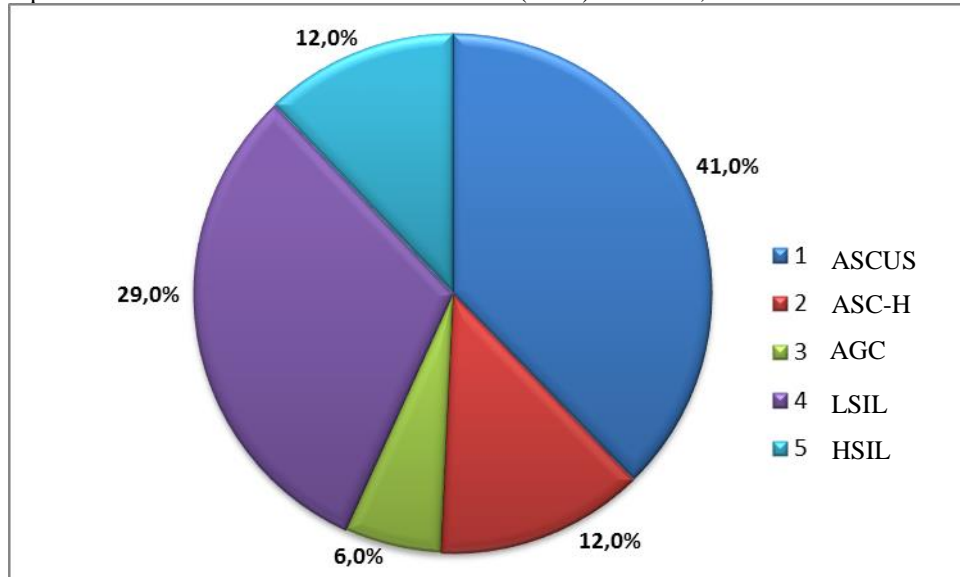
Características	Lesões Precursoras para o CCC				<i>p</i> *
	Sim (n=17)		Não (n=133)		
Mamas	n	%	n	%	
<i>Simétricas</i>	16	94,12	110	82,71	0,227
<i>Assimétricas</i>	1	5,88	23	17,29	
Palpação mamária					
<i>Normal</i>	14	82,35	127	95,49	0,032
<i>Alterada</i>	3	17,65	6	4,51	
Descarga papilar					
<i>Não</i>	15	88,24	131	98,50	0,013
<i>Sim</i>	2	11,76	2	1,50	
Presença de lesão vulvar					
<i>Não</i>	16	94,12	128	96,24	0,674
<i>Sim</i>	1	5,88	5	3,76	
Presença de lesão vaginal					
<i>Não</i>	17	100,00	132	99,25	0,720
<i>Sim</i>	0	0	1	0,75	
Leucorreia					
<i>Não</i>	8	47,06	59	44,36	0,833
<i>Sim</i>	9	52,94	74	55,64	
Microflora					
<i>Fisiológica</i>	11	64,71	93	69,92	0,660
<i>Patogênica</i>	6	35,29	40	30,08	

*Nível de significância estatística: $p \leq 0,05$

No que se refere à presença de lesões precursoras para o CCU, 11,33% das mulheres entrevistadas apresentaram tal condição (n=17). No que se refere à distribuição dessas lesões supracitadas, foi observada uma frequência de 4,67% de atipias de significado indeterminado em células escamosas possivelmente não neoplásicas (ASCUS); 3,33% de lesão intra-epitelial de baixo grau (abrangendo HPV, displasias leves e NIC I) (LSIL); 1,33% de atipias de significado indeterminado em células escamosas possivelmente não neoplásicas, não podendo afastar lesão intra-epitelial de alto grau (ASC-H); 1,33% de lesão intra-epitelial de alto grau

(abrangendo NIC II e III, carcinoma in situ) (HSIL); 0,67% de atipias de significado indeterminado em células glandulares (AGC), possivelmente não neoplásicas, não podendo afastar lesão intraepitelial de alto grau (GRÁFICO 1).

Gráfico1 - Distribuição de tipos e percentuais de lesões precursoras para Câncer de Colo de Útero detectados em exames de Papanicolau em mulheres usuárias de uma USF (n=17). Salvador, 2018.



DISCUSSÃO

O presente estudo detectou um percentual relativamente baixo de lesões precursoras de CCU, nenhum caso positivo de HIV tipo 1 ou 2, e 5 casos de sífilis detectados por testagem rápida. É relevante destacar que a política de rastreamento para o CCU considera um limiar de 1% para amostras insatisfatórias, como fator que avalia a qualidade da coleta e conservação da amostra do EP. Destaca-se que no Ceará, Paraíba, Pernambuco, Alagoas e Bahia essa cobertura atingiu taxas maiores que 1% para exames com resultados insatisfatórios (SILVA et al, 2011), dado confirmado nesta pesquisa onde 3,33 % dos laudos são insatisfatórios.

Foi também detectado um percentual baixo de exames 29,04% que apresentam células da ectocérvice (epitélio escamoso e estratificado) e as células da endocérvice (epitélio colunar simples), contra um maior percentual (43,19%) de lâminas colhidas sem a presença das células endocervicais, sendo tal presença concomitante e considerada como característica relevante para a avaliação da qualidade do exame. Pesquisa realizada no Consultório de Assistência Integral à Saúde da Mulher da Universidade Tiradentes de Aracaju verificou um número maior de exames com células escamosas e glandulares 46,2%, contra 45,1% de

células escamosas, este último com resultado muito próximo ao encontrado no presente (FERREIRA et al, 2015). Logo, a qualidade desses exames incluídos nos estudos citados, não pode ser considerada boa.

Em geral, a idade média de mulheres que realizaram o exame (38,41) foi mais baixa. Um percentual mais baixo foi obtido em pesquisa realizada em Campinas-SP, que verificou dentre 54.338 exames citopatológicos realizados, 24,6% das mulheres tinham menos de 25 anos, 68,8% entre 25 e 59 anos e 6,5% com 60 anos ou mais (FREITAS et al, 2006). Isso pode explicar as frequências mais elevadas de alguns hábitos não favoráveis à saúde nas mulheres investigadas tais como o não uso de preservativo e a irregularidade de realização de EP. Quanto à raça/cor, a maioria das mulheres da amostra era preta ou parda (com lesão 94,12% e sem lesão 91,73%) e com até quatro parceiros sexuais (com lesão 52,94% e sem lesão 69,92%). Estudo na região Norte revelou dado semelhante, onde a maioria das mulheres 89,1% era parda e 70% tiveram mais de dois parceiros sexuais ao longo da vida (PRADO et al, 2012). Considerando que Salvador possui um alto índice de mulheres pretas/ pardas, não pode de fato se assegurar a influência da raça/cor no maior risco para sífilis, e IST em geral, bem como para a ocorrência de lesões de CCU.

Na presente investigação, observou-se também que a maioria das mulheres com oito ou mais anos de estudo (com lesão 58,82% e sem lesão 63,91%), com companheiro (com lesão 47,06% e sem lesão 63,16%) e renda familiar até um salário mínimo (com lesão 70,59% e sem lesão 72,93%). Em outra pesquisa realizada em Jequié-BA foi encontrado resultado semelhante, vez que 58,6% das mulheres que realizaram o EP tinham companheiro e 77,1% possuíam renda de até 01 salário mínimo (SILVA, 2014). Porém, no quesito escolaridade houve uma discrepância em relação a esse mesmo estudo, visto que foi encontrado um percentual maior de mulheres positivas para lesões de CCU com menor escolaridade. Destaca-se aqui a importância da maior instrução na adesão das mulheres à realização do preventivo, desta forma, quanto maior o grau de escolaridade melhor o nível de compreensão sobre o CCU, seus fatores de risco, diagnóstico e tratamento (CORREA, 2009). Existe a possibilidade de um efeito positivo no nível de escolaridade e a baixa frequência de sífilis e outras condições desfavoráveis a exemplo da presença de lesões para CCU nas mulheres ora investigadas.

Quanto ao estilo de vida, na presente amostra as mulheres que realizam 1 dia de atividade física ou não a realizam está entre 78,95% (sem lesão) e 82,35% (com lesão). Em estudo em Rio Branco, foi demonstrada maior prevalência de adesão ao exame preventivo em mulheres que praticavam atividade física (82,2%) (BORGES et al, 2012). Já no tocante ao

consumo de fumo e bebidas alcoólicas, os resultados mostraram que a maioria das mulheres não foi considerada como tabagista, nem etilista. Isso está de acordo com o observado em pesquisa desenvolvida em Bebedouro-SP com idosas que realizaram o EP, foi constatado que a maioria das participantes também não consumia cigarro nem bebida alcoólica (OLHE et al, 2013). Essa baixa frequência é uma característica positiva na presente amostra, considerando a maior vulnerabilidade das mulheres aos efeitos do tabaco e do álcool à saúde como um todo.

Quando se investigou características relacionadas à presença de lesão precursora para o CCU, observou-se que 82,35% iniciaram a vida sexual com idade maior que 18 anos, 94,12% possuíam parceiro fixo, 82,35% tinham filhos, e, 52,94% não usavam método contraceptivo hormonal. Ressalta-se que segundo Ferreira et al (2015), os métodos contraceptivos mais utilizados pelas mulheres que realizaram o EP, eram o contraceptivo hormonal (39%), preservativo (14,7%), laqueadura tubária (1,8%), adesivo (0,6%) e anel vaginal (0,3%). No entanto, em pesquisa desenvolvida no Centro Viva Vida em Minas Gerais foi verificado resultado divergente dos ora obtidos quanto à presença de lesão precursora de CCU, visto que 57% das mulheres estudadas que apresentaram lesões precursoras para o CCU iniciaram a vida sexual entre 15 e 19 anos.

Em relação ao uso de métodos contraceptivos hormonais, Figueiredo e colaboradores, detectaram taxas semelhantes vez que somente 46,2% da sua amostra referiu esse uso, 67,7% não relatou ter múltiplos parceiros, e 58,1% tinham de 2 a 4 filhos (FIGUEIREDO et al, 2015). Assim, no que se refere às taxas do presente estudo acima referidas, se pode perceber que as mulheres investigadas podem ser consideradas de menor risco para ocorrência de IST e lesões precursoras de CCU. No entanto sugerem uma maior reflexão acerca da necessidade de maior incentivo e informação por parte das mulheres de forma a ampliar a frequência de hábitos sexuais mais seguros.

Quanto ao intervalo entre exames preventivos de câncer de colo de útero, verificou-se um percentual alto de mulheres que realizaram o EP acima de um ano, tanto dentre as que apresentaram lesão precursora de CCU (70,59%) quanto as que não mostraram tal condição 81,95%. Em estudo sobre o conhecimento e atitudes de mulheres acerca do exame citopatológico do CCU, Silva (2014) encontrou que 57,9 % das mulheres do estudo realizavam o EP anualmente, 41% acima de um ano, e 1,1 % nunca havia realizado esse exame. Isso sugere um êxito nas ações de saúde voltadas à saúde da mulher na referida área de abrangência da USF investigada.

No entanto, o presente estudo detectou uma baixa adesão da população estudada ao uso do preservativo feminino ou masculino, considerando que somente 5,88% das mulheres

com lesão e 7,52% das mulheres sem lesões referiram esse uso. Isso está de acordo com resultados de outros estudos que também investigaram tais características (BOLDRINI, 2012; FERREIRA e colaboradores, 2015; SILVA e colaboradores, 2017). É válido acrescentar que na amostra cada participante só utilizava um método contraceptivo, destacando que a preocupação da maioria era a não concepção. Logo, se fazem necessárias ações voltadas para incentivo de maior proteção na vida sexual dessas mulheres, e não somente a possibilidade de gravidez. Principalmente no maior esclarecimento acerca da possibilidade de contrair IST diante do não uso de preservativos, especialmente sífilis e HIV.

No que se refere ao tipo de secreção vaginal no EP, 44,67% de mulheres apresentaram secreção fisiológica, e apenas 35,29% da amostra com lesões precursoras para o CCU apresentou microflora considerada patogênica. Apesar de a amostra mostrar grandes porcentagens de *Lactobacillus sp*, cocos e outros bacilos na microbiologia (64,71% com lesão vs 69,92% sem lesão), esse resultado é considerado normal pois fazem parte da microbiota vaginal, não caracterizando infecção. No entanto, Leal e colaboradores (2003), analisando resultados dos exames ginecológicos e quanto à microbiologia do Centro de Controle Oncológico do Acre, evidenciaram a presença de secreção vaginal normal em 93,4% (n=2.239). Essa menor taxa de secreção fisiológica ora detectada por ter sido derivada da predominância na amostra de mulheres com 4 ou mais parceiros, bem como da frequência de intervalo entre exames preventivos maiores que um ano. Assim, em relação às essas variáveis, essas mulheres carecem de maior informação e maior estímulo a práticas sexuais mais saudáveis.

Estudo de Silva (2014), com 415 mulheres, 86.8% delas apresenta resultado do preventivo normal, o que está próximo desses resultados que mostraram que 133 mulheres tiveram resultado considerado dentro da normalidade (88,67%). Também foi detectado um baixo percentual de mulheres com lesões, sendo 4,67% de ASCUS; 3,33% de LSIL; 1,33% de ASC-H; 1,33% de HSIL; e, 0,67% de AGC. Dados encontrados em pesquisa na região Nordeste mostraram também baixas porcentagens de lesões, e referiram valores semelhantes para que LSIL (1,2%) e HSIL (0,30%) (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2013). Esses resultados podem representar uma boa saúde ginecológica na presente amostra. Certamente esses achados devem ter influenciado nas baixas frequências de sífilis e ausência de HIV nas mulheres investigadas. Ou seja, apontam para baixo risco em relação a tais características.

Quanto à frequência de sífilis por testagem rápida na amostra, encontrou-se uma parcela pequena de mulheres positivas (5,88% com lesão vs 3,01% sem lesões precursoras para o CCU). Somente em 2016, um total de 87.593 casos de sífilis adquirida no Brasil foi

notificado, e desses 3.508 foram na Bahia, atualmente considerada uma região com epidemia de sífilis (BRASIL, 2017a). Dessa forma, é possível que a população da referida área tenha taxas realmente baixas, ou, o baixo poder da amostra não permitiu se estimar a prevalência real. Logo, sugere-se um uma investigação minuciosa dos possíveis parceiros dessas mulheres positivas, mediante levantamento da informação junto às mesmas e seguida de busca ativa desses indivíduos, no intuito de tentar interromper uma possível cadeia de transmissão nesse grupo.

Por fim, considerando as condições para sua realização, essa pesquisa permitiu a obtenção do perfil das mulheres que compuseram a amostra, em presença ou ausência de lesões precursoras para o CCU. Destaca-se o potencial benefício dessas informações na revisão de estratégias para prevenção, detecção e enfrentamento da sífilis por parte da USF a qual as mesmas pertenciam. No entanto, a presente investigação apresentou limitações como o tamanho reduzido da amostra empregada, que não permitiu poder suficiente para detectar reais diferenças entre os grupos investigados.

Além disso, o tempo de realização da mesma foi limitado, vez que foi realizado como atividade de mestrado, curso esse que tem normas acadêmicas próprias para realização das etapas e prazo máximo de conclusão definido para pesquisas que gerarão a dissertação final do aluno. Além disso, o mesmo não contou com financiamento externo que possibilitasse melhores condições para sua realização, tais como agregar uma equipe de entrevistadores e/ou examinadores enfermeiros (as), de forma a agilizar a realização da coleta de dados. Somente contou com uma entrevistadora, que também realizou o processo de obtenção do consentimento para participação na pesquisa, procedeu todas as entrevistas, testes rápidos e aconselhamentos às participantes, bem como fez os devidos encaminhamentos para tratamento quando esses se faziam necessários.

Outro ponto a destacar, refere-se à mesma ter sido por conveniência, com uma população pré-definida e limitada a mulheres usuárias dos serviços de saúde de uma USF, no município de Salvador, Bahia, o que limita a capacidade de generalização do estudo. Isso pode ter dificultado a obtenção de taxas mais representativas dessa população, bem como limitações para eventuais inferências estatísticas.

No entanto, vez que a literatura referir as IST como fator de risco para o CCU, a maior parte dos estudos nessa linha são mais direcionados a detecção mais específica da presença do vírus HPV do que o HIV 1 e 2 e da bactéria *Treponema pallidum* em populações. Na presente investigação, buscou-se identificar fatores que pudessem estar relacionados à presença de lesões precursoras de CCU, considerando a magnitude das taxas dessa patologia,

bem como seu efeito na redução de anos potenciais e na qualidade de vida das mulheres. Assim, investigações dessa natureza, são relevantes no sentido de ampliar o corpo de evidências sobre a temática. Por fim, dado a não detecção de casos positivos de HIV 1 e 2 representou um aspecto positivo do ponto de vista epidemiológico das IST, isso inviabilizou o estudo de fatores relacionados a essa doença. Assim, seria necessário ampliar a presente amostra para esclarecer a real frequência de mulheres com HIV 1 e 2 nessa área de abrangência.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa pode ser de grande relevância profissional e ao serviço investigado e outros semelhantes, além de sua importância acadêmica e social. Em relação aos profissionais e ao serviço, os resultados podem contribuir com um repensar acerca da necessidade de identificação de fatores condicionantes e determinantes de alterações citopatológicas, principalmente aqueles que podem facilitar a ocorrência de IST, especialmente com a elevação recente das taxas de sífilis no Brasil. Da mesma forma, poderão somar subsídios na reformulação do processo de trabalho desta equipe, e redirecioná-lo a grupos mais vulneráveis a tais agravos. Por outro lado, podem repercutir positivamente na escolha de ações mais específicas para captação precoce de mulheres positivas aos mesmos e incrementar a realização do EP, que se fazem necessárias, com vistas à renovação de estratégias para um cuidado de qualidade, com excelência e humanizado.

Em nível acadêmico e social, os conhecimentos científicos obtidos sobre a temática poderão auxiliar no planejamento de pesquisas futuras voltadas ao rastreamento e estimação de fatores de risco para a ocorrência dos agravos supracitados. Além disso, o emprego de testagem para HIV tipos 1 e 2 e sífilis, permitiu a identificação precoce de casos positivos de sífilis, e revelou a ausência de mulheres positivas para HIV 1 e 2. Assim, essas mulheres tiveram a chance de ser encaminhadas/orientadas para tratamento imediato, além de devidamente esclarecidas acerca de tais agravos.

Da mesma forma, mulheres positivas para lesões precursoras de CCU, e outros agravos a exemplo da presença de massas mamárias palpáveis, descarga papilar e outras alterações citopatológicas em EP, puderam ser identificadas e devidamente esclarecidas quanto à necessidade de tratar tais condições de forma a reduzir o risco para desenvolvimento de câncer de mama e/ou de colo de útero. Por fim, cinco casos de sífilis antes desconhecidos puderam ser detectados nas mulheres investigadas. Isso aponta a presença dessa doença nessa

área de abrangência, considerando o alerta para um aumento de sua frequência, e suas possíveis consequências graves como a sífilis congênita que pode ocasionar cegueira no feto.

Em síntese, são sugeridos mais estudos nessa linha de pesquisa que possam reforçar uma prevenção mais assertiva de agravos ginecológicos, HIV 1 e 2, sífilis e demais IST, especialmente aqueles com amostras maiores que possam estimar o efeito real dos fatores de risco estudados e direcionados a subgrupos em maior vulnerabilidade a tais desfechos.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil, e especialmente aos profissionais e usuários da USF, bem como a prefeitura do município de Salvador-BA que, não só permitiu sua realização, como colaborou com disponibilização do espaço físico adequado para coleta de dados e de kits para os exames de testagem rápida para sífilis e HIV, pela contribuição à investigação.

REFERÊNCIAS

BAKER, D; MIDDLETON, E. Cervical screening and health inequality in England in the 1990s. **Journal Epidemiology and Community Health**, USA, v. 6, n 57, p. 417-23, jun. 2003.

BOLDRINI, N. A. T. Prevalência de lesões precursoras de cancer de colo uterino e fatores associados em mulheres atendidas em Hospital Universitário, Vitória-ES. 2012, 87 f. Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de prevenção e vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006, p.65.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 56.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Sífilis 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a, p. 44.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **HIV AIDS 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b, p. 64.

CAETANO, R. et al. Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 16, p. 99-118, maio. 2006.

CORREA, D.A.D. **Perfil das usuárias do Sistema Único de Saúde que realizam o Papanicolaou em Manaus, Amazonas**. 2009, 100 f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde). – Universidade de Franca, França, 2009.

DIÓGENES, M. A. R. et al. **Prevenção do câncer**: atuação do enfermeiro na consulta ginecológica - aspectos éticos e legais da profissão. 2. ed. Fortaleza, Pouchain Ramos, 2001. p. 150.

FREITAS, Raphael Augusto Pioli de, et al. Prevalência das lesões neoplásicas do colo do útero: resultados de rastreamento citológico realizado em Campinas, São Paulo, Brasil. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 15, n. 4, p. 307-314, jul/ago. 2006.

FERREIRA, J. E. L. et al. Perfil da população atendida em um consultório de atendimento integral à saúde da mulher. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Aracajú, v. 3, n. 1, p. 127-140, out, 2015.

FIGUEIREDO, T, et al. Análise do perfil de mulheres com lesões pré-cancerosas de colo do útero. **Saúde Revista**, Piracicaba, v. 15, n. 41, p. 3-13, set/dez, 2015.

INCA. **Controle do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_utero/conceito_magnitude>. Acesso em: 15 mar 2017.

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017, 130 p.

LEAL, E. A. S., et al. Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do município de Rio Branco – Acre. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, mar, 2003.

OLHE, L. et al. Papanicolaou na terceira idade: um desafio para a enfermagem. **Revista Fafibe On-Line**, ano VI, n.6, p. 78-86, nov, 2013.

OLIVEIRA, M.; ALMEIDA, R. Prevalência de Papanicolaou no Município de Vitória da Conquista, Bahia, no período de 2002 a 2010. Vitória da Conquista, **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, v. 6, n. 2, p. 112-126, 2013.

PINHO, A. A.; FRANÇA-JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 95-112, 2003.

PRADO, P.R., et al. Caracterização do Perfil das Mulheres com Resultado Citológico ASCUS/AGC, LSIL e HSIL segundo Fatores Sociodemográficos, Epidemiológicos e Reprodutivos em Rio Branco - AC, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 3, p. 471-9, 2012.

REZENDE, M.D.S. **Avaliação da campanha de prevenção de câncer de colo uterino: estado do Ceará e a participação do enfermeiro.** 2009, 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 1999.

SILVA, P. V., et al. Análise da cobertura do exame citopatológico do colo do útero no município de Doresópolis-MG. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 1, n. 2, p. 154-163, 2011.

SILVA, Sardenha da. **Conhecimento e atitudes de mulheres acerca do exame citopatológico do câncer cérvico uterino.** 2014, 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2014.

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

XAVIER S. P.; TERRENGUI L. C. S. Práticas, sentimentos e conhecimentos de mulheres sobre o Papanicolau. **Revista Enfermagem UNISA**, v. 7, p. 53-6, 2006.

ARTIGO 02

FATORES ASSOCIADOS À SÍFILIS EM MULHERES DE UMA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SALVADOR-BA

FACTORS ASSOCIATED WITH SYPHILIS IN WOMEN OF A FAMILY HEALTH UNIT IN SALVADOR-BA

RESUMO

Introdução: A sífilis adquirida está entre as patologias caracterizadas como um grave problema de saúde pública, com 87.593 casos no Brasil, desses 10.178 (11,6%) se encontram na região Nordeste. **Objetivo:** Investigar os fatores associados à ocorrência de sífilis em mulheres de uma Unidade Saúde da Família (USF), no município de Salvador, Bahia, que realizaram Exame Papanicolau (EP) no período de 02 de janeiro 2015 e 09 de março de 2018. **Métodos:** Esse estudo transversal consistiu de 150 participantes. Após aplicação de um questionário, foi realizado exame clínico das mamas e ginecológico, e testagens rápidas para diagnósticos da sífilis e do HIV tipos 1 e 2. Foram calculadas frequências absolutas e relativas de todas as variáveis incluídas, e obtidas médias e desvio padrão das variáveis contínuas e discretas. A análise bivariada buscou identificar possível associação entre cada uma das variáveis independentes com o desfecho em pauta, por meio de tabelas de contingência (teste qui-quadrado ou exato de Fisher). Foram verificadas as Razões de Prevalência (RP) com respectivos Intervalos de Confiança de 95% e consideradas diferenças significantes para valores de $p \leq 0,05$. Para testar a diferença de médias foi utilizado o teste t de *Student*. **Resultados:** Os resultados apontaram que as medidas de associação bruta revelam associação estatisticamente significativa entre a sífilis e a descarga papilar mamária ($OR_{bruta} = 11,83$; IC 95% [1,00 - >99,9]). **Discussão:** O percentual de casos de sífilis (4%) detectado neste estudo está em conformidade aos dados da Bahia (3,3%), e também estão intimamente interligados ao baixo nível de escolaridade. Apesar de alguns autores associarem a sífilis com a probabilidade maior de adquirir HIV e ao não uso do preservativo, na amostra não foi detectado casos de HIV, assim como não se encontrou associação entre sífilis e uso da camisinha. **Conclusões:** Achados inesperados foram constatados neste estudo, a relação entre sífilis e hipertensão; sífilis e descarga papilar. Ao incluir dentro da rede de prevenção medidas eficazes e eficientes de combate à sífilis adquirida, conseqüentemente se obtém uma redução dos casos de sífilis congênita.

Descritores: Sífilis Adquirida; Fatores de Risco; Mulheres.

ABSTRACT

Introduction: The acquired syphilis among the pathologies characterized as a serious public health problem, with cases in Brazil, 87.593, 10.178 (11.6%) are in the Northeast. **Objective:** To investigate the factors associated with the occurrence of sífilis in women's a Family Health Unit (FHU), in the city of Salvador, Bahia, who performed Papanicolau Exam (PE) in the period of 02 January 2015 and 09 March 2018. **Methods:** This cross-sectional study consisted of 150 participants. After application of a questionnaire, was conducted clinical examination of the breast and gynecological and tests quick diagnostics of syphilis and HIV types 1 and 2. Absolute and relative frequencies were calculated for all variables included, and obtained medium and standard deviation of continuous and discrete variables. The bivariate analysis sought to identify possible association between each of the independent variables with the outcome, through contingency tables (Chi-square test or Fisher exact). It was verified the Prevailing Reasons (PR) with their 95% confidence intervals and considered significant differences for values of $p \leq 0.05$. To test the difference of averages was used the Student's t-test. **Results:** The results showed that measures gross association reveal statistically significant association between syphilis and papillary breast discharge ($OR_{bruta}=0.05$; IC 95% [1.00-> 99.9]). **Discussion:** The percentage of cases of syphilis (4%) detected in this study are in accordance to the data da Bahia (3.3%), and are also closely linked to the low level of education. Although some authors associate syphilis with the higher probability of acquiring HIV and condom use, not in the sample was not detected cases of HIV, as well as not found association between syphilis and condom use. **Conclusions:** Unexpected findings were observed in this study, the relationship between syphilis and hypertension; syphilis and papillary discharge. To include within the network of efficient and effective prevention measures for combating syphilis acquired, consequently a reduction of cases of congenital syphilis.

Descriptors: Syphilis Acquired; Risk Factors; Women.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sistêmica, que possui cura, exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, gram-negativa do grupo das espiroquetas. Sendo classificada de acordo com o tipo de transmissão em sífilis adquirida e congênita. Também pode ser qualificada pelo tempo de infecção em: sífilis adquirida recente ou primária (menos de um ano de evolução); e sífilis adquirida tardia (mais de um ano de evolução). A sífilis tardia pode ser secundária ou terciária. A patologia ainda pode ser classificada em latente (não apresenta sintomatologia) recente ou tardia (BRASIL, 2015).

É relevante pontuar que, por dia, mais de um milhão de pessoas são detectadas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), o que resultaria em 357 milhões de casos anuais. A sífilis adquirida está entre essas patologias, caracterizando-a como um grave problema de saúde pública, com 87.593 casos no Brasil em 2016, dentre esses 10.178 (11,6%) identificados na região Nordeste. Foi observada um aumento na sua taxa de detecção, de 2 casos por 100.000 para 42,5 casos por 100.000 mil habitantes, com uma proporção 1,5 em homens para cada caso em mulheres (BRASIL, 2017).

No entanto, apesar de existirem muitos estudos que investigaram os fatores associados às IST, poucos foram realizados especificamente sobre a sífilis adquirida. A maioria dos estudos foi acerca da sífilis congênita, em decorrência de suas graves consequências para o binômio mãe-filho. As manifestações clínicas desta patologia variam de acordo com o tempo de lesão e tipo da doença, podendo se apresentar de forma assintomática (sífilis latente recente ou tardia), ou com a presença de sintomas graves, tais como quadro cutâneo destrutivo e formação de gomas sífilíticas que podem ocorrer em qualquer órgão, com acometimento cardiovascular, neurológico e ósseo (BRASIL, 2015).

Dentre os fatores associados a essa doença, pode-se citar algumas situações de risco sociodemográficas como baixa escolaridade, baixa renda e situação conjugal desfavorável (união estável ou não estável). Mas, independente da sífilis estar mais relacionada à pobreza, outras variáveis tem sido consideradas no aumento da vulnerabilidade da mulher à patologia, tais como idade precoce da primeira relação sexual e da gestação, multiplicidade de parceiros, não utilização do preservativo masculino ou feminino, uso de drogas ilícitas e psicoativas (LAGO; FIORI, 2004; MELO et al, 2011; DOMINGUES et al, 2013).

O diagnóstico dessa doença pode ser feito a partir de exames diretos que detectam anticorpos específicos (pela microscopia de campo escuro) e testes imunológicos, que por sua

vez, detectam anticorpos não específicos (treponêmicos e não treponêmicos). Os testes rápidos que vem sendo empregados para esse fim conseguem ampliar o acesso ao seu diagnóstico, detectando anticorpos específicos em tempo médio de 30 minutos. Destaca-se, no entanto, que tendo a bactéria no corpo, a memória imunológica faz com que mesmo após o tratamento o exame não dê negativo. Assim, melhorias nas tecnologias de detecção têm sido úteis para facilitar a realização de tratamento precoce dessa doença, o que traz impacto positivo na limitação das eventuais consequências da infecção (BRASIL, 2015).

Por fim, tem sido observado um aumento da incidência da sífilis do tipo adquirida, mesmo diante das políticas de promoção e prevenção à saúde que vêm sendo adotadas (OMS, 2008). Neste contexto, é pertinente um levantamento de indicadores sobre esta enfermidade, agregando conhecimento aos determinantes de populações específicas, para posteriormente melhorar as intervenções. Nesse contexto, o objetivo do atual estudo foi investigar os fatores associados à ocorrência de sífilis em mulheres de uma Unidade Saúde da Família (USF), no município de Salvador, Bahia, que realizaram Exame Papanicolau (EP) no período de 02 de janeiro de 2015 a 09 de março de 2018.

MATERIAIS E MÉTODO

Foi realizado um estudo de corte transversal desenvolvido com mulheres acima de 18 anos usuárias de uma USF em Salvador, Bahia, Brasil, que realizaram EP entre 02 de janeiro de 2015 e 09 de março de 2018. Tal amostra foi por conveniência, considerando como critério de elegibilidade ter laudo apresentando células escamosas e glandulares em laudo de EP, e com laudo escamoso que apresentaram lesão precursora para o Câncer de Colo Uterino (CCU).

Os critérios de exclusão incluíram a não localização da mulher no endereço registrado em prontuário e/ou registrado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da área; não residir mais na área de abrangência da unidade no período da coleta de dados; e não ser encontrada na residência em visita domiciliar pelo ACS, entre 08 e 17 horas, no período da coleta de dados; e, não comparecer à unidade para a entrevista e/ou exames em datas agendadas.

Na data marcada, um questionário foi aplicado mediante entrevista para obtenção de dados gerais, sociodemográficos, hábitos de vida e cuidados com a saúde. Foi realizado exame físico no intuito de identificar fatores associados à sífilis, a exemplo de úlcera genital. O peso e a altura foram aferidos com emprego de balança antropométrica da marca Welmy e

do estadiômetro, para posterior obtenção do Índice de Massa Corporal (IMC). Por último, as mulheres foram testadas quanto à presença de sífilis e HIV tipos 1 e 2, com aconselhamento pré e pós testagem, para reforçar esclarecimentos acerca de possíveis riscos individuais.

Para testagem rápida de sífilis e HIV tipos 1 e 2, foi necessária uma punção digital com lanceta, e posterior coleta do sangue com pipeta específica para o teste, após realização de lavagem prévia de mãos do examinador e de cada mulher, e antissepsia na ponta do dedo, área da punção, com álcool a 70%. O teste para sífilis foi da marca ALERE SÍFILIS, o qual apresenta uma membrana pré-revestida com antígeno recombinante de *Treponema pallidum* na região T. Seu dispositivo apresenta uma área chamada janela de leitura de resultados onde há as letras C (Controle) e T (Teste). O teste para HIV tipos 1 e 2 foi da marca HIV TRI LINE BIOCLIN, empregado para pesquisar a infecção pelo HIV, fundamenta-se na tecnologia de imunocromatografia. Esse teste utiliza antígenos recombinantes HIV 1 e HIV 2, que reagem com anticorpos presentes em amostra de soro, plasma e sangue total.

Após tal procedimento, uma gota de sangue e quatro gotas do reagente foram colocadas na tarjeta do dispositivo do referido teste para sífilis. Enquanto, para o teste de HIV foram colocadas 1 gota de sangue no poço A e 2 gotas de reagente no poço B. Destaca-se que, segundo o fabricante, o resultado deveria ser considerado não reagente para sífilis quando se confirmasse o aparecimento de uma linha na área da letra C do dispositivo, enquanto que em casos reagentes para tal doença eram esperadas duas linhas, sendo uma na área da letra C e outra na área T. O teste foi considerado negativo para HIV ao aparecer apenas à linha no C, e positivo quando apareceu uma linha no C e no T, onde no T1 foi considerado positivo para HIV 1 e T2 para HIV 2, e ao apresentar três linhas o teste foi considerado positivo para os dois tipos de HIV.

Destaca-se que o tempo médio para a realização dos referidos testes variou de 5 a 30 minutos, onde posteriormente o resultado podia apresentar um falso positivo. Também foram levantados dados em prontuários para complementação de informações clínicas. Da mesma forma, foi utilizado o livro de registro de coleta de preventivo para obtenção de dados a cerca do EP.

A análise dos dados foi realizada com a ajuda dos programas SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) e o STATA versão 11.0. Sendo feita uma análise bivariada, para identificar a associação de cada uma das variáveis independentes com o desfecho em pauta, efetuada pelo cruzamento da variável dependente, dicotômica, com cada uma das variáveis independentes, de acordo com sua natureza, por meio de tabelas de contingência (teste qui-quadrado ou exato de Fisher). Foram

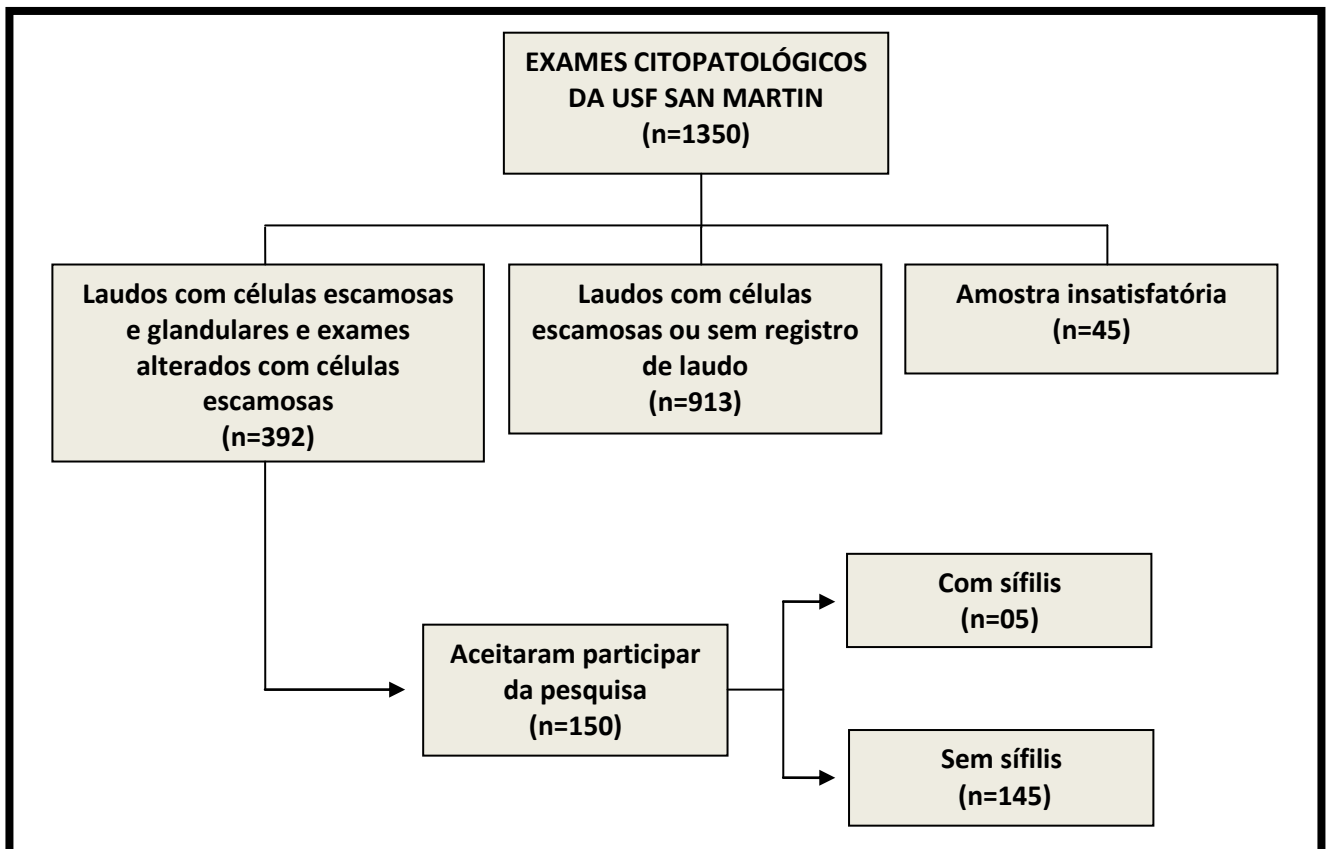
verificadas as Razões de Prevalência (RP) com respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) e valores de p. Para testar a diferença de médias foi utilizado o teste t de Student. Também foi realizada regressão logística não condicional para obtenção da associação entre fatores de risco potenciais (variáveis de exposição) e presença sífilis.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil (Parecer nº. 2.548.705). Todos os cuidados foram adotados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações. Antes de cada entrevista, foi obtida a autorização para realizar a pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

No período de 02 de janeiro de 2015 a 09 de março de 2018, a USF do município de Salvador realizou 1.350 preventivos. Desses 392 exames (29,04%) que se mostraram em consonância com os critérios de inclusão do presente estudo, 52 mostravam presença de lesões precursoras para o CCU (3,85%) (FIGURA 1).

Figura 1 - Fluxograma da seleção e composição da amostra e grupos de comparação



Destaca-se que um total de 330 exames (24,44%) não pode ser avaliado, visto que seus laudos não chegaram até a USF, mesmo após a solicitação de segunda via, e/ou não possuíam registro detalhado dos seus resultados no livro de controle do exame, enquanto 45 tiveram amostra insatisfatória (3,3% dos exames) (FIGURA 1).

Quanto à condição marital, percentuais semelhantes de não ter companheiro foram verificados em mulheres com sífilis (60,0%) e aquelas que não foram positivas para esse agravo 62,1%. Em relação à renda familiar, essa foi relativamente baixa, vez que as participantes, em sua maioria, informou receber até um salário mínimo (80,0% vs 72,4%) (TABELA 1).

Quanto à densidade familiar, a maioria das mulheres com sífilis informou morar com mais de duas pessoas (60,0%) enquanto as que não possuem sífilis vivem com até duas pessoas (59,3%). O não uso de cigarro foi elevado nos grupos com e sem sífilis (100,0% vs 94,5%), assim como o não consumo de bebida alcoólica (80,0% vs 76,6%), e não uso de drogas ilícitas (100,0% vs 96,6%), dentre as participantes do estudo (TABELA 1).

Ressalta-se que dentre as covariáveis selecionadas nesse estudo, só observaram-se diferenças estatisticamente significantes para nível de escolaridade ($p=0,041$). Além disso, uma maior frequência de menos de 08 anos de estudo foi detectada nas mulheres com sífilis (80,0%), se comparadas às sem esta patologia (35,2%) (TABELA 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e hábitos de vida da amostra segundo a presença ou ausência de sífilis. Salvador, BA, Brasil. (n 150)

Características	Sim (n=5)		Sífilis Não (n=145)		p*
	n	%	n	%	
Idade					
≤ 38,41 anos	3	60,0	82	56,6	0,878
> 38,41 anos	2	40,0	63	43,5	
Raça/ cor da pele					
Branca/Amarela/Indígena	0	0	12	8,3	0,502
Preta/Parda	5	100,0	133	91,7	
Condição marital					
Tem companheiro	2	40,0	90	62,1	0,319
Não tem companheiro	3	60,0	55	37,9	
Nível de escolaridade					
≥ a 8 anos	1	20,0	94	64,8	0,041
De zero a < 8 anos	4	80,0	51	35,2	
Ocupação					
Trabalha	3	60,0	58	40,0	0,371
Não trabalha	2	40,0	87	60,0	
Renda familiar**					
≤ 1 salário mínimo	4	80,0	105	72,4	0,708
> 1 salário mínimo	1	20,0	40	27,6	

Densidade domiciliar (pessoas por domicílio)					
<i>≤ 2 pessoas</i>	2	40,0	86	59,3	0,389
<i>>2 pessoas</i>	3	60,0	59	40,7	
Possui casa própria					
<i>Sim</i>	3	60,0	88	60,7	0,975
<i>Não</i>	2	40,0	57	39,3	
Tabagista					
<i>Não</i>	5	100,0	137	94,5	0,589
<i>Sim</i>	0	0	8	5,5	
Etilista/ Ex-etilista					
<i>Não</i>	4	80,0	111	76,6	0,858
<i>Sim</i>	1	20,0	34	23,5	
Uso de drogas ilícitas					
<i>Não</i>	5	100,0	140	96,6	0,673
<i>Sim</i>	0	0	5	3,5	
Prática de atividade física					
<i>≥ 2 dias/ semana</i>	0	0	31	21,4	0,246
<i>0 a 1 dia/ semana</i>	5	100,0	114	78,6	

*Nível de significância estatística: $p \leq 0,05$

**Valor do salário mínimo R\$954,00, na data da coleta de dados

Quanto às informações relacionadas às condições gerais de saúde e vida sexual destaca-se que a maioria da amostra tem Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 25, caracterizando-as como acima do peso adequado para a altura, 80,0% (com sífilis) e 73,8% (sem sífilis). A maior parcela das entrevistadas menstrua (60,0% vs 51,7%), o primeiro contato sexual ocorreu após os 18 anos (80,0% vs 69,7%), e possuem parceiros (as) fixos (as) (94,1% vs 100,0%). Das mulheres que apresentaram teste positivo para sífilis, a maioria teve mais quatro parceiros (as) (60,0%) (TABELA 2).

Tabela 2 – Condições clínicas, ginecológicas e histórico familiar da amostra segundo a presença ou ausência sífilis. Salvador, BA, Brasil. (n =150)

Características	Sim (n=5)		Sífilis Não (n=145)		p*
	n	%	n	%	
Peso					
<i>≤ 71,69</i>	2	40,0	80	55,2	0,503
<i>> 71,69</i>	3	60,0	65	44,8	
Altura					
<i>≤ 1,58</i>	1	20,0	68	46,9	0,235
<i>> 1,58</i>	4	80,0	77	53,1	
IMC					
<i>≤ 25</i>	1	20,0	38	26,2	0,756
<i>> 25</i>	4	80,0	107	73,8	
Amenorreia					
<i>Não</i>	3	60,0	75	51,7	0,716
<i>Sim</i>	2	40,0	70	48,3	
Primeiro contato sexual					
<i>> 18 anos</i>	4	80,0	101	69,7	0,620
<i>≤ 18 anos</i>	1	20,0	44	30,3	
Quantidade de					

parceiros (as) sexuais					
<i>≤ 4 parceiros</i>	2	40,0	100	69,0	0,172
<i>> 4 parceiros</i>	3	60,0	45	31,0	
Parceiro (a) sexual fixo					
<i>Sim</i>	5	100,0	144	99,3	0,852
<i>Não</i>	0	0	1	0,7	
Gestações					
<i>Nenhuma</i>	1	20,0	15	10,3	0,492
<i>1 ou mais</i>	4	80,0	130	89,7	
Parto					
<i>Nenhum</i>	1	20,0	17	11,7	0,576
<i>1 ou mais</i>	4	80,0	128	88,3	
Filhos					
<i>Nenhum</i>	2	40,0	18	12,5	0,076
<i>1 ou mais</i>	3	60,0	126	87,5	
Aborto					
<i>Nenhum</i>	2	40,0	99	68,3	0,185
<i>1 ou mais</i>	3	60,0	46	31,7	
Intervalo entre os EP					
<i>Menos de 1 ano</i>	1	20,0	19	13,1	0,656
<i>1 ano ou mais</i>	4	80,0	126	86,9	
Amamentação					
<i>Sim</i>	3	60,0	119	82,1	0,213
<i>Não</i>	2	40,0	26	17,9	
Métodos contraceptivos					
<i>Não</i>	1	20,0	51	35,2	0,483
<i>Sim</i>	4	80,0	94	64,8	
Uso de contraceptivos hormonais					
<i>Não</i>	3	60,0	81	55,9	0,855
<i>Sim</i>	2	40,0	64	44,1	
Uso correto do contraceptivo hormonal					
<i>Não</i>	4	80,0	131	90,3	0,448
<i>Sim</i>	1	20,0	14	9,6	
Uso de preservativo					
<i>Sim</i>	1	20,0	10	6,9	0,269
<i>Não</i>	4	80,0	135	93,1	
Uso correto do preservativo					
<i>Sim</i>	0	0	9	6,2	0,566
<i>Não</i>	5	100,0	136	93,8	
Hipertensão					
<i>Não</i>	2	40,0	113	77,9	0,049
<i>Sim</i>	3	60,0	32	22,1	
Diabetes					
<i>Não</i>	5	100,0	134	92,4	0,522
<i>Sim</i>	0	0	11	7,6	
História familiar de câncer de mama					
<i>Não</i>	3	60,0	123	84,8	0,137
<i>Sim</i>	2	40,0	22	15,2	
História família de CCU					
<i>Não</i>	5	100,0	132	91,0	0,484
<i>Sim</i>	0	0	13	9,0	

*Nível de significância estatística: $p \leq 0,05$

Ao analisar dados acerca das características ginecológicas, observou-se uma prevalência de mulheres que engravidaram mais de uma vez (80,0% vs 89,7%), com mais de um parto (80,0% vs 88,3%) e mais de um filho (60,0% vs 87,5%). É válido destacar que a maioria das participantes da pesquisa com sífilis realizou aborto (60,0%). Ao perguntar sobre o intervalo entre os dois últimos preventivos, a maior parte das mulheres respondeu acima de um ano (80,0% vs 86,9%) (TABELA 2).

Uma grande parcela das mulheres fazia uso de métodos contraceptivos (80,0% vs 64,8%), porém uma porcentagem alta não utiliza o preservativo masculino ou feminino (80,0% vs 93,1%). É válido frisar que as mulheres que participaram do estudo utilizam apenas um método contraceptivo. Quanto à testagem de HIV tipos 1 e 2, não foram identificadas mulheres positivas para tal agravo (TABELA 2).

Ao avaliar as características relacionadas às condições gerais de saúde, ginecológicas e histórico familiar entre os grupos expostos ou não expostos a sífilis, destaca-se a associação da mesma com a hipertensão ($p=0,049$). Nas demais covariáveis não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de comparação, demonstrando homogeneidade entre eles (TABELA 2).

Tabela 3 – Condições mamárias, microflora vaginal e outras características ginecológicas apresentadas pela amostra segundo a presença ou ausência de sífilis. Salvador, BA, Brasil. (n =150)

Características	Sim (n=5)		Sífilis Não (n=145)		p*
	n	%	n	%	
Mamas					
<i>Simétricas</i>	4	80,0	122	84,1	0,804
<i>Assimétricas</i>	1	20,0	23	15,9	
Palpação mamária					
<i>Normal</i>	4	80,0	137	94,5	0,180
<i>Alterada</i>	1	20,0	8	5,5	
Descarga papilar					
<i>Não</i>	4	80,0	142	97,9	0,014
<i>Sim</i>	1	20,0	3	2,1	
Presença de lesão vulvar					
<i>Não</i>	5	100,0	139	95,9	0,642
<i>Sim</i>	0	0	6	4,1	
Presença de lesão vaginal					
<i>Não</i>	5	100,0	144	99,3	0,852
<i>Sim</i>	0	0	1	0,7	
Leucorreia					
<i>Não</i>	3	60,0	64	44,1	0,483
<i>Sim</i>	2	40,0	81	55,9	
Microflora					
<i>Fisiológica</i>	4	80,0	100	68,9	<u>0,599</u>

Patogênica

1

20,0

45

31,0

*Nível de significância estatística: $p \leq 0,05$

Ao avaliar as condições mamárias, microflora vaginal e outras características ginecológicas, notou-se que a descarga papilar ($p=0,014$) mostrou-se diferença estatística significativa entre os grupos em comparação. A presença de descarga papilar foi maior no grupo exposto à sífilis (20,0%) do que no grupo não exposto (2,1%) (TABELA 3).

Por fim, ao se estimar um possível efeito de determinadas condições na ocorrência de sífilis, foram obtidas as *Odds Ratio* (OR) brutas entre as mesmas (TABELA 4).

Tabela 4 – *Odds Ratio* (OR) entre sífilis e fatores com tendência a elevar a probabilidade de sua ocorrência. Salvador, BA, Brasil. (n =150)

COVARIÁVEIS	SÍFILIS	
	OR [IC 95%]	p-valor
Descarga Papilar	11,83 [1,00 - >99,9]	0,05*
Idade (≤ 38 anos)	0,86 [0,14 - 5,35]	0,88
Anos de Estudo (≤ 4 anos)	7,37 [0,80 - 67,72]	0,07
Renda Familiar	1,53 [0,17 - 14,00]	0,30
Condição Marital	2,45 [0,40 - 15,15]	0,33
Nº de Coabitantes do Domicílio	2,18 [0,35 - 1,49]	0,40
Álcool	1,36 [0,22 - 8,39]	0,74
Ocupação	0,44 [0,72 - 2,74]	0,38
Hipertensão Arterial	5,30 [0,85 - 33,08]	0,07
Primeiro contato sexual mais precoce	1,82 [1,18 - 12,41]	0,62
Quantidade de parceiros (≥ 4)	3,33 [0,54 - 20,64]	0,20
Uso de preservativo	0,30 [0,30 - 2,91]	0,30
Câncer de Mama na Família	3,73 [0,59 - 23,60]	0,16
Alteração à Palpação Mamária	4,28 [0,59 - 23,60]	0,22
Atrofia de Colo de Útero	3,05 [0,43 - 43,89]	0,34
Presença de Lesão em EP**	2,02 [0,21 - 19,16]	0,21
Histórico de aborto	3,22 [0,52 - 19,99]	0,21
Índice de Massa Corporal (≥ 25)	1,42 [0,15 - 13,11]	0,76

* $p \leq 0,05$

** EP- Exame de Papanicolau

Foi observada uma tendência de associação da sífilis com presença de descarga papilar, menor idade (≤ 38 anos), menos anos de estudo (≤ 4 anos), renda familiar mais baixa, ausência de companheiro (a), números de coabitantes do domicílio, consumo de álcool, hipertensão, primeiro contato sexual mais precoce, maior quantidade de parceiros (≥ 4), uso de preservativo, histórico de câncer de mama na família, alteração mamária à palpação, atrofia de colo de útero, presença de lesão em EP, histórico de aborto, IMC elevado (≥ 25). No entanto, só houve significância estatística para descarga papilar ($p=0,05$). Logo, foi observada uma homogeneidade entre os grupos de comparação (TABELA 4).

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo mostraram que do total de 150 mulheres incluídas na amostra, 05 apresentaram sífilis (3,3%), valor semelhante aos dados da Bahia, que apresentou um percentual de 4% de sífilis adquirida em 2016. Em 2017 foi percebido um aumento dos casos relacionados à sífilis no Brasil. Entre 2015 e 2016, a sífilis adquirida teve um aumento de 27,9%; a sífilis em gestantes, de 14,7%; e a congênita (transmitida da mãe para o conceito pela placenta ou no momento do parto) de 4,7% (BRASIL, 2016). A atual taxa obtida deve ser levada em consideração, pois além de representar uma fonte de disseminação dessa infecção nessa população, existe a possibilidade de filhos dessas mulheres positivas também estarem contaminados.

Esse aumento tem sido progressivo, visto que, enquanto em 2010 foram registrados somente 1.249 casos de sífilis, em 2015 esse número se elevou para 65.878 registrados, logo, um aumento de mais de 5.000%. Já em 2016 o número de casos positivos foi ainda maior, chegando a 87.593 pessoas com sífilis. Ressalta-se que a partir de 2010, a sífilis adquirida passou a ser agravo de notificação compulsória, o que resultou no aumento da detecção de casos, porém este fato não necessariamente significa um número crescente de pessoas infectadas (BRASIL, 2017).

Os resultados da presente investigação também mostraram que 60,0% dos casos de sífilis tinha idade $\leq 38,4$ anos, dado compatível com números encontrados nas notificações de 2016, onde 34,1% destas últimas ocorreram em indivíduos entre 20 e 29 anos, seguidos da faixa etária entre 30 e 39 anos (22,1%) (BRASIL, 2017). Os casos de sífilis da pesquisa em questão se mostraram relacionados a um nível mais baixo nível de escolaridade, vez que

80,0% deles eram em mulheres com menos de 8 anos de estudo. Macedo e colaboradores (2017), relataram resultado semelhante quanto ao grau de instrução das participantes, onde 37,0% não concluíram o ensino fundamental ou não eram alfabetizadas e 28,0% completaram o ensino médio. Assim, é esperado um mais baixo grau de informação acerca da contaminação pela referida infecção, bem como de seus possíveis efeitos na saúde de adultos e conceitos, suscitando medidas para ampliar o conhecimento das particularidades dessa doença, a exemplo das melhores medidas de prevenção da mesma.

Quanto à raça/cor foi detectado um percentual alto (80,0%) de mulheres negras (pretas e pardas). Tal achado também foi observado em uma pesquisa de vigilância, realizado em Belo Horizonte, de 2001 a 2008, que estimou uma maior prevalência de pessoas negras infectadas com sífilis (LIMA e colaboradores, 2013). Em relação à renda familiar, a presente pesquisa também identificou que 80,0% das mulheres possuíam renda de até 1 salário mínimo. Estudo realizado por Macedo e colaboradores (2017) encontrou nível de renda per capita baixo na maior parte da amostra selecionada, 1/2 a 1/4 de salário mínimo, contra apenas uma taxa de 9,0% com ganho superior a um salário mínimo. Isso revela uma maior dificuldade para assistência à saúde, considerando que os serviços públicos de saúde poderiam ser acessíveis a essas mulheres, e reforça a necessidade de uma saúde pública efetiva, particularmente voltada à saúde da mulher, e suscita reflexão por parte de profissionais da USF investigada e outras unidades de atenção básica semelhantes, quanto ao seu papel na busca de melhor condição de saúde em usuários exclusivos de serviços públicos de saúde.

O achado muito positivo na presente investigação foi um baixo percentual de tabagismo, consumo de álcool e/ou consumo de drogas ilícitas observados nas mulheres de uma forma geral, e ausência das duas últimas condições e um baixo percentual de consumo de álcool (20,0%) em mulheres que foram positivas para sífilis. Já os resultados de estudo de Silva e colaboradores (2017) mostraram um percentual considerável de mulheres com exames reagentes para sífilis que usavam entorpecentes. No entanto, embora a frequência de tais hábitos tenham sido baixas e/ou ausentes, destaca-se a importância de ser manter a vigilância acerca dos mesmos, considerando seus efeitos deletérios para a saúde de todas as pessoas.

Em relação a hábitos, Gesink e colaboradores (2014) verificaram uma correlação entre atitudes que incorrem em maior risco, como a multiplicidade de parceiros (as) sexuais e presença de outras IST na ocorrência da sífilis. No entanto, 100,0% das mulheres diagnosticadas com sífilis referiram possuir parceiros (as) fixo (as). Apesar da maioria dessas ter referido já ter tido mais 04 de parceiros (as). Logo, o que é um ponto positivo parece ser a possibilidade de ter ocorrido uma mudança de hábitos sexuais nesse grupo, embora por

motivos ora não identificados/investigados. Uma possível contaminação a partir do seu (sua) único (a) parceiro (a) merece ser considerada. Assim, esses (as) parceiros (as) foram convocados (as) a partir das mulheres em questão para realização de testagem rápida para sífilis, onde 90,0% tiveram resultado positivo e 10,0% negativo para sífilis.

Quanto a maior probabilidade de sífilis aumentar a chance de se adquirir HIV, esse estudo não identificou casos positivos desse último agravo nas mulheres com ou sem sífilis. Porém, Pinto e colaboradores (2014) encontraram associação positiva entre a sífilis com um maior risco de se adquirir HIV. Os achados não eram esperados frente a grande maioria das mulheres demonstrarem não utilizarem preservativo nas relações sexuais (80,0% e 93,8%). Por sua vez, Silva e colaboradores (2017) relataram em estudo com mulheres que 22,5% delas apresentaram exame reagente para HIV, e quanto ao uso do preservativo e ter parceiro fixo, 44,1% referiram tal condição. Já Macedo e colaboradores não detectaram diferenças estatísticas significativas quanto ao uso do preservativo masculino ou feminino e a sífilis. Dessa forma, independente da não ocorrência de testes positivos para HIV nas mulheres ora investigadas, ressalta-se a necessidade de serem mantidas as ações voltadas para prevenção dessa doença, que continua mostrando taxas elevadas na população brasileira e baiana.

Uma das limitações deste estudo é a captação das informações das mulheres através da entrevista, onde covariáveis comportamentais, a exemplo do uso da camisinha e quantidade de parceiros, podem não ter sido devidamente informadas, por motivo de vergonha e/ou constrangimento. Por outro lado um ponto a destacar foram os achados inesperados em relação hipertensão e descarga papilar e presença de sífilis. Isso aponta para a possibilidade de existirem novos fatores que possam interferir na cadeia causal da sífilis, logo, estudos com esse fim são requeridos.

Em síntese, o aumento global dos casos de sífilis tem sido atribuído principalmente à escassez de penicilina a partir de 2014, medicamento esse utilizado para seu tratamento, o que culminou com uma epidemia da doença no Brasil em 2016. A isso se soma a elevação das taxas de detecção com o aumento da quantidade de diagnósticos realizados (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017). Assim, embora a elevação da incidência da sífilis não possa ser atribuída inicialmente ao aumento da contaminação por falta de tratamento, a partir desses casos iniciais que surgiram no presente estudo é possível e esperado que as taxas sejam futuramente ampliadas por essa via. Isso suscita a necessidade de monitoramento dos grupos em maior risco, tais como mulheres que costumam ter múltiplos parceiros e não adesão ao uso de preservativo.

Desta maneira, resultados de levantamentos dessa natureza precisam ser considerados e discutidos por gestores e profissionais de saúde mais envolvidas na atenção à saúde, como uma oportunidade de reorganização das ações prioritárias as mulheres consideradas de risco, voltadas às características particulares de subgrupos. Além disso, mais pesquisas devem ser realizadas no intuito de buscar uma possível confirmação das hipóteses geradas na presente investigação, para que um melhor direcionamento estratégico possa ser estabelecido para essa população, e assim buscar a redução e/ou anulação da transmissão da sífilis. É válido destacar que a inclusão de prevenção, medidas eficazes e eficientes de combate à sífilis adquirida, consequentemente terá um impacto positivo na redução dos casos de sífilis congênita.

Independente do tamanho reduzido da presente amostra, sua relevância também pode ser confirmada pela carência de estudos na população baiana, e inexistência de estudo similar na população da área de abrangência da USF estudada. Assim tal relevância científica está diretamente relacionada à investigação de fatores já estabelecidos como associados à ocorrência de sífilis em mulheres, assim como permitiu a suspeição de possíveis novos fatores tais como hipertensão e descarga papilar. Além disso, o maior benefício para as mulheres que realizaram os testes rápidos foi à possibilidade de poder ser identificadas com a sífilis e ter a chance de obter cura a partir do tratamento a que foram encaminhadas, além de ter clareza do risco de engravidar com sífilis, além da maior tranquilidade proporcionada às que tiveram resultados negativos.

CONCLUSÃO

De uma forma geral, é possível concluir que a sífilis parece estar relacionada à hipertensão e a descarga papilar, embora não existam estudos que reafirmem esse achado, e que fatores descritos na literatura como paciente portador de HIV, multiplicidade de parceiros e não uso do preservativo como associados à presença de sífilis não foram constatados nesta amostra. Cinco casos de sífilis puderam ser detectados e encaminhados para tratamento nas mulheres investigadas, reafirmando dados epidemiológicos atuais do Brasil que apontam o aumento desta patologia na população. A pesquisa, ao detectar novos casos positivos de sífilis em mulheres usuárias de uma unidade de atenção básica, reforça a necessidade de melhorias das campanhas de prevenção enfatizando a utilização do preservativo, no intuito de prevenir não só esta patologia, mas todas as IST, especialmente em grupos mais susceptíveis. Além disso, ter tido a possibilidade de serem identificadas com tal agravo e encaminhadas/orientadas para tratamento imediato, essas mulheres e as demais mulheres incluídas nesse

estudo puderam ter mais esclarecimentos acerca das patologias estudadas, bem como das suas possíveis consequências.

Outro ponto importante para reflexão refere-se à necessidade de incentivo à realização de testagens rápidas para captar indivíduos que já possuem sífilis e/ou tipo 1 ou 2 de HIV, proporcionando mais possibilidades de cura, bem como minimizar possíveis consequências dessas doenças. Ressaltam-se especialmente malefícios graves da sífilis para a mulher, tais como acometimento cardiovascular, neurológico e/ou ósseo, além de possibilidade de ocorrência de sífilis congênita em fetos. Assim, espera-se que os dados apresentados no presente estudo possam colaborar na revisão e/ou elaboração de novas estratégias de prevenção desta patologia no intuito de diminuir a incidência da mesma na população, assim como suas consequências.

Por fim, dada à magnitude dos problemas investigados e suas consequências, sugere-se a realização de mais pesquisas científicas que possam também reforçar o conhecimento sobre a temática.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil, e especialmente aos profissionais e usuários da USF, bem como a prefeitura do município de Salvador-BA que, não só permitiu sua realização, como colaborou com disponibilização do espaço físico adequado para coleta de dados e de kits para os exames de testagem rápida para sífilis e HIV, pela contribuição à investigação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com IST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 124.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Sífilis 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, p. 32.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Sífilis 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, p. 44.

DOMINGUES, R. M. S., et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 147-57, 2013.

GESINK, D., et al. Spatial epidemiology of the syphilis epidemic in Toronto, Canada. **Sexually Transmitted Diseases**, Canadá, v. 41, n. 11, p. 637-48, 2014.

LAGO, E.G., et al. Congenital syphilis: identification of two distinct profiles of maternal characteristics associated with risk. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 31, n. 1, p. 33-7, 2004.

LIMA, M.G., et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 2, p. 499-506, 2018.

MACEDO, V. C. de, et al. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. **Revista de Saúde Pública**, p. 51-78, 2017.

MELO, N. G. D. O., et al. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 2, p. 213-22, 2011.

OMS. **Eliminação mundial da Sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**, 2008. Geneva, 2008. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43782/9789248595851_por.pdf;jsessionid=E8772849A41F5FE02AFDA5CBC185AB10?sequence=4. Acesso em: 23 jul 2018.

OMS. **Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis**. Ginebra, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241505888/es/>. Acesso em: 10 jul 2018.

PEREIRA, B. D. S., et al. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 747-58, 2014.

PINTO, V.M., et al. History of syphilis in women living with AIDS and associated risk factors in São Paulo, Brazil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 60,n. 4, p. 342-8, 2014.

SILVA, D. A. R. da, et al. Prevalência de Sífilis em mulheres. **Enfermagem Foco**, Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 61-64, set. 2017.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados da presente investigação apontaram o tabagismo, a presença de alterações mamárias e a descarga papilar como fatores associados à presença de lesões precursoras do CCU. A frequência de positividade para sífilis a partir de testes rápidos esteve na faixa esperada para o Brasil, e não houve casos de positividade para HIV tipo 1 e 2. Apesar da não verificação de associação entre sífilis e lesões precursoras para o CCU, notou-se uma relevância entre sífilis e hipertensão, assim como sífilis e descarga papilar mamária.

Logo, se faz necessário reformular estratégias das políticas de saúde no sentido de intervir na cadeia de transmissão relacionada à sífilis, e prevenir suas consequências como a sífilis congênita. Esses resultados derivaram de uma avaliação rigorosa e cuidadosa, mas dada a sua característica de transversalidade não é possível se estabelecer a priori uma relação de causa e efeito entre os fatores de risco detectados e a presença de lesões precursoras do CCU.

Em relação aos profissionais e ao serviço, seus resultados poderão ser de grande utilidade no sentido de revisão de estratégias voltadas para identificação e prevenção de fatores condicionantes e determinantes de alterações citopatológicas e seus efeitos na ocorrência do CCU. Particularmente, poderão suscitar um maior interesse no estímulo e na captação precoce de mulheres com tais condições e/ou para realização do EP. Assim, poderão subsidiar a elaboração de novas estratégias para um cuidado de qualidade, com excelência e humanizado, e auxiliar na reformulação do processo de trabalho desta equipe.

De uma forma geral, espera-se, que as informações obtidas na presente investigação estimulem o interesse na realização de mais estudos dessa natureza, dada ao ônus que o CCU e a sífilis podem trazer a mulheres, principalmente aquelas em maior risco, a exemplo da sífilis congênita nos seus filhos, redução de anos potenciais de vida, e custos financeiros individuais e públicos.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN CANCER SOCIETY; LISVESTRONG. **The Global Economics Cost of Cancer**. Atlanta, 2010. Disponível em: <http://phrma-docs.phrma.org/sites/default/files/pdf/08-17-2010_economic_impact_study.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2017.
- BAKER, D; MIDDLETON, E. Cervical screening and health inequality in England in the 1990s. **Journal of Epidemiology Community Health**, USA, v. 6, n 57, p. 417-23, jun. 2003.
- BERTOLACCINI, M. I. B. C.; PEREIRA, V. M. Conhecimento e práticas da população feminina de Sorocaba referentes ao exame preventivo do câncer genital. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v 20, n.1, p. 31-41, jan. 2001.
- BEZERRA, S. J. S. et al. Perfil de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino. **Revista DST – Jornal Brasileiro de DST**, Fortaleza, v. 17, n. 2, p. 143-148, nov. 2005.
- BOSCH, F. X. et al. The causal relationbetweenhumanpapillomavirusand cervical cancer. **Journal of Clinical Pathology**, USA, v. 4, n. 55, p. 244- 265, abr. 2002.
- BOTTARI, C. M. et al. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 111-122, maio. 2008.
- BRASIL. INCA. Prevenção e controle do câncer: normas e recomendações do INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 3, n. 48, p. 317-332. 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/regpop/2003/>>. Acesso em 24 mar 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de prevenção e vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006a, p.65.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e de mama**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, p. 131.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006c, p. 117.
- _____. Ministério da Saúde. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009a, p. 98.
- _____. Ministério da Saúde. Reportagens Especiais. **Ministério da Saúde amplia tratamento integral aos doentes de câncer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: < <http://www.hc.unicamp.br/node/448>>. Acesso em 13 mar 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno humanizaSUS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p. 244.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011, p. 106.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2012, p. 14. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.PDF> . Acesso em: 20 mar 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. p. 56.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b, p. 128.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Guia prático sobre HPV: guia de perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p.44.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com IST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. p. 124.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **O manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. p. 68.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de informações sobre mortalidade**. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: <www.datasus.gov.br. Acesso em: 12 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Sífilis 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b, p. 44.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **HIV AIDS 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c, p. 64.

BROCK, M. F. **Alterações colpocitológicas, em pacientes portadores do vírus HIV atendidas na fundação de medicina tropical do Amazonas**. 2005, 69 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) - Universidade do Estado do Amazonas, Amazonas, 2005.

BURD, E. M. Human Papillomavirus and Cervical Cancer. **Clinical Microbiology Reviews**. USA, v. 16, n. 1, p. 1-17, jan. 2003.

CAETANO, R. et al. Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 16, p. 99-118, maio. 2006.

COBUCCI, R. N. O. **Comparação da incidência de câncer em infectados pelo HIV e em transplantados com a população geral**. 2011, 77 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

COUSSENS, L. M.; WERB, Z. Inflammation and cancer. **Nature**. USA, v. 6917, n. 420, p. 860-867, 2002.

CRUZ, L. M.; LOUREIRO, R. P. A Comunicação na Abordagem Preventiva do Câncer do Colo do Útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.17, n.2, p.120-131, 2008.

DIAS, E. G. et al. Avaliação do conhecimento em relação à prevenção do câncer do colo uterino entre mulheres de uma Unidade de Saúde. **Revista Epidemiológica e Controle de Infecção**. Santa Cruz do Sul, v. 5, n. 3, p. 136-140, jul. 2015.

DIÓGENES, M. A. R. et al. **Prevenção do câncer: atuação do enfermeiro na consulta ginecológica - aspectos éticos e legais da profissão**. 2. ed. Fortaleza, Pouchain Ramos, 2001. p. 150.

DUARTE, G. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. In: MONTELEONE, P. P. R.; VALENTE, C. A. **Infectologia em ginecologia e obstetrícia**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 1997. cap. 32, p. 198-218.

DUQUE, K. C. D. **Prevenção do câncer de colo do útero em uma área coberta pela estratégia saúde da família**. 2013, 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

FERLAY, J. et al. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. **Annals of oncology**. Oxford, v. 18, n. 3, p. 581-592, fev. 2007.

FOCCHI, J. et al. Câncer do colo do útero: importância, epidemiologia e fatores de risco. In: HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2000, cap. 193.

GOMES NETO, L. M. Q. **Câncer de colo uterino: desenvolvimento, prevenção, tratamento e diagnóstico**. 2013. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Faculdade Boa Viagem e Centro de Capacitação Educacional, Recife, 2013.

HEARD, I. M. D. et al. Increased risk of cervical disease among human immunodeficiency vírus-infected women with severe immunosuppression and high human papillomavirus load (I). **Obstetrics Gynecology**. USA, v. 96, n. 3, p. 403-409, set. 2000.

HORTA, A. L. A. Colpocitologia. In: OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, I. **Tratado de Ginecologia da FEGRASGO**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2000. parte III. cap. 17, p. 132-153.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/situacao/>. Acesso em 25 mar 2017.

_____. **Custo de tratamento do câncer aumentará oito vezes nos próximos dois anos e sairá sete vezes mais caro que ações de prevenção**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view_arq.asp?ID=1600>. Acesso em: 18 fev 2017.

_____. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2012a. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v04/pdf/13_resenha_estimativa2012_incidencia_de_cancer_no_brasil.pdf>. Acesso em: 20 fev 2017.

_____. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012b. 23 p.

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015a, 126 p.

_____. **INCA e Fiocruz firmam acordo criando programa interinstitucional de produção e inovação em oncologia**. Rio de Janeiro, 2015b. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2010/inca_fiocruz_firmam_acordo_criando_programa_interinstitucional_producao_inovacao_em_oncologia> Acesso em: 15 fev 2017.

_____. **Controle do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude>. Acesso em: 15 mar 2017.

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2017, 130 p.

IBGE. **Estimativas da população dos municípios e unidades da federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2015**. Brasil, 2015 Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000002313040817201504092887232.pdf>>. Acesso em 18 fev 2017.

KOSS, L. G.; GOMPEL, C. **Introdução à citopatologia ginecológica com correlações histológicas e clínicas**. São Paulo: Roca, 2006.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LEWI, D. S. et al. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). In: PRADO, F. C.; RAMOS, J. A.; VALLE, J. R. **Atualização terapêutica**. 18. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

MACHADO, L. M. **HPV, câncer do colo uterino e seus fatores de risco para o acometimento**. 2015. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Faculdade Boa Viagem e Centro de Consultoria Educacional, Recife: 2015.

MARTIN, C. N. R. **Avaliação da cobertura do exame de Papanicolaou e seus fatores determinantes em capital brasileira de elevada incidência de câncer de colo de útero**. 2014, 52 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2014.

MELO, V. H. et al. Problemas ginecológicos mais frequentes em mulheres soropositivas para o HIV. **RBGO**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 661-666, dez. 2003.

PALO, G. de; STEFANON, B.; OTTI, S. **Infecção pelo Papiloma Vírus. Colposcopia e patologia do trato genital inferior**. Tradução: Maria Inês M. Fabrício e Rachele M. Santoro. Rio de Janeiro: Médica e Científica, cap. 9, p. 133-188, 1993.

PANZETTI, T. M. N. **A experiência das mulheres com câncer de colo de útero do diagnóstico ao tratamento**. 2013, 133 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Pará, Belém, 2013.

PIN, A. P. M. S. **Um olhar econômico sobre a prevenção do câncer de colo de útero no Brasil: evidências a partir dos dados da pesquisa nacional de saúde**. 2016, 71 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) - Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2016.

PINHO, A. A.; FRANÇA JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 3, n. 1, p. 95-112, 2003.

REZENDE, M.D.S. **Avaliação da campanha de prevenção de câncer de colo uterino: estado do Ceará e a participação do enfermeiro**. 2009, 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 1999.

ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

SANTOS, K. M. **Distribuição espacial da mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil, 1996 a 2009: eco-cuidado de enfermagem**. 2011, 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011.

SMALTZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

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

SOUZA, N. S. T. et al. Diagnóstico da infecção pelo HPV em lesões do colo do útero em mulheres HIV+: acuidade da histopatologia. **RBGO**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 157-163, jul. 2001.

SOUZA da, S. J. et al. Conhecimento e prática das mulheres em relação ao exame citológico do câncer do colo uterino. **Revista Enfermagem Integrada**. Ipatinga, v. 3, n. 10, p. 506-518, nov. 2010.

SOLOMON, D. et al. Cervical cancer screening rates in the United States and the potential impact of implementation of screening guidelines. **CA Cancer Journal for Clinicians**. USA, v. 2, n. 57, p. 105-111, mar. 2007.

VALE, D. B. A. P. do. **Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na estratégia de saúde da família no município de Amparo, São Paulo, Brasil**. 2010, 56 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

VIDAL, A. T. **Gestão de Incorporação de tecnologias preventivas para o HPV sob a perspectiva da eficiência e efetividade**. 2009, 76 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

XAVIER S. P.; TERRENGUI L. C. S. Práticas, sentimentos e conhecimentos de mulheres sobre o Papanicolau. **Revista Enfermagem UNISA**, v. 7, p. 53-6, 2006.

WHO. **Nacional Cancer Control Programmes**. Police and managerial guidelines. 2. ed. Geneva: WHO, 2002.

WHO. Information Centre on HPV and Cervical Cancer. **Human Papillomavirus and Related Cancers in Brazil**. Summary Report, 2010. Disponível em: <<http://screening.iarc.fr/doc/Human%20Papillomavirus%20and%20Related%20Cancers.pdf>>. Acesso em: 30 mar 2017.

APÊNDICE A - Área de abrangência da USF San Martin

ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA USF SAN MARTIN		
	MICROÁREA	RUAS DE ABRANGÊNCIA
EQUIPE AMARELA	01	Rua São Francisco; 1º e 2º Travessa São Francisco; 3º, 4º e 6º Travessa São Francisco.
	02	Vila Leocádio; Avenida José Leopoldo; Rua São Domingos; Travessa São Domingos.
	03	1ª e 2ª Travessa da Vila Operária; Baixa das Cravinas.
	04	Rua Bráulio Pereira; Travessa Bráulio; Travessa Cravinas.
	05	Rua São João; Rua do Progresso; Rua da Jaqueira.
	06	Rua da Jaqueira; Rua das Cravinas.
	07	Rua das Cravinas; Rua Baixa das Cravinas; Rua Nova do Dique.
EQUIPE VERMELHA	01	Rua Direta do Curuzu (Lado esquerdo); Avenida Aranha; Avenida; Rua Cida; Rua 30 de Março (Lado esquerdo); Vila Neto; Avenida Gabriela; 1ª, 2ª, 3ª e 4ª Travessa Do Curuzu; Avenida Curuzu; Avenida 94.
	02	Avenida Hilda; Travessa da Alegria; 1, 3 e 4º Travessa da Alvarenga Peixoto; Avenida ANA; Avenida ERE; Avenida Mariá.
	03	2º Travessa Alvarenga Peixoto; Rua Agra.
	05	Rua da Alegria; Travessa Maria de Baixo; 4º Travessa da Alegria; 5ª Travessa da Alegria; 6ª Travessa da Alegria; Alameda da Alegria.
	06	Avenida Carlos Pereira; 7º Travessa de Alegria; Avenida Mocotó; Avenida Sereia; Rua Rio Negro; 1º Avenida Mota; Avenida Anápolis; Avenida Moisés; Avenida Rio Negro; Avenida Mota.
EQUIPE AZUL	01	Rua do Progresso de Baixo; Rua Paulo Maia.
	02	Travessa Elísio; Rua Elísio; 2º Travessa Elísio.
	03	Nadir de Jesus; Prudente Moisés; Paulo Maia.
	04	Rua Otoniel Dultra, 2ª Travessa Nadir de Jesus.
	05	Rua Progressista; Vila Queiroz; 2ª Travessa do Progresso.
	06	Rua do Progresso; 3ª Travessa Do Progresso; 1ª Vila do Progresso; 1ª Travessa do Progresso; 2ª Vila do Progresso.
	01	Rua Direta Curuzu (nº120 ao 158); Avenida Lidice; Avenida São José; Avenida Luiza; Avenida Roma; Avenida 204; Avenida São Domingos; 7ª Travessa; 11ª Travessa; Avenida Neuza; Avenida Matildes; 13ª Travessa; Avenida Alegria; Avenida Senhor dos

EQUIPE VERDE		Passos.
	02	Rua do Curuzu (lado direito, nº 01 ao nº147), Avenida Moisés; Rua Adelino Santos (lado esquerdo).
	03	1º Vila Operaria; Av. Otavia.
	04	Rua da Alegria (nº02 até nº144, lado direito).
	06	Avenida Irmãos Unidos; Avenida Rita; Avenida Jorge Franco; 1º Avenida do Curuzu; Avenida Nonato; 2º Avenida do Curuzu.
	07	Avenida Colorado; Rua Direta do Curuzu; Avenida Maria, Avenida Espirito Santo; Avenida Vila Serqueira; 5º, 6º e 7º Travenida do Curuzu; Avenida Isaura; Avenida Meiru; Avenida Tuiuti; Avenida Valdemir; Avenida Chagas.
	08	Avenida Braulino; Avenida Borges; Ladeira dos Frades; Rua 30 de março, Avenida Camélia.

**APÊNDICE B – Termo de Consentimento para realização dos Testes Rápidos para HIV
1 e 2 e Sífilis**

Minha assinatura abaixo indica que:

1. Eu concordo em ser testado para HIV 1 e 2; e Sífilis.
2. Eu recebi informações sobre o teste.
3. Todas as minhas perguntas sobre o teste foram respondidas.
4. Minha decisão de ser testada é totalmente voluntária.
5. Em caso de necessidade, autorizo me contatar por telefone (_____) _____.

Nome

Assinatura

_____/_____/____

Data

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO

Data: ____/____/____

Prontuário N° _____

Identificação

Abreviatura do Nome: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Telefone: _____

Aspectos Sociodemográficos

1. Raça/ cor: () branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena
2. Anos de Estudo: () 0-3 anos () 4-7 anos () mais de 8 anos
3. Ocupação: () trabalho remunerado com vínculo () trabalho remunerado sem vínculo () desempregado () aposentado
4. Qual o valor da renda familiar em salários mínimos: () <1 () >1
5. Quantas pessoas moram com você? _____
6. Condição marital: () tem companheiro () não tem companheiro
7. Moradia: () própria () alugada () cedida () outro

Hábitos de vida

8. Fuma atualmente? () sim () não
9. Já fumou antes? () sim () não
10. Bebe atualmente? () sim () não
11. Já bebeu antes? () sim () não
12. Frequência: 0 - raramente 1 – esporadicamente nos fins de semana 2 – Quase todo dia 3 - não se aplica
13. Uso de outras drogas: () sim () não
14. Frequência de atividade física? 0 – não realiza 1 - 1 dia/sem 2 - 2 a 3 dias /sem. 3 - todo dia ou quase todo dia

Dados Antropométricos

15. Peso: _____ kg
16. Altura: _____ m
17. IMC: _____

Dados ginecológicos

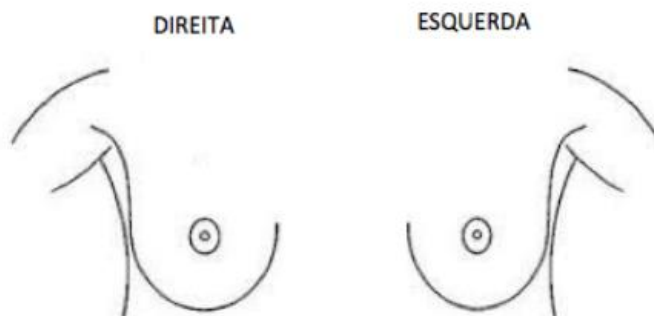
18. Data da última menstruação: _____
19. Amenorréia: () não () sim, tempo: _____
20. Menarca: () menos que 12 anos () com 12 anos ou mais

21. Idade do 1º contato sexual: _____
22. Quantidade de parceiros: _____ Parceiro fixo: () não () sim () não se aplica
23. Quantidade de gestações: () nenhuma () 01 a 03 () mais que 03
24. Quantidade de partos: () nenhum () 01 a 03 () mais que 03
25. Quantidade de filhos: () nenhum () 01 a 03 () mais que 03
26. Quantidade de abortos: () nenhum () 01 a 03 () mais que 03
27. Tipo de abortos: () espontâneos () provocados () espontâneo e provocado
() não se aplica
28. Intervalo entre os dois últimos preventivos: () Menos de 1 ano () de 1 a menos de 2 anos () de 2 a menos de 3 anos () 3 anos ou mais () primeira vez que realiza
29. Amamentou: () sim () não () não se aplica
30. Método Contraceptivo: () não utiliza () pílula () injetável mensal () injetável Trimestral () dispositivo intrauterino () preservativo () laqueadura () Outros _____
31. Uso correto do método contraceptivo: () sim () não () não se aplica
32. Patologias Existentes: () Hipertensão Arterial () Diabetes Mellitus () Outros _____ () não se aplica
33. Antecedentes Familiares de Câncer de Mama: () sim () não
34. Antecedentes Familiares de Câncer de Colo Uterino: () sim () não

Exame Físico

Exame das Mamas

35. Mamas: () simétricas () assimétricas
36. Mamilos: () protusos () semi-protusos () planos () invertidos
37. Sinais de retração: () sim () não
38. Palpação: () normal () alterado



39. Descarga papilar: () sim () não

Exame ginecológico

40. Vulva: () pele íntegra () verrugas () lesões _____

41. Vagina: () mucosa íntegra () verrugas () lesões _____

42. Leucorreia: () não () sim. Aspecto: _____ Cor: _____
Odor: _____

43. Outras observações ao exame físico: _____

44. Microbiologia:

() Lactobacillos sp () Cocos () Cândida sp () Trichomonas vaginalis

() Bacilos supracitoplasmáticos () Outros

45. Citologia:

() Dentro dos limites da normalidade no material examinado

() Negativo para Malignidade

() Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas)

() Metaplasia escamosa imatura

() Atrofia com inflamação;

() Outros: _____

Alterações celulares:

() Atipias de significado indeterminado em células escamosas possivelmente não neoplásicas (ASCUS)

() Atipias de significado indeterminado em células escamosas possivelmente não neoplásicas, não podendo afastar lesão intra-epitelial de alto grau (ASC-H)

() Atipias de significado indeterminado em células glandulares (AGC), possivelmente não neoplásicas, não se pode afastar lesão intraepitelial de alto grau

() Atipias de significado indeterminado de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas, não se pode afastar lesão intraepitelial de alto grau

() Lesão intra-epitelial de baixo grau (abrangendo HPV, displasias leves e NIC I)

() Lesão intra-epitelial de alto grau (abrangendo NIC II e III, carcinoma in situ)

() Carcinoma invasor

() Outros _____

Resultados dos Testes rápidos

46. HIV 1 e 2 teste 1 () positivo () negativo

47. HIV 1 e 2 teste 2 () positivo () negativo () não realizado

48. Sífilis () positivo () negativo

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sífilis, HIV e alterações citopatológicas para a ocorrência de câncer de colo de útero.

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que será desenvolvida na Unidade Saúde da Família (USF) San Martin, na Avenida San Martin, SN, bairro Fazenda Grande, Salvador, BA. O objetivo geral da pesquisa é medir a associação entre a presença de alterações citopatológicas de colo do útero, em mulheres que realizaram o Exame Papanicolau na USF San Martin, em Salvador – BA, de 2015 a 2017, e a presença do HIV e Sífilis. A pesquisadora responsável Lyvia Mirelle Carneiro de França poderá ser encontrada no endereço citado anteriormente, no telefone (71) 36113559 ou no e-mail: lyvia_franca@hotmail.com, de segunda a sexta-feira das 08 às 17 horas. Sua participação será responder a perguntas sobre seus hábitos, sua saúde e de pessoas da sua família. Seu prontuário médico foi consultado para identificação da realização do preventivo e, se caso seja necessário, será consultado novamente para complementação de informações. Também serão realizados exames físicos da mama e da região genital, verificação do seu peso e sua altura, além de testes rápidos para Sífilis e HIV tipos 1 e 2. Também será realizado o aconselhamento pré e pós testes rápidos, no intuito de lhe orientar sobre as doenças e lhe informar como será sua assistência em casos de testes positivos. Essa pesquisa pode lhe causar desconforto ou constrangimento com as perguntas feitas na entrevista ou na exposição durante o exame clínico ou na situação de algum teste rápido ter resultado positivo. Mas você pode se recusar a responder ou desistir de participar quando quiser sem nenhum prejuízo. Além disso, em caso de teste rápido positivo, poderão ocorrer alterações emocionais, onde a consulta só será finalizada após a sua estabilidade emocional. Se você achar necessário será solicitado que algum familiar ou pessoa próxima lhe acompanhe após a consulta. Em caso de HIV 1 e 2 positivos você será encaminhada ao serviço de referência, Serviço Municipal de Assistência Especializada (SEMAE) Liberdade, localizado na Rua Estrada da Liberdade sem número, dentro do Multicentro de Saúde Professor Bezerra Lopes – Liberdade, para tratamento e acompanhamento. E em caso de Sífilis positiva será tratada e acompanhada pela própria pesquisadora ou pela equipe da USF San Martin. Os testes rápidos serão realizados com lancetas descartáveis. No local da punção poderá ocorrer à formação de um hematoma, além de dor leve, esses sintomas serão tratados pela própria pesquisadora. No questionário você será identificada através de siglas, seus dados ficarão guardados pela pesquisadora por um período de cinco anos e posteriormente serão incinerados. Você e outras pessoas, assim como o serviço onde é atendida e outros semelhantes, poderão ser beneficiadas com mais conhecimento sobre sua saúde, e possibilitar a adoção de medidas de prevenção e tratamento das doenças estudadas, além disso, durante a pesquisa poderão ser detectadas alterações importantes para a manutenção da sua saúde. Ao assinar este termo você também estará autorizando à publicação dos dados em revistas, congressos e outros meios. Você não terá nenhuma despesa com sua participação. Em caso de gasto você será ressarcida. Em caso de dano terá direito a buscar indenização. Este projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana-Ba, órgão responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos. Qualquer dúvida procure entrar em contato com o Núcleo de Pesquisa, Prática Integrada e Investigação Multidisciplinar. Localizado na Universidade Estadual de Feira de Santana no endereço: Av. Transnordestina, S/N, Novo Horizonte, módulo 6, Avenida dos Laboratórios, Prédio Centro de Pós-graduação em Saúde Coletiva, CEP: 44036900, fone: (75) 3161-8112. Dúvidas adicionais sobre os aspectos éticos dessa pesquisa poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UEFS), através do fone: (75) 3161-8067 ou e-mail: cep@uefs.br. Sendo assim, se você concordar em participar da referida pesquisa, solicitamos que assine este termo de consentimento, em duas vias, sendo uma cópia para o pesquisador responsável e a outra ficará em sua posse. Salvador, ____/____/____

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do pesquisador/entrevistador

ANEXO A – PARECER DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SAÚDE
SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

Salvador, 05 de dezembro de 2017.

Carta de Anuência - Parecer N° 036/2017**2ª Versão**

A Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e o Distrito Sanitário da Liberdade, declaram-se co-participantes e cientes da realização do estudo intitulado **“SÍFILIS, HIV E ALTERAÇÕES CITOPATOLÓGICAS PARA A OCORRENCIA DE CANCER DE COLO DE ÚTERO”** que tem como objetivo geral medir a associação entre a presença de alterações citopatológicas de colo de útero, em mulheres que realizaram o EP na USF San Martin, em Salvador – Ba, de 2015 a 2017, e a presença do HIV e Sífilis.

Este estudo tem como pesquisadora responsável Lyvia Mirelle Carneiro da França, mestranda do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, que o apresentou à Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal, desta Secretaria, para avaliação, obtendo parecer favorável à sua condução após submissão e aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa, bem como, conforme Of. DSL n° 312, de 22 de novembro do corrente ano, a liberação dos insumos (Testes rápidos para detecção de HIV ½ e Sífilis) necessários a sua realização, na USF San Martin.

Esta Carta não permite acesso ao lócus de pesquisa para coleta de dados. A ação só poderá acontecer após recebimento do Parecer favorável emitido pelo CEP avaliador e envio de Ofício por esta Subcoordenação para o Distrito Sanitário de referência.

Atenciosamente,

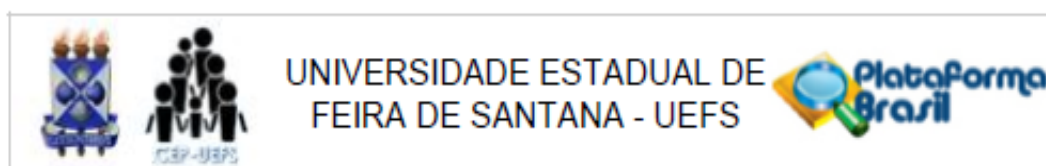

Melícia Silva Reis Góes

SMS/ CGPS/ Subcoordenadoria de Desenvolvimento de Pessoas


Ana Maria Oliveira

Técnica da SCDP / SMS

ANEXO B- PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SÍFILIS, HIV E ALTERAÇÕES CITOPATOLÓGICAS PARA A OCORRÊNCIA DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.

Pesquisador: LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 72775517.5.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.423.902

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de mestrado de Lyvia Mirelle Carneiro de Franca, do curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob a orientação da professora Dr^a. Julita Maria Freitas Coelho.

"O presente estudo terá como forma de abordagem o método quantitativo, utilizando o desenho de corte transversal. Este estudo será realizado no município de Salvador, capital do estado da Bahia, na Unidade Saúde da Família (USF) San Martin, localizada na Avenida San Martin, sem número, a mesma possui quatro equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A amostra do estudo será composta por todas as mulheres que realizaram o Exame Papanicolau (EP) na USF San Martin nos anos de 2015 a 2017. [...]

Neste estudo, será realizada avaliação preliminar em prontuários e livro de registro de coleta de preventivo, onde serão identificadas as mulheres que fizeram preventivo na referida unidade, no período de 2015 a 2017. Após essa pré-seleção, essas mulheres serão localizadas com a colaboração do Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou pelo telefone informado pela mesma no dia da coleta do exame. Será feita uma visita domiciliar para convidá-la a participar da pesquisa. Em caso de aceite, as mesmas serão orientadas a comparecer à unidade para realização da entrevista e consulta de enfermagem para coleta dos dados.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 2.423.902

Assim será procedida uma entrevista para obtenção de dados gerais, sociodemográficos, hábitos de vida e cuidados com a saúde. Além disso, será realizada uma consulta de enfermagem no intuito de identificar fatores de risco para o CCU, a exemplo de verrugas genitais, a partir de exame físico. A consulta de enfermagem será em sala própria para manter a privacidade da mulher. Serão aferidas as medidas do peso utilizando balança antropométrica da marca Welmy, e da altura (estadiômetro). Também serão realizados testes rápidos para Sífilis e HIV tipos 1 e 2.

Serão também levantados dados em prontuários para complementação de informações clínicas. Da mesma forma, será utilizado o livro de registro de coleta de preventivo para obtenção de dados a cerca do exame citopatológico. Todos os resultados dos exames, bem como as informações colhidas em prontuários serão registrados em uma ficha clínica específica para o estudo, associado ao questionário.

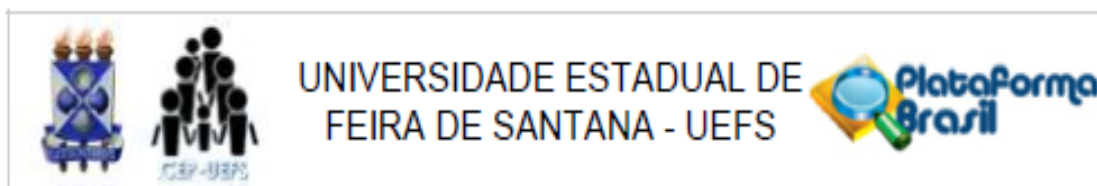
O questionário foi elaborado com questões referentes às condições sociodemográficas, epidemiológicas e fatores de risco para o câncer de colo de útero, o qual será aplicado a todas as participantes, sendo feito exclusivamente para a pesquisa em questão". (Formulário Plataforma Brasil, p. 2).

A proponente apresenta cronograma de atividades do período de agosto de 2016 a abril de 2018, com previsão de coleta de dados após aprovação do CEP. Apresenta orçamento total de R\$ 3.394,96, com contrapartida institucional da UEFS na forma de "carga horária da professora orientadora e despesas com deslocamento de professores para participação das bancas e pela disponibilização de material bibliográfico e biblioteca" (documento referente ao Orçamento). Além disso, a proponente informa como contrapartida da Prefeitura Municipal de Salvador a realização de "testes rápidos para Sífilis e HIV tipos 1 e 2, além do espaço para realização do estudo" (documento referente ao Orçamento).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

"Medir a associação entre a presença de alterações citopatológicas de colo do útero, em mulheres que realizaram o EP na USF San Martin, em Salvador – BA, de 2015 a 2017, e a presença do HIV e Sífilis." (Formulário Plataforma Brasil, p. 3).



Continuação do Parecer: 2.423.902

Objetivo Secundário:

"• Caracterizar as mulheres que realizaram o EP na USF San Martin, em Salvador – Bahia, de 2015 a 2017 de acordo com as variáveis sociodemográfico e epidemiológico;• Verificar a associação entre a presença de alterações citopatológicas de colo do útero, em mulheres que realizaram o EP na USF SanMartin, em Salvador – Bahia, de 2015 a 2017, e a presença do HIV e Sífilis;• Identificar os fatores de risco mais frequentes para o CCU em mulheres que realizaram o EP na USF San Martin, em Salvador – Bahia, de 2015 a 2017;• Comparar a frequência de alterações citopatológicas de mulheres de 18 a 24 e mulheres de 25 a 64 anos que realizaram o EP na USF San Martin, em Salvador – Bahia, de 2015 a 2017;• Verificar a presença de Sífilis e HIV tipos 1 e 2 na amostra a partir da realização de testagem rápida." (Formulário Plataforma Brasil, p. 3)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos da pesquisa apresentados pela proponente são: "Em casos de testes rápidos positivos, as mulheres poderão presenciar alterações emocionais. Nessas situações, as mesmas serão escutadas e orientadas, será perguntado sobre a necessidade de um acompanhamento de algum familiar ou pessoa próxima após a consulta de enfermagem, se sim a pesquisadora entrará em contato com a pessoa solicitada pela mulher. Será aguardada a chegada desta última para término da consulta. As mulheres com alterações nos testes serão encaminhadas ao serviço de referência, que dispõe de tratamento com psicólogo, assistente social, infectologista, serviço de enfermagem e farmacêutico. Os testes rápidos serão realizados com lancetas descartáveis. No local da punção poderá ocorrer a formação de um hematoma, além de dor leve. Esses sintomas serão tratados pela pesquisadora conforme necessidade. Tentando reduzir os riscos referentes ao constrangimento e à exposição da paciente, a entrevista associada a uma consulta de enfermagem será feita em uma sala que mantenha a privacidade da mesma. Além disso, é facultada a desistência da participante em qualquer tempo sem nenhum prejuízo à mesma, além da possibilidade de se recusar a responder qualquer pergunta do questionário. Com relação ao risco de perda de anonimato, as mulheres serão identificadas por siglas, os dados ficarão guardados pela pesquisadora por um período de cinco anos e posteriormente serão incinerados. Caso a entrevista seja realizada na residência será solicitado a paciente um horário mais adequado para a sua realização." (Formulário Plataforma Brasil, p. 4).

Já no TCLE, os riscos estão assim descritos: "Essa pesquisa pode lhe causar desconforto ou



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 2.423.902

constrangimento com as perguntas feitas na entrevista ou na exposição durante o exame clínico realizado na consulta de enfermagem ou na situação de algum teste rápido ter resultado positivo. Mas você pode se recusar a responder ou desistir de participar quando quiser sem nenhum prejuízo a você. Além disso, em caso de teste rápido positivo, poderão ocorrer alterações emocionais, onde a consulta só será finalizada após a sua estabilidade emocional. Se você achar necessário será solicitado que algum familiar ou pessoa próxima lhe acompanhe após a consulta. Também serão solicitados exames para confirmar ou não a doença e você será orientada e encaminhada ao serviço de referência para tratamento (que dispõe de equipe multidisciplinar com psicólogo, enfermeiro, infectologista, assistente social e farmacêutico) ou ser tratada pelo próprio serviço. Você também será orientada quanto ao local de realização dos exames. Os testes rápidos serão realizados com lancetas descartáveis. No local da punção poderá ocorrer à formação de um hematoma, além de dor leve, esses sintomas serão tratados pela própria pesquisadora."

Com relação aos benefícios, a proponente informa que: "A pesquisa trará benefícios já que não existem estudos relacionados à temática na população em questão, podendo assim reformular estratégias de prevenção tornando-as mais eficazes no serviço. O estudo tem relevância científica, pois poderá contribuir com a produção existente sobre a temática, reafirmando fatores de risco ou identificando novos fatores para a ocorrência de alterações citopatológicas. Além disso, ao realizar testes rápidos para Sífilis e HIV tipos 1 e 2, poderá identificar e encaminhar/ orientar as mulheres para tratamento imediato." (Formulário da Plataforma Brasil, p. 4).

No TCLE, os benefícios são: "você e outras pessoas poderão ser beneficiadas com mais conhecimento sobre sua saúde, e possibilitar a adoção de medidas de prevenção e tratamento das doenças estudadas, além disso, durante a consulta de enfermagem e realização dos testes rápidos poderão ser detectadas alterações importantes para a manutenção da sua saúde. O serviço onde você é atendido e outros semelhantes, também poderão utilizar os resultados para melhorar estratégias de prevenção a essa doença".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Consideramos que o projeto ora apresentado descreve com clareza o problema e a problemática da pesquisa, bem como os objetivos, referencial teórico e metodológico, além dos procedimentos de coleta e análise de dados, possibilitando uma segura análise de seus aspectos éticos.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 2.423.902

Ressaltamos os estigmas envolvidos com a descoberta do HIV e sífilis, os quais devem ser considerados pela pesquisadora. Considerando a situação de vulnerabilidade das mulheres com a possibilidade de descoberta, é recomendado a realização de aconselhamento, bem como a assinatura de um termo de consentimento específico para a realização destes testes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Encontram-se anexados ao formulário os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de rosto, assinada pela Diretora do Departamento de Saúde da UEFS;
- 2) Declaração da orientadora, comprometendo-se a observar a Resolução 466/2012;
- 4) Carta de anuência para realização da pesquisa, da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador;
- 5) TCLE.
- 6) Declaração dos agentes comunitários de saúde como colaboradores da pesquisa.
- 7) Declaração da gerente do Multicentro Liberdade, Srª Daniela Cardoso Santos Paixão, garantindo a assistência às mulheres que obtiverem resultado alterado para HIV tipos 1 e 2 e Declaração da gerente da USF San Martin, Srª Elisabete Lemos Rego Assunção, garantindo o atendimento das pacientes na USF San Martin com alterações dos testes rápidos que serão realizados na pesquisa.

Recomendações:

Acrescentar cabeçalho no TCLE com identificação da instituição proponente UEFS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12 e 510/2016. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 2.423.902

recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_053030.pdf	06/12/2017 21:01:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCep.doc	06/12/2017 20:56:45	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.docx	06/12/2017 20:58:00	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	parecersecretaria.jpg	05/12/2017 22:47:25	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	testes.pdf	07/11/2017 23:34:45	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	gerente.pdf	07/11/2017 23:33:45	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	semae.pdf	07/11/2017 23:32:45	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	acs10.pdf	07/11/2017 23:31:36	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	acs18.pdf	07/11/2017 23:30:46	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	acs17.pdf	07/11/2017 23:30:05	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	acs16.pdf	07/11/2017 23:29:29	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	acs15.pdf	07/11/2017 23:25:00	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	acs14.pdf	07/11/2017 23:23:45	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	acs13.pdf	07/11/2017	LYVIA MIRELLE	Aceito

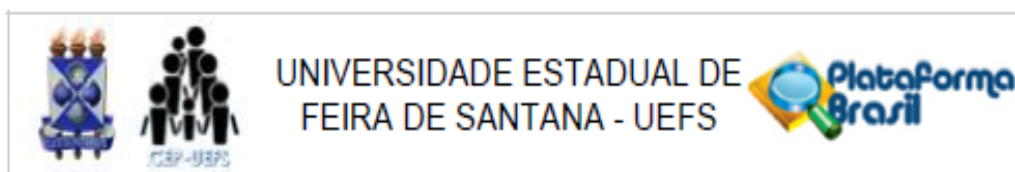


UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 2.423.902

Outros	acs13.pdf	23:22:53	CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	acs12.pdf	07/11/2017 23:22:09	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	acs11.pdf	07/11/2017 23:21:18	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	acs10.pdf	07/11/2017 23:20:16	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	acs9.pdf	07/11/2017 23:19:36	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	acs8.pdf	07/11/2017 23:19:09	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	acs7.pdf	07/11/2017 23:18:37	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	acs6.pdf	07/11/2017 23:17:31	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	acs5.pdf	07/11/2017 23:16:24	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	acs4.pdf	07/11/2017 23:14:27	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	acs3.pdf	07/11/2017 23:13:53	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	acs2.pdf	07/11/2017 23:13:02	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	acs1.pdf	07/11/2017 23:12:33	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Outros	OficioCEP.docx	07/11/2017 23:11:17	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoLyvia.jpeg	05/08/2017 20:55:43	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeanuencia.jpg	31/07/2017 20:01:28	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto.doc	31/07/2017	LYVIA MIRELLE	Aceito



Continuação do Parecer: 2.423.902

/ Brochura Investigador	Projeto.doc	19:48:19	CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	18/07/2017 20:48:28	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Folha de Rosto	Scanner_20170718.pdf	18/07/2017 20:25:33	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	18/07/2017 20:07:48	LYVIA MIRELLE CARNEIRO DE FRANCA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 07 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Pollyana Pereira Portela
 (Coordenador)