

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**FATORES DE RISCO ASSOCIADOS ÀS LESÕES
PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA
ILHA DE SANTA LUZIA-SERGIPE**

MARIETA CARDOSO GONÇALVES

ARACAJU
Julho - 2008

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**FATORES DE RISCO ASSOCIADOS ÀS LESÕES
PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA
ILHA DE SANTA LUZIA-SERGIPE**

Dissertação de mestrado submetida à banca examinadora como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente, na área de concentração em Saúde e Ambiente.

MARIÊTA CARDOSO GONÇALVES

Orientador: Professor Ricardo Fakhouri, D.Sc.

ARACAJU
Julho - 2008

G635f

Gonçalves, Marieta Cardoso

Fatores de risco associados às lesões precursoras do câncer do colo do útero na ilha de Santa Luzia-Sergipe. / Marieta Cardoso Gonçalves; orientador Ricardo Fakhouri. – Aracaju, 2008.

92 p.

Inclui bibliografias

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Tiradentes, 2008

1. Câncer do útero. 2. Neoplasia intra-epitelial cervical. 3. Fatores de risco. 4. Esfregaço vaginal. 5. Saúde da mulher. 6. Ginecologia. 7. Clínica médica. I. Fakhouri, Ricardo. II. Título.

CDU: 618.14-006

**FATORES DE RISCO ASSOCIADOS ÀS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO
COLO DO ÚTERO NA ILHA DE SANTA LUZIA-SERGIPE**

Mariêta Cardoso Gonçalves

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
AMBIENTE DA UNIVERSIDADE TIRADENTES COMO PARTE DOS REQUISITOS
NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE.

Aprovada por:

Ricardo Fakhouri, D.Sc.
Orientador

Valmira dos Santos, D.Sc.

Sonia Oliveira Lima, D.Sc.

Ricardo Luiz Cavalcante de Albuquerque Júnior, D.Sc.

Cláudia Moura de Melo, D.Sc.

ARACAJU
Julho - 2008

Aos meus queridos pais, Odemar Gonçalves e Joelina Cardoso Gonçalves, que estiveram presentes em todos os passos de minha vida, guiando-me, apoiando-me e, acima de tudo, amando-me incondicionalmente. Por tudo que fizeram pela minha formação educacional e moral.

*Só eu sei
As esquinas por que passei
Só eu sei
Os desertos que atravessei
Só eu sei
Sabe lá
O que é morrer de sede em frente ao mar...*

(Esquinas – Djavan)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, de quem recebi forças para enfrentar e vencer de forma tão natural, todas as barreiras encontradas em todas as etapas do mestrado;

Aos meus familiares, pelo apoio que me deram nos momentos mais difíceis e por compartilharem comigo os bons momentos;

À professora Dr^a Valmira dos Santos, amiga querida, que acompanha minha vida acadêmica, aconselhando-me e dando exemplos de vida humana e profissionalismo;

Ao professor Dr. Ricardo Fakhouri, meu orientador, que pacientemente percorreu esse caminho comigo, pelo apoio incondicional, confiança, e colaboração;

Ao professor Dr. Paulo Sérgio, pelo auxílio e contribuição inestimável nas análises estatísticas, além da atenção e amizade dispensadas;

A todos os professores do Programa de Mestrado em Saúde e Ambiente, que contribuíram para o meu crescimento profissional, em especial aos Ricardo Albuquerque e Claudia Moura;

De modo especial, agradeço a todas as mulheres, participantes voluntárias desta pesquisa, que me receberam e aceitaram a realização desta pesquisa, expondo seus estilos de vida, meu respeito e gratidão;

À Secretaria Municipal de Saúde de Barra dos Coqueiros - Se, por meio da Coordenação da estratégia Saúde da Família que apoiou a pesquisa e forneceu todos os dados solicitados;

Às enfermeiras das Equipes de Saúde da Família, às visitadoras sanitárias (Ana Luzia e Luzia Maria), e aos Agentes Comunitários de Saúde de Barra dos Coqueiros, que me auxiliaram na seleção dos controles, na confirmação e localização dos endereços das mulheres, no agendamento das entrevistas, o que possibilitou agilidade na pesquisa de campo e facilidade no contatos com as mulheres entrevistadas;

Aos profissionais que integram o ambulatório de genitoscopia do Centro de Referência da Mulher, em Aracaju - SE, que mesmo na rotina do seu dia-a-dia contribuíram de maneira indispensável, para realização desta pesquisa;

A Dr^a Joana Maria Barboza Martins e a Enfermeira Joanita Correa da Silva que me possibilitaram viver a experiência no ambulatório de genitoscopia, o qual me abriu o caminho para essa pesquisa;

Aos amigos do mestrado, pelos momentos de conhecimento e alegria compartilhados, em especial à Flávia Janôlio e Ana Guedes, por me fazer descobrir o verdadeiro sentido da palavra amizade;

A todos que direta ou indiretamente contribuíram com este trabalho.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sócio-demográficas das mulheres por variáveis com lesão intra-epitelial cervical em comparação caso e controle. Ilha de Santa Luzia-SE, 2007.....	34
Tabela 2. Características reprodutivas das mulheres com lesão intra-epitelial cervical nos grupos de casos e controle. Ilha de Santa Luzia - SE, 2007.....	35
Tabela 3. Características do ambiente social das mulheres com lesão intra-epitelial cervical nos grupos de casos e controle. Ilha de Santa Luzia - SE, 2007.....	36
Tabela 4. Distribuição das mulheres com lesão intra-epitelial cervical nos grupos de casos e controle, segundo acesso, frequência e intervalo de realização do preventivo de Papanicolaou. Barra dos Coqueiros - SE, 2007.....	37
Tabela 5. Odds ratios da associação entre SIL e demais variáveis. Ilha de Santa Luzia – SE, 2007.	38

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição dos fatores de sócio-demográficos em ordem decrescente do Odds Ratio por área de abrangência das equipes de saúde da família. Ilha de Santa Luzia – SE, 2007.....	38
Figura 2. Distribuição das características reprodutivas em ordem decrescente do Odds Ratio por área de abrangência das equipes de saúde da família. Ilha de Santa Luzia – SE, 2007.....	39
Figura 3. Distribuição das características do ambiente social em ordem decrescente do Odds Ratio por área de abrangência das equipes de saúde da família. Ilha de Santa Luzia – SE, 2007.....	40

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

CAF	- Cirurgia de Alta Frequência
CC	- Citologia cervicovaginal
CO	- Contraceptivo hormonal oral
DATASUS	- Divisão de informática do Sistema Único de Saúde
DIU	- Dispositivo intra-uterino
DNA	- Ácido desoxirribonucleico
DST	- Doenças sexualmente transmissíveis
ESF	- Equipe de Saúde da Família
HPV	- Papilomavírus humano
HSIL	- Lesão intra-epitelial escamosa de alto grau
IARC	- Internacional Academy of Cytology
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	- Intervalo de confiança
INCA	- Instituto Nacional do Câncer
JEC	- Junção escamocolumnar
LSIL	- Lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau
NIC	- Neoplasia intra-epitelial cervical
NIC I	- Neoplasia intra-epitelial cervical grau 1
NIC II	- Neoplasia intra-epitelial cervical grau 2
NIC III	- Neoplasia intra-epitelial cervical grau 3
NOAS	- Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB	- Norma Operacional Básica
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OR	- Razão de chance (Odds ratio)
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SIL	- Lesão intra-epitelial escamosa
SISCOLO	- Sistema de Informação de Controle do Colo do Útero
SUS	- Sistema Único de Saúde
ZTA	- Zona de transformação anormal
ZTN	- Zona de transformação

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS ÀS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA ILHA DE SANTA LUZIA-SERGIPE

Mariêta Cardoso Gonçalves

O câncer de colo de útero é uma das principais neoplasias, com significativa morbimortalidade, tendo como principal fator de risco, o *Papilomavírus Humano* e como cofatores: início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros, multiparidade, referência a doenças sexualmente transmissíveis, tabagismo, e baixo nível sócio-econômico. Essa pesquisa teve como objetivo verificar a associação entre os fatores sócio-demográficos, reprodutivos e a presença das lesões intra-epiteliais em mulheres da Ilha de Santa Luzia-Sergipe, submetidas a tratamento no ambulatório de referência estadual. Para tanto, realizou-se estudo tipo caso-controle com pareamento 3:1, no qual foram consideradas como grupo casos, mulheres em tratamento no ambulatório que residiam na Ilha e, como controles mulheres com citologia normal. Foram pareadas por idade (± 1), e local de moradia. Todas as mulheres responderam a um formulário padronizado para pesquisa de fatores sócio-demográficos, reprodutivos, ambiente social e acesso aos serviços de atenção à saúde da mulher. Na análise estatística utilizou-se o Epi-info, *odds ratio* com intervalo de confiança, testes qui-quadrado e teste exato de Fisher, ao nível de significância de 0,05. Todas as variáveis foram submetidas ao teste de Kolmogorov-Smirnov para a detecção da normalidade da amostra. Foram identificadas como fatores de risco, em ordem decrescente do Odds Ratio (OR) as variáveis: ausência de rotina na realização do teste de Papanicolaou (OR=7,45; IC95%:3,84-4,43), menarca ≤ 12 anos (OR=2,65; IC95%:1,39-5,03), uso de método contraceptivo (OR= 2,41; IC95%: 1,31-4,45) número de filhos ≥ 3 (OR=2,1; IC95%:1,13-3,92). Este estudo sinaliza os grupos que apresentam maior probabilidade de desenvolver lesões intra-epiteliais escamosas, quais sejam aquelas que tiveram menarca precoce, com antecedentes de DST, três ou mais filhos, que fazem uso de contraceptivos, que tiveram três ou mais parceiros nos últimos três anos, residem em moradia inadequada, sem acesso a água tratada, saneamento domiciliar, destino inadequado do lixo, além de não realizarem o teste de Papanicolaou regularmente.

Palavras-chave: Neoplasia intra-epitelial cervical, fatores de risco, esfregaço vaginal, estilo de vida, saúde da mulher.

FACTORS OF RISK ASSOCIATES TO THE PRECURSORY LESION OF THE CANCER OF
THE UTERINE CERVIX IN THE ISLAND OF SANTA LUZIA-SERGIPE

Mariêta Cardoso Gonçalves

The cancer of the uterine cervix is the leading cancers, with significant morbidity and mortality, with the main factor of risk, human papillomavirus and as co-factors: early onset of sexual activity, multiple partners, many children, referring to sexually transmitted diseases, smoking, and low socio-economic level. It was aimed to check the association between socio-demographic factors, and reproductive and the presence of intraepithelial lesion in women in the island of Santa Luzia - Sergipe, undergoing treatment at the clinic of reference state. For both, there was case-control study type pairing with 3:1, in which cases were considered as a group, women undergoing treatment at the clinic who lived on the Island and, in the control group women with normal cytology. They were matched by age (± 1), and place of residence. All the women had answered to a standardized form for research of partner-demographic, reproductive factors, social environment and access to the services of attention to the health of the woman. In the statistical analysis used to the Epi-info, odds ratio with confidence interval, Chi-square and Fisher exact test, the significance level of 0.05. All variables were submitted to the Kolmogorov-Smirnov test to detect the normality of the sample. They were identified as risk factors, in descending order of Odds Ratio (OR) variables: absence of routine in the accomplishment of the test of Papanicolaou (OR=7.45, CI 95%: 3.84-4.43), menarche ≤ 12 years (OR = 2.65; CI95% :1.39-5.03), method of used contraception (OR= 2.41; IC95%: 1.31-4.45), the number of children ≥ 3 (OR = 2.1; CI 95%: 1.13-3.92), initiation of sexual activity $\leq$ to 16 years (OR = 2.05; CI 95%: 1.09-3.92). This study it signals the groups that present greater probability to develop squamous intraepithelial lesion, which are those that had had precocious menarche, with antecedents of TSD, three or more children, whom they make contraceptive use, that had had three or more partner in last the three years, inhabit in inadequate housing, without access the treated water, domiciliary sanitation, inadequate destination of the garbage, beyond not carrying through the test of Papanicolaou regularly.

Keywords: Cervical intraepithelial neoplasia, risk factors, vaginal smears, life style, women's health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1. Situação Epidemiológica do Câncer do Colo do Útero.....	16
2.2. Lesões Intra-Epiteliais Escamosas.....	18
2.3. Fatores de Risco Associados às Lesões Intra-Epiteliais Escamosas	20
3. MATERIAIS E MÉTODOS	29
3.1. Caracterização dos Locais do Estudo.....	31
4. RESULTADOS	34
5. DISCUSSÃO	41
6. CONCLUSÕES	45
REFERÊNCIAS.....	47
7. ARTIGO.....	54
APÊNDICES/ANEXOS	74
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	75
APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DOS CASOS	76
APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DOS CONTROLES	77
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIA DO PROJETO DE PESQUISA	78
ANEXO B - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DO AMBIENTE SOCIAL DOS CASOS E CONTROLES	80
ANEXO C - MAPA DO MUNICÍPIO DE BARRA DOS COQUEIROS.....	81
ANEXO D - NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA PARA ELABORAÇÃO DO ARTIGO	82

1. INTRODUÇÃO

O câncer do cérvico uterino é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, com incidência duas vezes maior em países em desenvolvimento comparados aos desenvolvidos. No ano 2008, estima-se para o Brasil um risco de 19 casos para cada 100 mil mulheres. Existe variação na incidência regional no país, sendo mais incidente na região norte (BRASIL, 2007a).

A ocorrência deste tipo de câncer torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico geralmente na faixa etária de 45 a 49. (BRASIL, 2006c). A sobrevida média estimada em cinco anos varia de 59 a 69% em países desenvolvidos, enquanto que nos países em desenvolvimento os casos são diagnosticados em estágios avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é de cerca de 50% após cinco anos (SMELTZER; BARE, 2005; BRASIL, 2007a).

O câncer do colo uterino é uma doença de evolução longa, que se inicia com lesões precursoras, as quais podem evoluir para um processo invasivo em um período médio de 10 a 20 anos. É possível interromper seu curso a partir de diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Dentre todos os tipos de câncer é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando próximo a 100%, quando diagnosticado precocemente, e podendo ser tratado em nível ambulatorial em cerca de 80% (DEROSSI *et al.*, 2001).

Sabe-se que para o surgimento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras, a condição necessária, mas não suficiente, é a presença de infecção por um dos 15 tipos oncogênicos do *Papilomavírus humano* (HPV). Este vírus está presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero e é, atualmente, a doença sexualmente transmissível (DST) mais freqüente (BOSCH *et al.*, 1997; SYRJÄNEN; SYRJÄNEN, 2000; FRANCO *et al.*, 2001).

Alguns fatores, como idade precoce do início da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, multiparidade, tabagismo (diretamente relacionados à quantidade de cigarros fumados), higiene íntima inadequada, história de infecções sexualmente transmissíveis, uso prolongado de contraceptivos orais, fatores dietéticos e imunossupressão, têm sido sinalizados como co-fatores que favorecem a persistência da infecção por HPV e do risco para as lesões precursoras e o carcinoma cervical (DERCHAIN *et al.*, 1999; BRITO *et al.*, 2000; SYRJÄNEN; SYRJÄNEN, 2000; KJELLBERG; HALLMANS, 2000; BRASIL, 2002b; MORENO *et al.*, 2002; MONSONEGO *et al.*, 2004).

Uma característica do câncer do colo do útero é sua consistente associação, em todas as regiões do mundo, com o baixo nível sócio-econômico e cultural, ou seja, com os

grupos que têm maior vulnerabilidade social, acentuada pela dificuldade de acesso à rede de serviços de saúde, quer por questões geográficas ou por questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros (BRASIL, 2002b).

O controle do câncer cervical no Brasil representa, atualmente, um dos grandes desafios para a saúde pública. A magnitude desse desafio é resultado da falta de uma política nacional que permita a articulação das diferentes etapas do programa (recrutamento/busca ativa das mulheres, coleta, citopatologia, controle da qualidade, tratamento dos casos positivos, capacitação de recursos humanos (profissionais de saúde da rede de serviços), normatização de procedimentos e motivação da mulher para cuidar da saúde.

Apesar do conhecimento dos fatores de risco associados ao câncer do colo do útero, do tratamento de suas lesões precursoras e das tecnologias de controle, esta patologia ainda se configura como importante tema para estudo devido à crescente exposição da população a fatores de riscos ambientais e adoção de estilo de vida não saudáveis, associados ao desconhecimento das mulheres e dos profissionais da saúde. Assim, parece fundamental que se envidem esforços para reduzir a incidência das lesões precursoras, como forma eficaz de minimizar os riscos das lesões invasivas.

Em relação às lesões intra-epiteliais escamosas, o estado de Sergipe, situado na região nordeste do Brasil, não dispõe de estudos nos quais as relações causais tenham sido epidemiologicamente investigadas. Ressalta-se que este estado, apresenta uma das maiores estimativas de casos novos (22,9 casos novos para 100 mil mulheres) na região nordeste para o ano 2007 (BRASIL, 2005b).

A partir da observação de vários casos de lesões intra-epiteliais cervicais no Ambulatório de Genitoscopia do Centro de Referência da Mulher (SE), e considerando o desconhecimento das mulheres e dos profissionais quanto à magnitude da associação entre lesões precursoras de câncer cervical e seus fatores de risco, buscou-se essa pesquisa partir da questão norteadora: Quais os fatores associados à presença destas alterações em portadoras de lesões precursoras de câncer cervical?

Neste contexto, este estudo teve como objetivo principal verificar a associação entre os fatores sócio-demográficos, reprodutivos, estilo de vida e a presença das lesões intra-epiteliais em mulheres da Ilha de Santa Luzia, submetidas a tratamento no Ambulatório de Genitoscopia do Centro de Referência da Mulher no estado de Sergipe. Igualmente, objetiva-se, especificamente, identificar os fatores de maior prevalência; selecionar as áreas de abrangência em que se concentram os grupos de maior risco de acometimento das lesões precursoras; identificar, em cada área de abrangência das equipes de saúde da família, os fatores de risco encontrados; investigar a associação entre as lesões precursoras e os fatores sócio-demográficos, reprodutivos, estilo de vida e o ambiente social.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Situação Epidemiológica do Câncer do Colo do Útero

O câncer invasor do colo uterino é reconhecido pela Organização Pan-americana da Saúde como grave problema de saúde pública na América Latina e no Caribe, com prioridade na formulação de políticas de controle, por apresentar um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, caracterizado pela evolução lenta e pela presença das fases pré-clínicas detectáveis e curáveis (BRASIL, 2002b).

Aproximadamente 471.000 novos casos de câncer cervical são diagnosticados no mundo a cada ano, sendo responsável por cerca de 230.000 óbitos (OPAS - Organização Pan-americana de Saúde, 2002). Quatro de cinco novos casos de câncer cervical bem como a maioria das mortes ocorrem nos países em desenvolvimento (FERENCZY; FRANCO, 2002).

Na América Latina, Caribe, Sudeste Asiático e África, as taxas de incidência são geralmente altas (em torno de 30 por 100.000 mulheres), enquanto que as mais baixas incidências, em torno de 14 por 100.000 mulheres, são encontradas na América do Norte, Austrália, Norte e Oeste Europeu (FRANCO *et al.*, 2001).

Durante os últimos 20 anos, a incidência e a mortalidade do câncer do colo do útero apresenta declínio acentuado nos países que investiram em programas de rastreamento eficaz com cobertura variando entre 75% a 80% da população em risco. Observa-se nesses países um aumento significativo na incidência das lesões intra-epiteliais escamosas e glandulares (BRASIL, 2002b; BLOT, 2005).

Os Estados Unidos reduziram as taxas de incidência de 14,2 casos para 7,8 para cada 100.000 mulheres, após implantar programas de rastreamento eficaz. Embora seja ainda o terceiro câncer feminino mais comum, afetando aproximadamente 13.000 mulheres a cada ano, segundo informações da American Cancer Society em 2002, aproximadamente 50% de todas as mulheres com diagnóstico de câncer cervical nunca realizaram um exame citopatológico (MOLPUS; JONES, 2005; SMELTZER; BARE, 2005).

Quinze anos após a implementação dos programas de rastreamento, a redução nas taxas de mortalidade por câncer de colo uterino nestes países foi diretamente proporcional à cobertura por eles alcançada. O declínio na taxa de mortalidade por faixa etária nos três países onde os programas alcançavam cobertura superior a 70% da população alvo, foi de 77% na Islândia e Finlândia, e de 63%, na Suécia. Esta redução foi menor na Dinamarca (53%) e na Noruega (23%), onde a cobertura do rastreamento era

respectivamente de 35% e 3% da população com idade entre 25 e 60 anos (BRASIL, 2002b).

No Brasil, é a neoplasia maligna de maior acometimento do trato genital feminino, destacando-se como o segundo câncer mais incidente na mulher, excluindo-se os tumores de pele não melanoma, que correspondem a 11% dos tumores no gênero feminino (BRASIL, 2006a).

A distribuição dos casos novos é bem heterogênea entre os estados e capitais nas diversas regiões brasileiras. As variações regionais na incidência do câncer de colo uterino resultam do perfil de exposição aos fatores de risco e pelas diferenças de capacidade diagnóstica dos serviços de saúde (Brasil, 2006a).

Estimativas de casos novos por 100.000 mulheres em 2007 indicaram para a região sul 27,8 casos no ano, na região norte 21,8 casos novos, 21,4 casos na região centro-oeste, na região sudeste 19,6 casos e 16,7 casos na região nordeste. As maiores taxas de incidência na região nordeste foram encontradas em Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe (BRASIL, 2005b).

Em países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos varia de 59 a 69%. A taxa de sobrevida para o câncer in situ é de 100%, enquanto que para as mulheres com diagnóstico em estágios mais avançado do câncer cervical, a taxa de sobrevida diminui sensivelmente (BRASIL, 2003; SMELTZER; BARE, 2005).

As taxas de mortalidade do câncer de colo de útero nos países desenvolvidos demonstram uma redução acentuada, ao contrário do Brasil, onde continuam altas, podendo sinalizar tanto um aumento no número de óbitos quanto melhoria na qualidade da informação (BRASIL, 2005b).

A mortalidade por esse câncer no Brasil vem apresentando uma contínua e sustentada variação crescente a partir de 1979 com taxa de 3,44 por 100.000 mulheres para 4,45 por 100.000 mulheres em 1998, representando uma variação percentual de 23% em dez anos. No período compreendido entre 1998 e 2004, a mortalidade permaneceu estável, com taxa de 4,8 por 100.000 mulheres no ano 2004 (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2005b).

Na última década, observou-se um aumento na mortalidade por câncer do colo uterino no estado de Sergipe. De acordo com os dados disponíveis no Atlas da mortalidade por câncer no Brasil, esta taxa foi de 3,14 mortes por 100.000 mulheres em 1995 e 4,18 mortes em 1999. Essa tendência de aumento do risco de morte continua em 2004 com taxa de 6,49 mortes por 100.000 (BRASIL, 2006d).

Todavia, estes números podem estar subestimados, tendo em vista os óbitos atestados explicando a causa direta, sem explicitar a doença primária (GUEDES, 2002). Além de existirem óbitos notificados como causa mal definida e casos notificados de câncer sem especificar se de colo ou corpo uterino (BRASIL, 2007b).

A incidência e a mortalidade por câncer do colo do útero em Sergipe podem ser consideradas altas, se comparadas às de países com programa eficazes de controle que apresentam incidência menor que 10 casos por 100.000 mulheres (IARC, 2001 *apud* BEZERRA, 2007).

A literatura especializada é abundante em dados epidemiológicos acerca do câncer cérvico uterino, escasso em relação à incidência das lesões precursoras na população (SILVEIRA; PESSINI, 1998). Segundo Molpus e Jones III (2005), a incidência das lesões intra-epiteliais (SIL) torna-se evidente à medida que o câncer cervical torna-se raro em decorrência da atuação dos programas de controle.

2.2. Lesões Intra-Epiteliais Escamosas

Lesão precursora do câncer cervical refere-se à lesão com histologia semelhante ao câncer correspondente, com a constatação de possível e provável evolução para a malignidade. Tem como características dominantes a imaturidade celular, desorganização celular, anormalidades nucleares e aumento da atividade mitótica, com possibilidade de prevenção e controle a partir da descoberta da colposcopia (Hinselmann), teste com iodo (Schiller) e os estudos de Papanicolaou, nas décadas de 20 e 30 (SILVANY FILHO, 1998).

O termo displasia, para descrever as lesões precursoras, foi introduzido em 1953. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), displasia é uma lesão proliferativa com maturação celular anormal e atipias de graus variados que substituem parte ou toda espessura do epitélio cervical escamoso. Classificou-as em leve, moderada e grave. O carcinoma in situ não foi excluído do grupo das displasias (HATCH; HACKER, 2005).

Richart (1967), propôs o conceito de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) para caracterizar as lesões precursoras do câncer do colo. São divididas em três graus NIC I, NIC II, e NIC III, incluindo o carcinoma in situ visando estabelecer prognóstico. Histologicamente, a NIC I é caracterizada por atipias celulares no terço inferior do epitélio escamoso. Na NIC II, o comprometimento dessa desorganização ocupa os dois terços inferiores e na NIC III, as atipias comprometem mais de dois terços de toda a espessura do epitélio escamoso (SILVEIRA; PESSINI, 1998).

No entanto, há diversas sugestões de classificação em apenas dois graus. Dentre essas, o Sistema Bethesda classifica os resultados anormais do exame de Papanicolaou em lesão intra-epitelial de baixo grau – *Low Squamous Intraepithelial Lesion* - LSIL e lesão intra-epitelial escamosa de alto grau – *High Squamous Intraepithelial Lesion* – HSIL. A lesão intra-epitelial de baixo grau compreende NIC I e alterações compatíveis com HPV, enquanto a lesão intra-epitelial de alto grau refere a NIC II e NIC III (SOLOMON *et al.*, 2002; BRASIL, 2006f; HATCH; HACKER, 2005).

O colo uterino é um cilindro muscular, com luz no sentido longitudinal, recoberto por dois epitélios: epidermóide (escamoso) que reveste, em condições normais, a área do colo visível no fundo da vagina, com funções de proteção mecânica, em face da estratificação celular, e biológica, pela ação do ácido láctico que mantém a acidez vaginal, resultante da interação do glicogênio dessas células com os bacilos Döderlein; o epitélio glandular reveste o canal cervical, desde a ectocérvice (orifício externo), limite com o epitélio escamoso, até a endocérvice (orifício interno), na junção com o endométrio, tendo função de proteger a cavidade uterina pela liberação do muco. Entre os dois epitélios existe uma zona de transição denominada junção escamo-colunar (JEC) onde costumam ocorrer os fenômenos de metaplasia típicos e atípicos (SILVEIRA; PESSINI, 1998).

A localização da JEC pode-se alterar, principalmente, em função das ações hormonais. Sob a ação do estrogênio e do progesterona, identificada na gestação e no uso de contraceptivos orais, há uma tendência para ectopia, ou seja, a JEC localiza-se fora do orifício externo do colo, expondo o epitélio às agressões físicas do coito, às químicas da acidez vaginal, às agressões bacterianas e virais. Na ausência de estrogênio, que ocorre no climatério, o processo atrófico leva a JEC para o interior do canal cervical, tornando impossível sua visualização, assim como as alterações que possam ter ocorrido nesse nível. É nessa zona que são localizados mais de 90% dos cânceres do colo do útero (BRASIL, 2002b).

O conhecimento epidemiológico disponível afirma que existe uma progressão contínua da SIL, desde a lesão de baixo grau até o carcinoma invasor. Entretanto, estudos prospectivos têm deixado em evidência a possibilidade de que em alguns casos, a origem da HSIL não seja precedida por alterações de baixo grau (WOODMAN *et al.*, 2001). Para outros autores, é improvável que a LSIL evolua para alto grau e depois para câncer invasor (PINTO; CRISTOPHER, 2000).

As lesões intra-epiteliais escamosas, em geral, têm processo evolutivo desigual e lento, podendo regredir, permanecer inalteradas ou sofrer progressão. Na verdade, a maior parte das lesões precursoras iniciais regride espontaneamente. Uma variedade de taxas de regressão e progressão tem sido publicada, justificadas em parte por diferentes metodologias aplicadas entre os estudos (LAGO, 2004).

Em estudo realizado sobre a revisão de trabalhos publicados em 1950 a 1990, sobre a história natural das lesões precursoras concluíram que a probabilidade de um epitélio atípico evoluir para câncer invasor é diretamente proporcional à severidade da atipia. Entretanto, esta progressão não é irreversível, ocorrendo com frequência regressão para estágios anteriores. Nesse estudo, NIC II regrediram espontaneamente em 43% dos casos, 35% persistiram como tal, 22% dos casos evoluíram para câncer *in situ* e 5% para câncer

invasor. Enquanto que, NIC III regrediram em 32% dos casos, 56% persistiram no mesmo estágio, e 12% evoluíram para câncer invasor (ÖSTÖR, 1993 *apud* GUEDES, 2002).

Estudo de coorte realizado no Brasil revelou que entre as mulheres acompanhadas por um serviço público em São Paulo, no período de 1993 – 1997 que apresentaram LSIL, 9,3% evoluíram para HSIL ou lesão mais grave, com tempo médio de progressão de 85,7 meses. A grande maioria das mulheres apresentou regressão das lesões, em 88,1% das lesões de baixo grau, e em 81,3% das lesões de alto grau (FRANCO *et al.*, 1999).

Em relação ao diagnóstico citopatológico, a LSIL apresenta 15% a 30% de chance de biópsia compatível com NIC II e NIC III, considerando que cerca de 60%, dessa lesão, vão apresentar regressão espontânea, 30% podem persistir como tal, 10% evoluirão para HSIL e cerca de 1% para câncer invasor, enquanto que aproximadamente 70% a 75% dos diagnósticos de citopatológico de HSIL apresentam confirmação diagnóstica histopatológica e de 1% a 2% terão diagnóstico histopatológico de carcinoma invasor (BRASIL, 2006f).

As lesões intra-epiteliais escamosas têm origem nas células metaplásicas imaturas que provavelmente se alteram em virtude da associação entre agentes oncogênicos, perturbações imunitárias e características epidemiológicas (FOCCHI; RIBALTA, 1998; SCHIFFMAN *et al.*, 2000).

2.3. Fatores de Risco Associados às Lesões Intra-Epiteliais Escamosas

O câncer é um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Essas transformações são resultantes da ação de substâncias chamadas carcinógenos, que podem ser físicas, químicas e biológicas, encontradas no meio ambiente e nos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. Estes fatores têm sido relacionados com o desenvolvimento da doença em 80% a 90% dos casos, o restante é explicado pelas alterações genéticas herdadas (BRASIL, 2002b).

No meio ambiente é que se encontra a maioria dos agentes carcinogênicos humanos. Entende-se por ambiente o meio natural (água, terra e ar), ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida), ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), ambiente de consumo (alimentos, medicamentos). Assim, os diferentes tipos de câncer são

consequências das alterações ambientais, quer nos hábitos individuais, quer nas práticas industriais (CARESTIATO, 2003).

Os principais fatores ambientais relatados pela literatura especializada, associados ao câncer, são: tabagismo; exposição excessiva ao sol; hábitos alimentares, principalmente o consumo de alimentos ricos em gorduras, nitritos e alcatrão; o alcoolismo; comportamento sexual, com ênfase no início precoce da atividade sexual, número de parceiros; exposição ocupacional a agentes químicos, físicos ou biológicos; agentes infecciosos e parasitários; poluição do ambiente em geral; medicamentos que podem causar efeito carcinogênico, ou supressores imunológicos (BRASIL, 2002b)

Atualmente, diversos estudos sinalizam como principais causas do câncer, o processo de urbanização, considerado fator responsável por aproximadamente 80% dos casos, principalmente pelo processo de industrialização, e, conseqüentemente, a poluição, assim como o aumento da expectativa de vida, ou seja, o envelhecimento da população, resultante das ações de promoção e recuperação da saúde. Essas causas propiciam a exposição contínua a fatores ambientais e mudanças de comportamento responsáveis pela carcinogênese (BRASIL, 2002a; OLIVEIRA JUNIOR; CESSE, 2005).

O Brasil, a partir da década de 1960, passou a sofrer mudanças sociais provocadas pelo processo de industrialização, tais como: queda abrupta da taxa de natalidade, alinhando-se à taxa de mortalidade; controle das doenças infecto-parasitárias, provocando aumento da expectativa de vida ao nascer, e por conseqüência, elevação da curva de mortalidade por doenças não transmissíveis. A importância do câncer vem aumentando à medida que ocorrem progressos tecnológicos na prevenção e no diagnóstico precoce; aumento de recursos financeiros, representando ônus institucional e social; controle de outras doenças e o acesso da população aos serviços de saúde (BRENNAN *et al.*, 2001).

Em relação ao processo da patogênese do câncer cervical e das lesões precursoras, vários fatores de risco freqüentemente vêm sendo divulgados na literatura mundial nos últimos 30 anos. Entende-se por fator de risco, do ponto de vista epidemiológico, a probabilidade de que indivíduos sem uma doença, mas expostos a determinados fatores venham a adquiri-la (BRASIL, 2002a). Sua análise configura-se como uma das armas mais poderosas que a epidemiologia fornece para avaliação das hipóteses relativas à etiologia das doenças (GOMES, 2003).

O surgimento das lesões precursoras e do câncer do colo do útero, uma vez que possuem os mesmos fatores de risco, estão atrelados ao estilo de vida sobrecarregado e estressante da mulher contemporânea que tem acumulado as funções de mãe e provedora do lar. Tal realidade associada ao descuido quanto aos hábitos alimentares, ausência de atividade física e consumo de substâncias tóxicas ao organismo justifica o perfil

epidemiológico da doença nas mulheres (BRASIL, 2006d; LIMA *et al.*, 2006). Associadas a isso, a liberdade e a independência feminina ao longo dos séculos, promovida pelo uso de contraceptivo hormonal oral, instigaram as mulheres a iniciar a vida sexual precocemente, acumulando um maior número de parceiros, contribuindo desta forma, para o aumento das DST e indiretamente para a SIL (MURTA *et al.*, 1999).

A maior incidência das DSTs e SIL, acomete mulheres com idade até 30 anos. Esse cenário vem sendo modificado gradativamente, e as lesões precursoras estão ocorrendo cada vez mais precocemente, devida à iniciação cada vez mais antecipada da atividade sexual, associando-se a vulnerabilidade biológica às infecções sexualmente transmissíveis (BEZERRA *et al.*, 2005).

O início precoce da atividade sexual (sexarca) tem sido evidenciado, em vários estudos como fator de risco para SIL, sinalizando que se o mesmo ocorrer antes dos 16 anos (14 e 15 anos), dobra-se o risco de desenvolvimento das lesões precursoras e do câncer do colo uterino comparado com aquelas que iniciaram depois dos 20 anos (SILVEIRA; PESSINI, 1998; MUÑOZ *et al.*, 2003). Isto, provavelmente em razão da maior vulnerabilidade do epitélio cervical na adolescência, consequência da metaplasia própria da idade. Outra possibilidade é de que essas mulheres, ao iniciarem precocemente a atividade sexual, estejam também expostas ao HPV (MORELLE, 2000).

Murta e colaboradores (1999), estudando cento e setenta prontuários médicos de mulheres portadoras de câncer do colo uterino, no período de 1990 a 1995, mostraram que 55,5% iniciaram atividade sexual antes dos 18 anos. A precocidade da sexarca vem ocorrendo ao longo do tempo, fato este, comprovado por Nascimento e colaboradores (2005), estudando um grupo de adolescentes na cidade do Rio de Janeiro, no período de 1998 a 2004, onde se observou a ocorrência da sexarca mais precocemente (média igual a 15 anos) que nas gerações anteriores, independente do estrato social ao qual pertence.

A incidência das lesões precursoras está diretamente relacionada ao número de parceiros sexuais masculinos. Sugere-se que o homem seja o reservatório de DNA HPV, armazenando-os em seu pênis e disseminando-os. Há risco cinco vezes maior em mulheres com dois parceiros ou mais antes de completar 20 anos. O risco da aquisição do HPV aumenta em paralelo com o número de parceiros sexuais, variando de 17% em mulheres com um parceiro, até 83% em mulheres com cinco parceiros (KJELLBERG; HALLMANS, 2000).

A incidência é maior quando o parceiro sexual é de baixo nível socioeconômico ou quando mantém relações extraconjugais, principalmente com profissionais do sexo (ROMBALDI *et al.*, 2006). O número de parceiros sexuais maior ou igual a quatro nos últimos seis a doze meses e a promiscuidade do parceiro sexual são fatores de risco importantes para aquisição da infecção por HPV (MUÑOZ *et al.*, 2003).

Rombaldi e colaboradores (2006) estudaram a prevalência de HPV nos homens e os fatores determinantes da infecção em parceiros sexuais de mulheres com alterações citopatológicas de SIL. Nessa investigação, 54,5% dos parceiros sexuais eram positivos para o DNA de HPV. O estudo detectou associação estatística significativa entre a infecção e o número médio de parceiras sexuais que o homem teve durante a vida.

Estudos recentes demonstram que o HPV tem papel importante no desenvolvimento da SIL e na sua transformação em células cancerosas. Este vírus está presente em mais de 95% dos casos de câncer do colo do útero e é, atualmente, a doença sexualmente transmissível (DST) mais freqüente. É transmitido sexualmente, sendo mais prevalente em mulheres com iniciação sexual precoce, e com múltiplos parceiros. Entretanto, nem todas as mulheres infectadas pelo HPV progredirão para câncer e mesmo a SIL pode apresentar regressão espontânea (FRANCO *et al.*, 1999; SYRJÄNEN; SYRJÄNEN, 2000; BRASIL, 2006b).

Observa-se maior prevalência da infecção por HPV em mulheres jovens (10 a 40%), decorrente do incremento da atividade sexual em idade precoce, podendo, entretanto as lesões regredir espontaneamente ou, dependendo dos co-fatores, progredirem para HSIL ou para o câncer do colo uterino. A redução progressiva da prevalência da infecção após os 30 a 40 anos de idade pode estar relacionada à transitoriedade da infecção, à menor exposição e/ou aquisição de imunidade. Todavia, em algumas regiões verifica-se um aumento na prevalência do HPV em mulher menopausada (BRASIL, 2006b).

A infecção pelo HPV ocorre quando uma partícula viral penetra na camada basal da cérvix uterina, em especial na junção escamo-colunar ou em regiões com micro lesões, resultante de abrasão que pode ocorrer durante o intercursos sexual. Após o período de incubação, que varia de meses a anos, podem surgir manifestações clínicas como lesões vegetantes (verrugas) e até o câncer cervical (PINTO *et al.*, 2002).

Essa infecção pode regredir espontaneamente ou evoluir para LSIL cuja progressão resultaria na HSIL e, excepcionalmente, no câncer cérvico uterino invasor. Admite-se também a evolução direta da infecção por HPV diretamente para a lesão de alto grau. A progressão da SIL não é um processo irreversível, podendo ocorrer a regressão espontânea (BRASIL, 2006c).

A infecção por HPV de alto risco foi encontrada em aproximadamente 80% das mulheres com HSIL. Aproximadamente 15 a 30% das mulheres com diagnóstico citológico de LSIL podem ter lesão compatível com lesão de alto grau na biopsia (WRIGHT *et al.*, 2002).

Borges e colaboradores (2004), em estudo transversal em cento e dez mulheres com diagnóstico de lesão intra-epitelial cervical por meio de citologia oncológica e ou biópsia,

foi detectado HPV de alto risco oncogênico em 77,3% da população, sendo de 85,9% nas mulheres com diagnóstico de HSIL.

Em estudo realizado no município do Rio de Janeiro, em mulheres atendidas em serviços ginecológicos do sistema de saúde público e privado, a infecção por HPV foi encontrada, respectivamente, em 93,1% dos casos atendidos no setor privado e 94,4% casos no setor público (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Sabe-se que a infecção por HPV não é causa suficiente para desenvolver as lesões intra-epiteliais, nem o câncer de colo do útero. Os principais co-fatores que contribuem para aumentar o risco incluem os ambientais (uso de anticoncepcionais orais, tabagismo, infecção concomitante pelo vírus da imunodeficiência humana ou outros agentes sexualmente transmissíveis), os relacionados ao vírus (tipo viral, carga viral) e os fatores relacionados ao hospedeiro (idade precoce do início da atividade sexual, paridade, multiplicidade de parceiros sexuais, resposta imunológica e determinantes genéticos) (DERCHAIN *et al.*, 1999; SYRJÄNEN; SYRJÄNEN, 2000; BRITO *et al.*, 2000; KJELLBERG; HALLMANS, 2000; BRASIL, 2002b; MORENO *et al.*, 2002; SOUZA, 2004; MONSONEGO *et al.*, 2004).

É bastante contraditória a associação entre contraceptivo hormonal (CO) e a SIL (NASCIMENTO *et al.*, 2005). Constata-se esta associação em mulheres positivas para HPV que fazem uso de contraceptivo oral por longo período (maior que 5-6 anos) (ELUF-NETO; NASCIMENTO, 2001; HILDESHEIM, 2001; MORENO *et al.*, 2002).

Conjetura-se que a mulher que faz uso de contraceptivo oral apresenta menor probabilidade de usar, concomitantemente, métodos de barreira, elevando o risco de exposição ao HPV, reduzindo assim, o risco do contraceptivo oral de forma independente (SILVA *et al.*, 2006; FREITAS *et al.*, 2006). Entretanto, são as usuárias de CO que buscam assistência à saúde com maior frequência nas unidades de saúde quando comparadas com as não usuárias (PEREIRA, 2006).

Estudos demonstram que a contracepção oral prolongada está associada ao desenvolvimento da HSIL (KRUGER-KJAER *et al.*, 1998). Presume-se que os anticoncepcionais orais induzem a uma deficiência local de ácido fólico que interfere na síntese do DNA, aumentando a susceptibilidade das células ao vírus oncogênico ou agentes químicos carcinogênicos, resultando em um fator de risco para lesão intra-epitelial cervical (KJELLBERG; HALLMANS, 2000; CASTELLSAGUE *et al.*, 2003). No entanto, não há estudos com dados suficientes que permitam comprovar esta correlação (RAMOS; TUBAKI, 2005).

O tabagismo como fator de risco para SIL está relacionado à exposição, à idade em que se inicia e ao período e frequência de consumo de cigarro. Apresenta um risco relativo entre três a sete vezes maior em tabagista quando comparadas às não tabagistas, principalmente entre as mais jovens (PINTO *et al.*, 2002).

O tabagismo reduz a quantidade e as funções das células de Langherans, responsáveis pela ativação da imunidade celular local contra o HPV. Os metabólicos da nicotina podem ser encontrados no muco cervical (BURD, 2003).

Recorre-se a dois mecanismos para explicar a contribuição do tabagismo na oncogênese cervical. O primeiro mecanismo, a exposição direta do DNA das células epiteliais à nicotina e cotidina, presentes no tabaco, provocando um efeito mitogênico, causando dano no DNA. O segundo seria a alteração no sistema imunológico periférico, caracterizado por redução do número das células de Langherans, diminuição do número e das atividades dos linfócitos, baixos níveis sanguíneos de imunoglobulinas (PINTO *et al.*, 2002).

A multiparidade (número de filhos) é um dos fatores de risco para ocorrência das lesões precursoras. A ocorrência de partos antes dos 20 anos é um fator de risco consistente para SIL em mulheres que têm DNA do HPV. Este risco dobra nas mulheres que tiveram quatro filhos, quando comparado com as que tiveram um ou nenhum filho. Mulheres com sete ou mais gestações apresentam um risco de 3,9 vezes maior quando comparadas com mulheres nulíparas. A explicação possível seria o trauma à cérvix durante o parto, ou o aumento da susceptibilidade à infecção resultante da imunossupressão, influências hormonais e deficiências dietéticas. Embora ainda não seja suficientemente comprovada (BURD, 2003; MUÑOZ *et al.*, 2003).

A multigestação associada às condições socioeconômicas precárias pode debilitar o organismo da mulher, além de dificultar o acesso aos serviços de saúde (assistência ginecológica preventiva e assistência obstétrica), contribuem para aumentar a incidência de SIL entre as múltiparas (FRANCO *et al.*, 2001).

As doenças sexualmente transmissíveis provocadas por *Herpes simples*, *Chlamydia trachomatis*, *gonorréia*, *Trichomonas vaginalis* podem levar ao desenvolvimento de SIL (BURD, 2003). Mulheres com DST, acompanhadas em ambulatório especializado, apresentam SIL cinco vezes mais freqüentes do que aquelas que procuram outros serviços (BRASIL, 2006e). O mecanismo de ação ainda não é claro, porém, parece atuar como co-fatores na ativação dos mecanismos de transformação celular, desencadeando processo inflamatório crônico ou reduzindo a imunidade local, favorecendo a persistência de infecções por HPV (PEREIRA, 2006).

As vulvovaginites representam aproximadamente 70% das queixas ginecológicas, caracterizadas por toda manifestação inflamatória do trato genital inferior. As formas mais comuns são *tricomoníase*, *candidíase* (BRASIL, 2006b).

A imunossupressão e ou a imunodeficiência são consideradas fatores de risco para a infecção genital por HPV como para sua progressão no desenvolvimento de SIL.

Atua também como fator de risco para lesões cutâneas benignas e malignas induzidas pelo HPV (BURD, 2003).

A imunidade local pode ser medida pelas células de Langerhans no mecanismo de defesa do hospedeiro contra a infecção pelo HPV e progressão para lesão intra-epitelial escamosa (UCHIMURA *et al.*, 2005).

As carências nutricionais de Vitamina A, β -caroteno, vitamina C e ácido fólico são também relatadas como fatores de risco para as lesões intra-epiteliais escamosas, além da consistente associação, em todas as regiões do mundo, com o baixo nível sócio-econômico e cultural, ou seja, com os grupos que têm maior vulnerabilidade social, acentuada pela dificuldade de acesso à rede de serviços de saúde, quer por questões geográficas, quer por questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros (BRASIL, 2002b).

A história prévia da realização do teste de Papanicolaou tem demonstrado uma redução no risco de se ter o câncer cervical, enquanto que as mulheres que nunca o realizaram evidenciam um risco elevado. Mulheres submetidas ao teste há muito tempo também apresentam um aumento no risco de câncer proporcional ao tempo do último teste realizado (mais de cinco anos), porém, menor que aquelas que nunca o realizaram (MARTINS *et al.*, 2005).

Gontijo e colaboradores (2004) verificaram que apenas o fato de a mulher com vida sexual nunca ter sido submetida ao teste previamente esteve significativamente associado à presença da doença na avaliação histológica. Essa proteção é observada em mulheres que já realizaram pelo menos um exame em toda a vida e o risco reduz quando o número de exames realizados é igual ou superior a seis (ELUF-NETO; NASCIMENTO, 2001).

Cerca de 10% do câncer cérvico uterino nos Estado Unidos da América ocorrem em mulheres que não realizaram teste de Papanicolaou nos últimos cinco anos e 50% em mulheres que nunca foram submetidas ao exame (VERAS *et al.*, 2006). Embora neste país o câncer do colo uterino não seja considerado problema de saúde pública devido à alta cobertura do teste de Papanicolaou (SMELTZER; BARE, 2005).

No Brasil, 68,7% das mulheres com mais de 25 anos realizaram teste de Papanicolaou nos últimos três anos, apenas 20,8% delas nunca tinham realizado o teste (BRASIL, 2005a). Entretanto, a cobertura em mulheres de 40 a 60 anos, faixa etária de maior incidência é baixa, justificativa plausível para os diagnósticos em estadiamento avançado serem encontrados em 70% dos casos (BRASIL, 2002b).

Diversos estudos têm sinalizado os fatores de risco que contribuem no desenvolvimento da SIL em diferentes estados brasileiros. O estudo realizado com mulheres de 15 a 29 anos em Rio Branco-AC, em que os fatores associados às alterações celulares

epiteliais incluíram maior número de parceiros sexuais (dois ou mais), baixa escolaridade, tabagismo e história de DST (LEAL *et al.*, 2003).

Estudo realizado em São Paulo, com 2281 mulheres avaliadas em um programa de rastreamento para câncer cérvico uterino, o risco para SIL está relacionado à idade menor que 35 anos; baixa escolaridade; viver sem companheiro fixo; sexarca antes dos 18 anos; ter tido mais de cinco parceiros sexuais durante a vida ou mais de um no último ano; ter tido menos que dois partos; usar contraceptivo hormonal e nunca ter realizado exame de Papanicolaou (GONTIJO *et al.*, 2004).

Em estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, onde foram examinados 366 prontuários de mulheres de 13 a 24 anos, encaminhadas para esclarecimento de suspeita de SIL, observou-se sexarca precoce (média de $15 \pm 1,4$ anos), ocorrência de gestação prévia, uso de contraceptivo oral, multiplicidade de parceiros sexuais (número de cinco ou superior) (NASCIMENTO *et al.*, 2005).

Silva e colaboradores, (2006), em estudo de caso-controle, realizado em Recife-PE, evidenciaram que o risco para lesão intra-epitelial está relacionado à infecção por HPV de alto risco oncogênico (OR = 12,3), referencia à DST anterior (OR = 8,23), sexarca precoce (idade menor ou igual a dezoito anos) (OR = 4,00), multiplicidade de parceiros sexuais (número de três ou superior) (OR = 1,77) e tabagismo.

Segundo Pereira (2006), o risco para progressão da SIL nas mulheres encaminhadas ao serviço de patologia cervical em Niterói, no período de 2000 a 2005, por apresentarem citologia cervical alterada, foram HPV de alto risco ($p < 0,001$), baixa escolaridade ($p = 0,015$).

Estudo realizado em Fortaleza-CE, em que foram examinadas 157 mulheres no período de junho a setembro de 2006, observou-se que a idade menor de 20 anos ($p = 0,0001$); um ou mais parceiros nos últimos 3 meses ($p = 0,015$); baixa escolaridade; baixa classe econômica; paridade elevada; presença de DST; uso de contraceptivo oral ($p = 0,0008$); não-realização do exame preventivo; não-uso do preservativo; tabagismo; número de cigarros/dia estavam associadas presença de SIL (BEZERRA, 2007).

Kovoor (1998) estudando a prevalência de HPV em um grupo de 81 mulheres com idade entre 15 e 62 anos, atendidas em uma clínica para tratamento de DST na cidade de Aracaju-SE, verificou que 62% tiveram sexarca antes dos 16 anos (12 – 15anos), 50% somente um parceiro sexual, 60% relataram história prévia DST, 23,2% usavam contraceptivo hormonal oral, 82,7% tinham realizado teste de Papanicolaou pelo menos uma vez na vida e 72,5% apresentavam infecção de HPV. Segundo o autor, não foi possível estabelecer qualquer associação entre a elevada prevalência de HPV e os fatores de risco.

No inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis realizado nas capitais brasileiras em 2002-2003 pelo

INCA, em Aracaju-SE, 79,7% (IC95%: 75,1-84,3%) das mulheres de 25 a 69 anos referiram ter realizado pelo menos um teste de Papanicolaou nos últimos três anos. Quanto à escolaridade das mulheres que realizaram o teste, 83,2% (IC95%:77,0–89,3) tinham o ensino fundamental incompleto e 78,2% (IC95%: 70,5-85,8) o ensino fundamental completo. A maioria das mulheres (83,2%) com menor escolaridade realizou o teste. Em relação ao local de realização do teste, 54% (IC95%: 43,1-64,8) realizaram na rede SUS, enquanto que 46% (IC95%: 35,2-56,9) na rede não SUS (BRASIL, 2004).

Lima e colaboradores (2006), com o objetivo de avaliar os fatores de risco que favoreciam a infecção pelo HPV e ao desenvolvimento do câncer do colo uterino, realizaram um estudo de caso-controle na cidade de Propriá-SE. Os fatores associados foram baixa escolaridade (100% do grupo caso), baixa renda familiar (OR=2,33), realização do teste de Papanicolaou (OR=12,03), sexarca precoce (12 a 18 anos) (OR=2,58), mulheres cujos parceiros sexuais que não usam preservativos nas relações extraconjugais (OR=2,14).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo caso-controle com pareamento 3:1, no qual foram incluídas mulheres portadoras de SIL, independente do grau, da Ilha de Santa Luzia, em tratamento no Ambulatório de Genitoscopia do Centro de Referência da Mulher, no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2006.

Os dados foram coletados no Ambulatório de Genitoscopia do Centro de Referência da Mulher, responsável pelo tratamento das SIL no estado de Sergipe, e nas Unidades Básicas de Saúde da Família da Ilha de Santa Luzia, responsáveis pela vigilância à saúde das mulheres.

A amostra foi do tipo intencional, constituídas por mulheres com idades entre 21 e 76 anos, residentes na Ilha de Santa Luzia que procuraram atendimento espontâneo ou foram encaminhadas ao Ambulatório de Genitoscopia com comprovação diagnóstica colpocitologia oncótica e histopatologia de SIL, que se encontravam em tratamento na unidade até dezembro de 2006, e que concordaram em participar da pesquisa.

De um total de 85 mulheres atendidas no ambulatório no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2006, foram excluídas da pesquisa vinte, por não residirem na Ilha, duas que pelo nível de compreensão não conseguiram responder o formulário, uma que evoluiu a óbito e cinco não foram localizadas depois de reiteradas tentativas de contatos pela pesquisadora.

Foram excluídas da pesquisa, mulheres grávidas, histerectomizadas, aquelas cujo nível de compreensão prejudicasse o entendimento e as respostas para o preenchimento do formulário específico, além daquelas que não concordaram em participarem do estudo.

Todas as mulheres envolvidas no estudo assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Tiradentes com a denominação “Fatores de risco associados às lesões precursoras do câncer do colo do útero na Ilha de Santa Luzia”, (protocolo nº. 020107) (Anexo A). A abordagem das usuárias para esclarecimento e obtenção da concordância em participar do estudo, assim como as respostas ao formulário foram realizadas pela autora.

Os casos constituíram-se de todas as mulheres da Ilha de Santa Luzia, acometidas por SIL, que se encontravam em tratamento no ambulatório de referência. Foram consideradas como controles as mulheres residentes na Ilha, que apresentaram colpocitologia oncótica, com resultado normal, identificadas a partir do livro de registro da Unidade Básica de Saúde.

Foram selecionados três controles populacionais, para cada caso identificado, emparelhados segundo faixa etária (idade $\pm$ 1 ano), e local de moradia, seguindo em seqüência das casas a partir do domicílio de cada caso, até encontrar o par, isto é, mulheres da mesma faixa etária.

Foram utilizados um formulário para casos controle, e outro para os casos, ambos adaptados para este estudo do formulário de Silva (2004). A investigação a respeito do ambiente social foi realizada por meio da ficha de cadastramento familiar (Ficha A), utilizada pelos Agentes Comunitários de Saúde do município (Anexo B).

O formulário de coleta de dados dos casos tinha como variáveis de risco características sócio-demográficas (idade, estado civil, escolaridade, ocupação); características pertinentes a estilo de vida (início da atividade sexual, número de parceiros sexuais, referência prévia de DST, tabagismo); características reprodutivas (idade da menarca, número de gestações, número de filhos, método contraceptivo utilizado), história clínica (diagnóstico citopatológico e histopatológico, frequência do teste de Papanicolaou), características do ambiente social (tipo de moradia, número de cômodos, acesso ao saneamento básico, e a energia elétrica), e o acesso aos serviços de atenção à saúde da mulher, considerado como facilidade de marcar e realizar atendimento nas ações preconizadas para Atenção Básica de Saúde (Apêndice B).

O formulário de coleta de dados dos casos controle contemplou as mesmas características sócio-demográficas, características pertinentes a estilo de vida, características reprodutivas, características do ambiente social e o acesso aos serviços de atenção à saúde da mulher, além da rotina de realização do teste de Papanicolaou (Apêndice C).

As variáveis independentes foram consideradas pela presença de desarranjo no epitélio estratificado no material de biopsia ou esfregaço do colo uterino. Foi categorizada em dois estágios: Lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau (NICI, NICI/HPV) e lesão intra-epitelial escamosa de alto grau (NICII e NICIII).

As variáveis de controle estudadas referentes às características sócio-demográficas foram categorizadas na análise bivariada: idade (<30 anos e $\geq$ 30); estado civil (casada e não casada); grau de instrução (sem instrução ou elementar e fundamental a superior); ocupação, definida como atividade laborativa remunerada na ocasião da entrevista, usada à categorização: manual não especializada, manual especializada e não manual.

As características reprodutivas compreenderam: idade da menarca, definida como a idade em que a mulher teve a primeira menstruação, foi usada à categorização: $\leq$ 12 anos, e $\geq$ 13anos; número de gestações definidas como o número de vezes que a mulher informou ter estado grávida, foi usado à categorização: nuligesta = nenhuma, primigesta =

uma vez, paucigesta = duas a três vezes e multigesta = quatro ou mais vezes; método contraceptivo, definido como o método utilizado para evitar gravidez, utilizando a categorização: nenhum, não hormonal (ligadura tubária, Condom, DIU, coito interrompido), hormonal (oral e injetável).

O ambiente social pesquisado foi definido como tipo de moradia, número de cômodos, acesso ao saneamento básico (água, esgoto sanitário, destino dos dejetos), e a energia elétrica, categorizado como: tipo de moradia adequado – sim e não; número de cômodos - ≤ 6 e ≥ 7 ; acesso a energia elétrica – sim e não; saneamento domiciliar – sim e não; destino adequado do lixo – sim e não; acesso à água potável – sim e não. O acesso aos serviços de atenção à saúde da mulher foi considerado como facilidade de marcar e realizar atendimento nas ações preconizadas para Atenção Básica de Saúde; frequência do teste de Papanicolaou, definido como referência a rotina de realização do teste, foi usada a categorização: presença de rotina (sim e não).

A testagem do formulário foi realizada em 400 mulheres portadoras de lesões intra-epiteliais, durante a consulta de enfermagem, realizada pela pesquisadora no Ambulatório de Genitoscopia, após concordarem em participarem do projeto e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram registrados em formulário e posteriormente digitados e armazenados em banco de dados. Utilizou-se do Programa Computacional EPI-INFO, versão 3.3, para análise exploratória inicial e para a análise estratificada das variáveis. No caso das variáveis contínuas as médias referentes aos grupos foram calculadas com os respectivos desvios-padrões.

Todas as variáveis foram submetidas ao teste de Kolmogorov-Smirnov para a detecção da normalidade ou não da distribuição da amostra. As associações entre as variáveis categóricas e o desfecho tiveram sua significância estatística avaliada por meio de testes de Qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher.

Para a investigação de fatores potencialmente associados às lesões precursoras foram calculadas as razões de chances de prevalência (*Odds Ratio*) com seus receptivos intervalos de 95% de confiança, tomando como valor de referência a categorização considerada risco para lesão precursora na literatura consultada. Em todos os testes foi utilizado o nível de significância menor ou igual 0,05 ($p \leq 0,05$).

3.1. Caracterização dos Locais do Estudo

O estudo foi realizado no Ambulatório de Genitoscopia do Centro de Referência da Mulher, responsável pelo tratamento das SIL no Estado de Sergipe, e nas Unidades

Básicas de Saúde da Família da Ilha de Santa Luzia, responsáveis pela vigilância à saúde das mulheres.

A Ilha de Santa Luzia foi selecionada por pertencer à base territorial do mestrado em Saúde e Ambiente, apresentar cobertura de 100% da estratégia Saúde da Família e pela possibilidade de realizar o estudo em todas as mulheres com SIL submetidas a tratamento na referência estadual, proximidade com a capital, além da permissão oficial da Secretaria Municipal de Saúde. Neste local foram realizadas visitas domiciliares às mulheres selecionadas como casos e os controles, entrevistas para aplicação do formulário e mapeamento dos fatores de risco de maior prevalência nas áreas/território de atuação das equipes multiprofissionais da Atenção Básica.

É uma ilha fluvial do litoral norte do estado de Sergipe, localizada na região metropolitana, compreende uma área total de 87,96 Km², abrangendo no seu território apenas o município de Barra dos Coqueiros. Situa-se na foz do rio Sergipe com o oceano Atlântico, a 3,6 Km² da capital. Seus limites são dados pelos municípios de Aracaju, Nossa Senhora do Socorro, Pirambú e Santo Amaro das Brotas. A principal via de acesso é por meio da ponte Construtor João Alves, que a liga à Capital.

A população estimada para 2007, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o município foi contabilizada em 21.562 habitantes. Destes, 11.181 são mulheres e 9.381 são homens, sendo que 84,4% (18.192) da população residem na área urbana (BRASIL, 2008).

A Ilha de Santa Luzia está dividida em dois segmentos territoriais, a cidade que compreende o centro, Conjunto Prisco Viana, os loteamentos Olimar e Marivan, e o bairro Moises Gomes; e os povoados (Anexo C).

Conforme as informações obtidas pelo Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB, na cidade, 94,2% da população é abastecida de água pela rede pública, 95% tem coleta de lixo, 88,4% se utiliza de fossa, 92,8% possui energia elétrica e 98,6% mora em casa tipo alvenaria. Entretanto, nos povoados, 48,2% da população é abastecida com água da rede pública, 55% tem coleta pública de lixo, 71,8% se utiliza de fossa, 81% possui energia elétrica, e 76% reside em casa tipo alvenaria (SERGIPE, 2008).

O sistema local de saúde é constituído por seis equipes de saúde da família e seis equipes de saúde bucal, perfazendo uma cobertura de 100% da população residente; um hospital de pequeno porte, com setor de urgência e emergência; especialidades (gineco-obstetrícia, cardiologia, fisioterapia, psicologia); laboratório de análise clínica.

O processo de municipalização para a Ilha representou um importante avanço, na medida em que gradualmente foi assumindo a responsabilidade pela assistência à saúde da população, culminando em 1998 com a implantação da gestão plena na Atenção Básica (NOB/1996).

A estratégia Saúde da Família trabalha com adscrição de clientela e territorialização, entendido como espaço de atuação dos profissionais de saúde bem como de dinâmica social. O espaço geográfico do município está mapeado em seis áreas geográficas com aproximadamente mil famílias cada, subdividida em sete micro-áreas.

O Centro de Referência da Mulher situa-se na cidade de Aracaju-SE. É uma unidade de atendimento secundário da Secretaria de Estado da Saúde, cuja missão é realizar ações de média complexidade na assistência à saúde da mulher, referente às lesões precursoras do câncer uterino, de mama, pré-natal de risco, infertilidade e climatério, enquanto centro de referência para o Sistema Estadual de Saúde, possibilitando a pesquisa e o ensino.

O Ambulatório de genitoscopia é referência para tratamento das mulheres sergipanas com suspeita de SIL e câncer cérvico-uterino, quer seja por exame clínico, colpocitológico ou histopatológico. Estas, ao chegarem ao ambulatório têm novo teste de Papanicolaou realizado, e passam por exame colposcópico. Dependendo do laudo, é efetuada biopsia e cirurgia de alta frequência (CAF).

O Ambulatório dispõe do sistema de Informações do Controle do Câncer do Colo do Útero - SISCOLO, módulo gerenciamento estadual, que contempla as informações referentes ao segmento das mulheres com lesão intra-epitelial atendidas neste setor ou na rede de saúde conveniada. Agrega também os prontuários de todas as mulheres que estão ou fizeram tratamento das lesões precursoras por município.

4. RESULTADOS

A amostra foi composta por 57 (67,1%) das mulheres em tratamento de SIL. A idade variou entre 21 a 76 anos, com concentração na faixa etária de 21 a 47 anos, que correspondeu a 75% do grupo estudado, sendo a moda igual a 25 anos. O laudo citológico mostrou presença de lesão de células escamosas atípicas de significado indeterminado em 8,8%, lesões intra-epiteliais de baixo grau em 40,3% e as lesões intra-epiteliais de alto grau em 50,9% das mulheres.

Em relação ao local de moradia das mulheres, observou-se distribuição homogênea em todas as áreas de abrangência das equipes de saúde da família, tendo a maior concentração no Conjunto Prisco Viana (22,8%), Loteamento Marivan (17,5%), povoados (17,5%), Loteamento Olimar (14%) Moisés Gomes (14%), estando 82,4% destes concentrados na zona urbana.

Dentre as características sócio-demográficas nos grupos em estudo, observou-se predominância das mulheres na faixa etária 30 a 40 anos, tanto nos grupos casos (35,1%) como nos controles (34,5%). Houve maior número de mulheres casadas (caso - 52,6%; controles - 57,2%) em ambos os grupos. Embora no grupo caso existisse maior incidência de mulheres solteira (47,4%). Quanto ao grau de instrução, constatou-se que 33,4% do grupo caso e 25% do grupo controle não possuíam nenhuma instrução ou instrução elementar. Quando analisada a ocupação das mulheres foi evidenciada maior concentração de mulheres com ocupação não especializada (grupo caso - 78,9%, grupo controle - 83,6%) (Tabela 1).

Tabela 1. Características sócio-demográficas das mulheres por variáveis com lesão intra-epitelial cervical em comparação caso e controle. Ilha de Santa Luzia-SE, 2007.

Variáveis	Grupos				OR	IC	p
	Casos (N=57)		Controles (N=171)				
	N	(%)	N	(%)			
N= 228						95%	
IDADE (anos)							P= 1,0
≤ 30 anos	16	28,0	46	26,9	1,06	0,54 – 2,07	
≥ 30 anos	41	72,0	125	73,1	0,94	0,48 - 1,84	
ESTADO CIVIL							P= 0,64
Casada	30	52,6	98	57,2	0,83	0,45 - 1,51	
Não casada	27	47,4	75	43,8	1,21	0,66 - 2,21	
GRAU DE INSTRUÇÃO							P= 0,44
Sem instrução ou elementar	19	33,4	43	25,0	1,49	0,78 - 2,85	
Fundamental	21	36,8	76	44,5	0,85	0,41 – 1,75	
Médio a superior	17	29,8	52	30,5	0,74	0,34 – 1,6	
OCUPAÇÃO							P= 0,58
Manual não especializada	45	78,9	143	83,6	0,73	0,35 -1,56	
Manual especializada e	6	10,5	11	6,4	1,55	0,40 – 6,03	
Não manual	6	10,5	17	9,9	1,12	0,42 – 3,02	

OR = odds ratio. IC95% = intervalo de confiança. p = qui-quadrado

A chance de desenvolver SIL foi evidenciada em mulheres na faixa etária de 20 a 30 anos, solteiras, com baixo nível de escolaridade. Na comparação das ocupações desenvolvidas pelas mulheres foi constatada maior chance de desenvolver lesão nos grupos que tinham ocupação especializada. Não houve significância estatística em nenhuma das comparações.

Quanto às características reprodutivas, constatou-se maior diferença entre os grupos casos e controles quanto ao número de gestação, com maior incidência nas mulheres multigesta (54,4% versus 38%), menarca na faixa etária de 8 a 12 anos (42,1% versus 21,1%), número de filhos superior a três (64,9% versus 46,8%). Ocorreu significância estatística em relação ao número de gestações ($p=0,02$), menarca na faixa etária de 8 a 12 anos ($p=0,004$), número de filhos ($p=0,02$) (Tabela 2).

A chance de desenvolver SIL foi maior em mulheres com menarca menor ou igual a 12 anos, com mais de três filhos, com registro de uso de contraceptivo quando comparadas às mulheres que não apresentavam estas variáveis. Houve significância estatística em relação à menarca (OR = 2,65; IC95%: 1,39-50,3), número de filhos (OR = 2,10; IC95%: 1,13-3,92), e uso de contraceptivos (OR = 2,41; IC95%: 1,31-4,45).

Tabela 2. Características reprodutivas das mulheres com lesão intra-epitelial cervical nos grupos de casos e controle. Ilha de Santa Luzia - SE, 2007.

Variáveis	Grupos				OR	IC	p
	Casos (N=57)		Controles (N=171)				
	N	(%)	N	(%)			
N=228						95%	
Nº. DE GESTAÇÕES							P= 0,02
Nuligesta	4	7,0	15	8,8	4,53	0,75 - 27,5	
Primigesta	2	3,5	34	19,9	0,17	0,04 - 0,76	
Paucigesta	20	35,1	57	33,3	0,74	0,38 - 1,43	
Multigesta	31	54,4	65	38,0	1,79	0,55 - 5,84	
MENARCA (anos)*							p = 0,004
≤ 12	24	42,1	36	21,6	2,65	1,39 - 50,3	
≥13	33	58,9	131	78,4	0,38	0,20 – 0,72	
Nº. DE FILHOS							P= 0,02
≤ 2	20	35,1	91	53,2	0,48	0,26 – 0,88	
≥ 3	37	64,9	80	46,8	2,10	1,13 - 3,92	
MÉTODOS CONTRACEPTIVOS							P= 0,87
Sim	34	59,6	106	62,0	2,41	1,31 – 4,45	
Não	23	23	65	38,0	1,10	0,60 - 2,04	

OR = odds ratio. IC95% = intervalo de confiança. p = qui-quadrado. * Quatro mulheres do grupo controle não souberam responder esta pergunta.

Em relação ao uso de contraceptivo, 23 (40,4%) do grupo casos e 65 (38%) do grupo controle negaram-no. Dentre as usuárias de métodos contraceptivos (59,6% versus 62%), 35,3% do grupo casos e 40,6% do grupo controle faziam uso de CO, 20,6% versus

15,1% faziam uso de preservativos e 44,1% versus 44,3% foram submetidas à laqueadura tubária.

Quanto ao ambiente social, 89,5% versus 94,7% residem em casas de alvenaria, com até seis cômodos (63,2% versus 56,1%), com abastecimento de água de rede pública (87,7% versus 90,6%), e acesso a energia elétrica (98,2% versus 98,8%). A grande maioria (93% versus 91,2%) tem saneamento domiciliar por meio de fossa séptica, enquanto que o destino do lixo, 80,7% versus 87,1% relata coleta pública. Houve significância estatística apenas em relação ao saneamento domiciliar ($p=0,019$) (Tabela 3).

A razão de chance de acometimento das lesões precursoras foi duas vezes maior em mulheres que residem em moradias não adequadas, com até seis cômodos, que não tem acesso à água potável e destino inadequado do lixo, quando comparadas com mulheres que não residem em ambiente com características semelhantes.

Tabela 3. Características do ambiente social das mulheres com lesão intra-epitelial cervical nos grupos de casos e controle. Ilha de Santa Luzia - SE, 2007.

Variáveis	Grupos				OR	IC	p
	Casos (N=57)		Controles (N=171)				
	N	(%)	N	(%)			
N=228						95%	
MORADIA ADEQUADA							P = 0,28
Sim	51	89,5	162	94,7	0,47	0,16 - 1,39	
Não	6	10,5	9	5,3	2,12	0,72 – 6,24	
Nº. DE CÔMODOS							P = 0,44
≤ 6	36	63,2	96	56,1	1,34	0,72 – 2,48	
≥ 7	21	36,8	75	43,9	0,75	0,40 – 1,38	
ACESSO A ENERGIA ELETRICA							P = 0,74
Sim	56	98,2	169	98,8	0,66	0,06 – 7,45	
Não	1	1,8	2	1,2	1,51	0,13 – 16,96	
DESTINO ADEQUADO DO LIXO							P = 0,61
Sim	46	80,7	149	87,1	0,75	0,34 – 1,65	
Não	11	12,3	22	12,9	0,03	0,01 – 0,06	
ACESSO À ÁGUA POTÁVEL							P = 0,70
Sim	50	87,7	155	90,6	0,74	0,20 – 1,89	
Não	7	12,3	16	9,4	1,36	0,53 – 3,48	
SANEAMENTO DOMICILIAR							P = 0,19
Sim	53	93	156	91,2	1,27	0,40 – 4,01	
Não	4	7	15	8,8	0,78	0,25 – 2,47	

OR = odds ratio. IC95% = intervalo de confiança. p = qui-quadrado.

Com relação ao teste de Papanicolaou, as características do acesso, frequência e intervalo da realização do preventivo de Papanicolaou associadas aos casos e controles podem ser observadas na tabela 4. Evidencia-se uma maior frequência em relação às mulheres (casos) que informaram não apresentar rotina à realização do preventivo (63,3% versus 18,7%), $p=0,0$.

A chance de desenvolver SIL foi mais elevada nas mulheres que referiram não ter rotina para realização do teste quando comparado com o grupo que realizava o teste anualmente, não apresentou significância estatística. A disponibilidade de acesso ao preventivo foi semelhante nos dois grupos (Tabela 4).

Quando comparado às alterações citopatológicas cervicais iniciais com a frequência de realização do exame de Papanicolaou observou-se que 82,8% das mulheres com lesão intra-epitelial cervical de alto grau e 43,5% com lesão intra-epitelial de baixo grau relataram não ter rotina para realização do preventivo. Houve significância estatística na associação entre diagnóstico citopatológico inicial e frequência na realização do exame de Papanicolaou, $p > 0,05$.

Tabela 4. Distribuição das mulheres com lesão intra-epitelial cervical nos grupos de casos e controle, segundo acesso, frequência e intervalo de realização do preventivo de Papanicolaou. Barra dos Coqueiros - SE, 2007.

Variáveis	Grupos				OR	IC	p
	Casos (N=57)		Controles (N=171)				
	N	(%)	N	(%)			
N=228						95%	VALOR
FREQÜÊNCIA							P= 0,0
Semestral	4	7,0	27	15,8	0,77	0,24 – 2,47	
Anual	17	29,8	88	51,5	0,17	0,08 - 0,35	
Dois a três anos	0		24	14,0			
Sem rotina	36	63,3	32	18,7	7,59	2,4 – 24,05	
INTERVALO DO EXAME (meses)							P= 0,15
0 – 6	17	29,8	44	25,7	0,89	0,4 - 2,01	
6 – 12	16	28,1	37	21,6	2,2	0,94 - 5,16	
12 – 24	12	21,1	61	35,7	0,55	0,21 - 1,43	
24 – 36	10	17,5	28	16,4	0,18	0,01 - 2,19	
> 36	2	3,5	1	0,6			
ACESSO AO PREVENTIVO							P=0,56
Sim	56	98,2	171	100	0,0		
Não	1	1,8	0				

OR = odds ratio. IC95% = intervalo de confiança. p = qui-quadrado

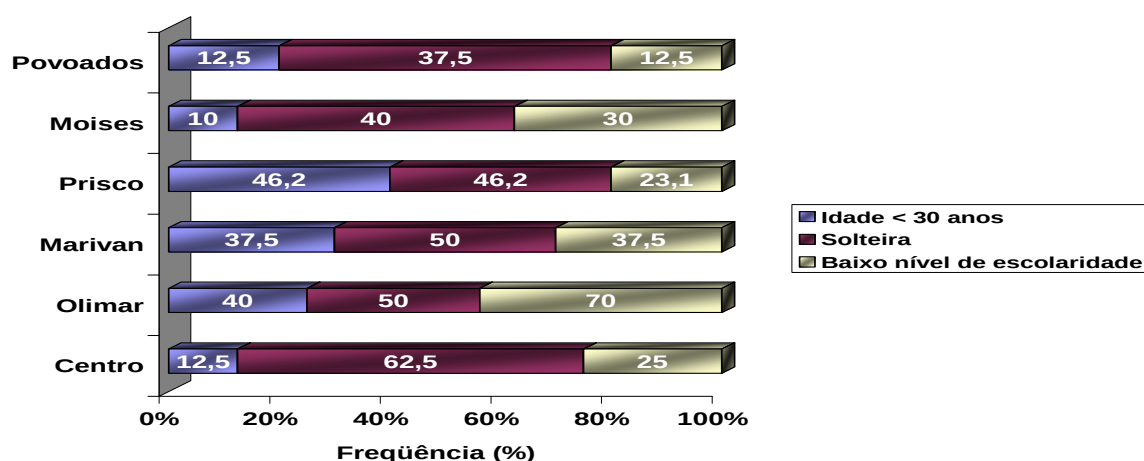
Os fatores de risco que apresentaram maiores chances de provar lesões com significância estatísticas foram: ausência de rotina para realização do teste de Papanicolaou (OR= 7,45), menarca menor ou igual a 12 anos (OR= 2,65), referência a DST anterior (OR = 2,12), número de filhos igual ou superior a 3 (OR= 2,10), sexarca ≤ 16 anos (OR= 2,05), número de parceiros sexuais igual ou maior que 3 (OR =2,88) (Tabela 5).

Tabela 5. Odds ratios da associação entre SIL e demais variáveis. Ilha de Santa Luzia – SE, 2007.

Fatores de Risco	Odds ratio	IC 95%
Ausência de rotina para realização do teste Papanicolaou	7,45	3,84 – 14,43
Nº. de parceiros ≥ 3 nos últimos três anos	2,88	1,39 – 6,69
Menarca ≤ 12 anos	2,65	1,39 – 50,3
Referência a DST anterior	2,51	1,31 – 4,83
Uso de contraceptivo	2,41	1,31 – 4,45
Residir em moradia inadequada	2,12	0,72 – 6,24
Nº. de filhos ≥ 3	2,10	1,13 – 3,92
Sexarca ≤ 16 anos	2,05	1,09 – 3,85
Ausência de tratamento de água no domicílio	1,78	0,96 – 3,29
Destino inadequado do lixo	1,62	0,73 – 3,59
Ausência de acesso à energia elétrica	1,51	0,13 – 16,9
Tabagismo	1,5	0,68 – 3,30
Baixo nível de escolaridade (sem instrução ou elementar)	1,49	0,78 – 2,85
Ausência de acesso à água potável	1,36	0,53 – 3,48
Morar em casa com ≤ 6 cômodos	1,34	0,72 – 2,48
Presença de gestações	1,27	0,40 – 4,01
Ausência de saneamento domiciliar	1,27	0,40 – 4,01
Solteira e ou sem companheiro fixo	1,21	0,66 – 2,21
Idade < 30 anos	1,06	0,54 – 12,07

DST = doença sexualmente transmissível. OR = odds ratio. IC95% = intervalo de confiança. p = qui-quadrado

As mulheres pesquisadas com idade menor que 30 anos residem em menor concentração no Bairro Móises e em maior concentração no Conjunto Prisco Viana. A minoria das solteiras e/ou sem companheiro fixo moram nos povoados e a maioria no centro da cidade. A maior concentração de mulheres com o nível de escolaridade baixo foi encontrada no Loteamento Marivan e a menor nos povoados (Figura 1).

**Figura 1.** Distribuição dos fatores de sócio-demográficos em ordem decrescente do Odds Ratio por área de abrangência das equipes de saúde da família. Ilha de Santa Luzia – SE, 2007.

Na análise das características reprodutivas das mulheres pesquisadas em relação à área de abrangência das Equipes de Saúde da Família, observa-se que houve uma distribuição homogênea entre as características identificadas como fatores de risco e as áreas de abrangência das ESF. A maior concentração das usuárias de contraceptivo reside no bairro Moisés; a maioria das mulheres que referiram presença de gestações mora no centro da cidade e no loteamento Olimar. Enquanto que as que referiram ter três ou mais filhos concentram-se no loteamento Olimar, e aquelas com menarca igual ou menor a 12 anos residem na grande maioria no loteamento Olimar, nos povoados, no bairro Moisés e no Conjunto Prisco Viana (Figura 2).

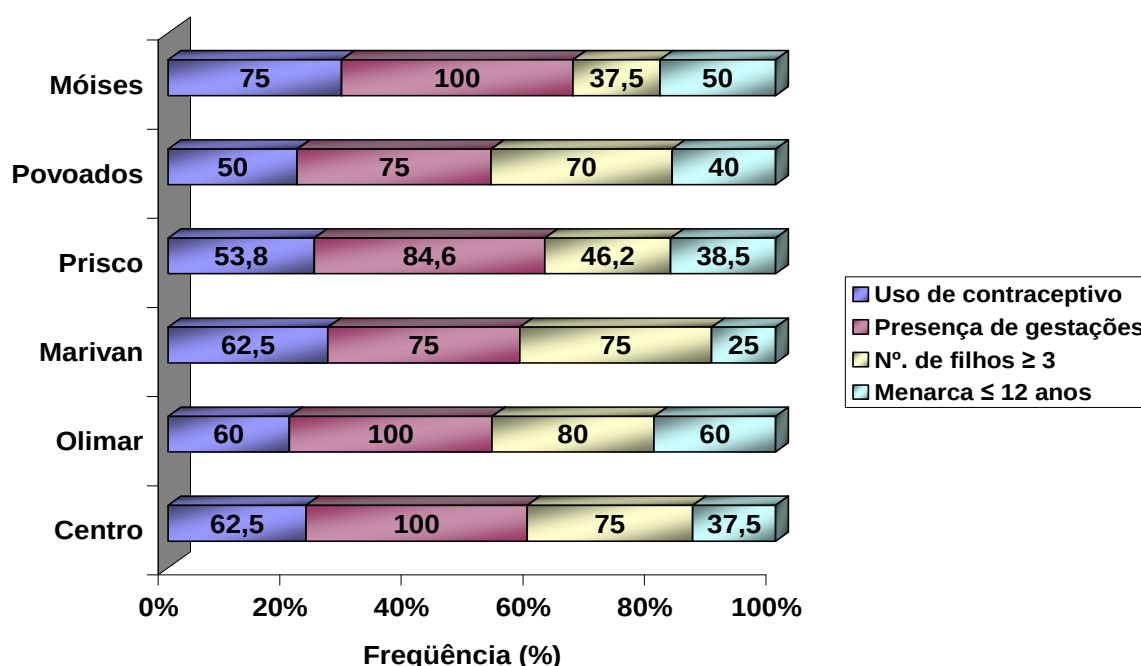


Figura 2. Distribuição das características reprodutivas em ordem decrescente do Odds Ratio por área de abrangência das equipes de saúde da família. Ilha de Santa Luzia – SE, 2007.

Quanto aos fatores de risco do ambiente social de maior relevância para SIL identificados neste estudo, observa-se que as mulheres que residem em moradia inadequada, com até seis cômodos e ausência de saneamento domiciliar concentra-se no conjunto Prisco Viana e nos Povoados (Figura 3).

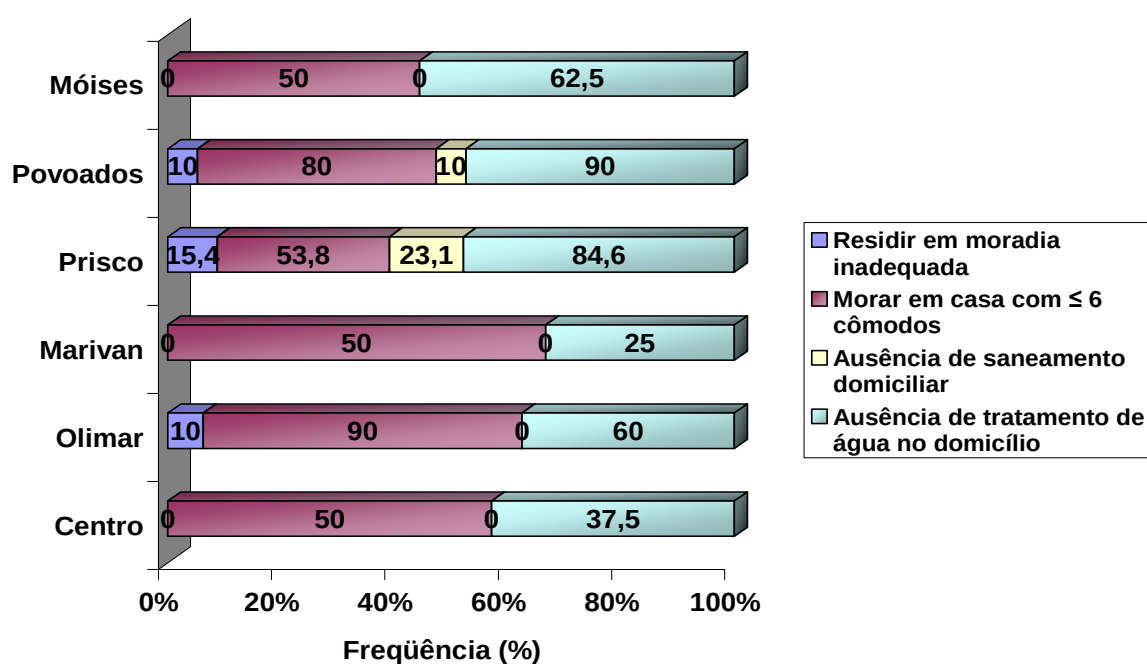


Figura 3. Distribuição das características do ambiente social em ordem decrescente do Odds Ratio por área de abrangência das equipes de saúde da família. Ilha de Santa Luzia – SE, 2007.

Dentre as seis áreas de abrangência das ESF, o conjunto Prisco Viana parece concentrar a população de mulheres mais vulneráveis para acometimento de SIL, seja nos fatores risco em relação às características sócio-demográficas, reprodutivas, quer nos fatores do ambiente social.

5. DISCUSSÃO

O perfil da população evidenciou um grupo jovem, com média de idade de 38,5 anos, sendo a maioria (72%) acima de 30 anos, com moda igual a 25 anos. Este resultado é coincidente com os achados dos estudos realizado em Recife (SILVA, 2004) e Fortaleza (BEZERRA, 2007), e discordante dos encontrados na literatura especializada que aponta a ocorrência de SIL com maior frequência em mulheres menores de 30 anos.

As mulheres pesquisadas com menos de 30 anos tiveram maior chance de desenvolver SIL, devido à iniciação cada vez mais precoce das atividades sexuais associadas à vulnerabilidade biológica, caracterizada pela ineficiente barreira de proteção contra agentes infecciosos durante o relacionamento sexual às DST (FREGA *et al.*, 2003; MUÑOZ *et al.*, 2003; BEZERRA *et al.*, 2005).

Este cenário é caracterizado por uma clientela dos serviços de saúde prioritariamente de mulheres jovens, provavelmente daquelas que buscam cuidados relativos à gravidez, métodos contraceptivos ou tratamento de leucorréias (BRENNA, *et al.*, 2001). É preocupante o sub-aproveitamento dos serviços de saúde na busca ativa das mulheres mais vulneráveis para esse agravo, uma vez que estas priorizam apenas a implantação do programa de rastreamento do câncer do colo do útero e não investem na educação em saúde.

A história das ações preventivas em câncer no Brasil é recente. As primeiras iniciativas para a implantação do câncer do colo uterino ocorreram no modelo campanhista que pecava pela descontinuidade do acompanhamento da condição de saúde-doença das mulheres submetidas ao teste de Papanicolaou desde a prevenção por meio da educação em saúde, gerando maior controle das usuárias sobre sua vida, até à prática de exames de rastreamento, resultando na dificuldade de se estabelecer e manter um programa efetivo de rastreamento em comparação com programas de países desenvolvidos que obtiveram expressivas reduções de carcinoma cervical (BRASIL, 2002b).

Neste contexto, surge o Programa Viva Mulher, instituído pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), com o objetivo de avaliar a baixa eficácia dos programas de prevenção existentes, além de propor estratégias para estimular a adesão das mulheres ao rastreamento regular por meio do teste de Papanicolaou e da educação em saúde visando uma melhoria no auto-cuidado (BRENNA *et al.*, 2001).

A cobertura da estratégia Saúde da Família, neste município, corresponde a 100% do território, o que facilita o acesso aos serviços de prevenção do câncer do colo do útero. Estas ações são garantidas pela NOAS como responsabilidade das ESF, que tem

como atividades prioritárias a coleta de material para exame citológico e alimentação dos sistemas de informações (BRASIL, 2002c).

Como o teste de Papanicolaou é responsabilidade da assistência básica de saúde, oferecida pelo modelo de Saúde da Família, esperava-se uma cobertura mais ampla das mulheres na faixa etária de maior risco, porém ainda não o fazem com regularidade (BRENNAN *et al.*, 2001; SILVA *et al.*, 2004). A equipe desta estratégia apresenta todas as condições para motivar precocemente as mulheres a realizarem o teste, além de identificar aquelas com maior risco para o acometimento das lesões precursoras do câncer cervical, uma vez que atende os indivíduos integralmente e de forma contínua (YASSOYAMA *et al.*, 2005).

Este fato fica constatado no estudo, quando comparado à garantia do acesso aos serviços de prevenção das SIL com a baixa adesão ao teste de Papanicolaou como rotina no grupo de casos. A grande maioria das mulheres referiu disponibilidade dos serviços nas Unidades Básicas de Saúde, embora não tenham uma rotina na sua realização.

Sabe-se que a cobertura populacional dos programas de controle do câncer do colo uterino é baixo devido à influência de uma variedade de fatores sócio-econômicos, culturais, comportamentais e a própria organização dos serviços de saúde geram entraves na obtenção de melhores resultados em relação à cobertura e ao desempenho das práticas de prevenção do câncer de colo de útero (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

Gontijo e colaboradores (2004) observaram que o fato de a mulher com vida sexual nunca ter sido submetida ao teste previamente esteve significativamente associado à presença da doença na avaliação histológica. Essa proteção é observada em mulheres que já realizaram pelo menos um exame em toda a vida e o risco reduz quando o número de exames realizados é igual ou superior a seis (ELUF-NETO; NASCIMENTO, 2001). A história prévia da realização do teste de Papanicolaou mostrou-se, na presente pesquisa como fator de proteção para SIL. Em mulheres que não realizam rotineiramente o exame, verificou-se uma predisposição à lesão em sete vezes em relação àquelas.

Cerca de 10% do câncer cérvico uterino nos Estados Unidos da América ocorrem em mulheres que não realizaram teste de Papanicolaou nos últimos cinco anos e 50% em mulheres que nunca foram submetidas ao exame (VERAS *et al.*, 2006). No Brasil, 68,7% das mulheres com mais de 25 anos realizaram teste de Papanicolaou nos últimos três anos, apenas 20,8% delas nunca tinham realizado o teste (BRASIL, 2005a). No inquérito populacional realizado pelo INCA nas capitais brasileiras no período 2002-2003, em Aracaju-SE, aproximadamente 20% das mulheres na faixa etária de 25 a 69 anos referiram não ter realizado pelo menos um teste nos últimos três anos (BRASIL, 2004).

A dificuldade de adesão pode ser justificada pelo elevado contingente de mulheres sem instrução ou não detentoras de conhecimentos elementares e pela deficiência do conhecimento do teste de Papanicolaou. Nos países desenvolvidos, as mulheres sabem para que serve o teste, e a deficiência é apenas quanto aos aspectos mais específicos sobre o câncer. Entretanto, nos países em desenvolvimento como o Brasil, as mulheres apresentam nível de conhecimento deficiente em relação ao próprio exame, evidenciado no estudo de Brenna e colaboradores (2001).

Outra justificativa pode ser resultante da NOAS não priorizar a educação em saúde, que poderia possibilitar o acesso às informações e a autonomia das usuárias do Sistema Único de Saúde sobre sua saúde e seus direitos civis. A valorização apenas do ato clínico na prevenção deste câncer não permite redução no impacto sobre a doença e, conseqüentemente, na taxa de prevalência, demonstrada pela ineficácia dos programas de controle (OLIVEIRA, 2002).

O estado civil, neste estudo, não representou fator de risco para SIL, embora tenha ocorrido maior freqüência de mulheres casadas. Todavia foi identificado maior risco para desenvolvimento das lesões precursoras nas mulheres solteiras. Pode-se associar a isso, a liberdade e a independência feminina promovida pelo uso de contraceptivo hormonal oral (CO), que instiga as mulheres a iniciar a vida sexual precocemente, acumulando um maior número de parceiros, contribuindo diretamente para o aumento das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e indiretamente para as SIL (MURTA *et al.*, 1999).

O HPV está presente em mais de 90% das SIL, associado à potenciais co-fatores que incluem os ambientais (tabagismo, uso de contraceptivos hormonais, múltiplos parceiros sexuais, infecções concomitante pelo vírus da imunodeficiência humana ou outros agentes sexualmente transmissíveis); os relacionados ao próprio vírus (tipo viral, carga viral ou co-infecção com outros tipos do HPV) e os relacionados ao hospedeiro (multiparidade, idade precoce da sexarca, déficit nutricional e imunológicos, além de fatores genéticos) (FRANCO *et al.*, 2001).

No estudo foi encontrada positividade para HPV pela colpocitologia e pela histopatologia: em 84,5% dos casos. Esse percentual foi inferior ao encontrado por Oliveira e colaboradores (2006) na cidade do Rio de Janeiro, em mulheres atendidas na rede SUS 94,4% e na rede não SUS 93,1%.

A infecção por HPV é freqüentemente diagnosticada em mulheres jovens, com sexarca antes dos 18 anos, com múltiplos parceiros sexuais, nas fumantes e usuárias de contraceptivos hormonais (MURTA *et al.*, 1999). A redução na prevalência da infecção por HPV que ocorre a partir da faixa etária 30 a 40 anos parece estar pautada na redução da exposição a novos parceiros e a imunidade adquirida para certos tipos de HPV (BRASIL, 2006b).

Quanto à idade da menarca, observou-se uma razão de chance de acometimento de lesão duas vezes maior em mulheres com idade da menarca até 12 anos. Este fator de risco está associado ao início precoce da atividade sexual, algumas vezes antes mesmo de iniciar a menarca. As adolescentes são mais suscetíveis por apresentarem a zona de transformação do colo localizada na ectocérvice, tornando-a vulnerável às agressões físicas do coito, às químicas da acidez vaginal e às bacterianas e virais (BRASIL, 2002b).

No presente estudo, o uso de contraceptivo representou fator de risco para SIL, que se justifica pelas mulheres se sentirem protegidas de gravidez indesejada, tem maior atividade sexual. Sem uso de preservativo, deste modo, tornam-se vulneráveis às infecções, principalmente pelo HPV (SILVA, 2004).

O número de filhos nascidos vivos (paridade) e o número de gestações foram considerados, nesta pesquisa como fatores de risco para lesões precursoras. Estudos realizados em mulheres positivas para HPV, observaram maior risco para lesão associado ao número de gestações a termo ou de nascidos vivos. Mulheres com sete ou mais gestações tiveram um risco de aproximadamente quatro vezes mais quando comparadas com as mulheres nulíparas (MUÑOZ *et al.*, 2003). O número de filho maior ou igual a três foi considerado fator de risco, sendo este de duas vezes mais em relação às mulheres que tiveram até dois filhos.

Hildesheim (2001), concluíram em seu estudo, que o risco de acometimento de lesão intra-epitelial escamosa de alto grau é diretamente proporcional ao aumento da paridade. A justificativa para essa associação decorre dos fatores hormonais, traumáticos e imunológicos.

A análise do ambiente social mostrou que as mulheres pesquisadas com maior risco para desenvolvimento de SIL fazem parte de uma população menos privilegiada sócio-economicamente, principalmente por procederem das áreas mais carentes do município, fato este similar ao referido por outros autores (BRASIL, 2002b).

Os fatores de risco, em ordem decrescente do Odds Ratio encontrados neste estudo foram: ausência de rotina na realização do teste de Papanicolaou (OR=7,45; IC95%:3,84-4,43), número de parceiros sexuais ≥ 3 (OR= 2,88; IC95%: 1,24-6,69), menarca ≤ 12 anos (OR=2,65; IC95%:1,39-5,03), referência a DST anterior (OR=2,51; IC95%: 1,43-4,83), uso de contraceptivo hormonal oral (OR= 2,41; IC95%: 1,31-4,45) sexarca ≤ 16 anos (OR=2,05; IC95%: 1,09-3,92), número de filhos ≥ 3 (OR=2,1; IC95%:1,13-3,92), embora este não tenha apresentado significância estatística. Tais achados estão de acordo com os estudos realizados por Leal *et al.*, (2003), Gontijo *et al.*, (2004), Nascimento *et al.*, (2005) Silva *et al.*, (2006), Lima *et al.*, (2006), Bezerra (2007).

6. CONCLUSÕES

A mortalidade por câncer do colo do útero é evitável em consequência do avanço das tecnologias para o diagnóstico e tratamento das lesões precursoras permitindo a cura dos casos diagnosticados na fase inicial. Observa-se que o Brasil, apesar de ser um dos primeiros países a utilizar o teste de Papanicolaou no diagnóstico precoce dessa nosologia e de suas lesões precursoras, ainda apresenta altas taxas de mortalidade.

Uma das justificativas possíveis é a existência de um hiato entre os avanços tecnológicos e o acesso da população a eles. É, portanto, fundamental aprofundar o conhecimento acerca dos fatores de risco para compreender os hábitos cotidianos de uma dada população exposta e assim, estimular práticas preventivas.

O presente estudo evidenciou a realidade das mulheres residente na Ilha de Santa Luzia acometidas de lesão intra-epitelial cervical que fazem tratamento no centro de referência estadual, sinalizando o perfil das características sócio-demográficas, reprodutivas, estilo de vida e do ambiente social.

Eram mulheres jovens com diagnóstico citopatológico de lesão de alto grau, que não tinham rotina na frequência da realização do teste de Papanicolaou, tiveram poucos parceiros sexuais nos últimos três anos, todavia apresentaram sexarca precoce. A grande maioria era multípara e faziam uso de métodos contraceptivos, porém um menor número usava contraceptivo hormonal oral.

Pode-se inferir ao final deste estudo que as seguintes variáveis foram associadas às lesões intra-epiteliais escamosas:

1. As características sócio-demográficas identificadas foram: idade inferior a 30 anos, ser solteira e baixo nível de escolaridade (sem instrução e ou elementar). Não houve significância estatística.
2. Dentre as características reprodutivas foram constatados como significância estatística: número de filhos igual ou superior a três, uso de método contraceptivo, menarca com idade inferior ou igual a 12 anos.
3. As características relacionadas ao estilo de vida, com significância estatística foram: ausência de rotina na realização do teste de Papanicolaou, sexarca precoce (idade menor ou igual a 16 anos), referência a DST anterior, três ou mais parceiros sexuais nos últimos três anos.
4. Em relação ao ambiente social foram identificados: ausência de saneamento domiciliar, residir em moradia inadequada, com até seis cômodos, não ter acesso à água potável, e à energia elétrica.

A área de abrangência das ESF que concentrou a população de mulheres mais vulneráveis ao acometimento de SIL em relação às características sócio-demográficas, reprodutivas e estilo de vida foi o conjunto Prisco Viana.

A organização do controle do câncer do colo do útero na Atenção Básica, representada pelas equipes de saúde da família, apresenta potencialidades de oferecer uma assistência à mulher de forma integral, humanizada, qualificada. Embora não tenha sido sinalizada neste estudo, uma vez que as mulheres informaram a disponibilidade do serviço, mas não o fazem com regularidade.

Os fatores de risco para o controle das lesões precursoras identificados são, na sua maioria, controláveis, necessitando propor intervenções relativas à realidade sócio-cultural da mulher, uma vez que esta nosologia traz certa inconformidade, por acometer mulheres bastante jovens.

Por tanto, apenas a implantação do teste de Papanicolaou nas rotinas dos serviços de saúde não resultará na mudança do perfil da morbi-mortalidade desta nosologia. No entanto, é possível estabelecer estratégias para controlar e qualificar a prevenção e o controle do câncer do colo do útero a partir da Atenção Básica, desde que priorize ações na lógica da promoção da saúde.

Espera-se que a partir da identificação dos fatores de risco na população em estudo possa contribuir na associação causa-efeito, a fim de programarem ações de promoção da saúde e prevenção deste agravo direcionado para as usuárias dos serviços de saúde mais vulneráveis para a carcinogênese cervical, instrumentalizando a organização da assistência integral na rede básica de saúde.

REFERÊNCIAS

- BEZERRA, S.J.S. **Fatores de risco para câncer de colo e lesões cervicais por Papilomavírus Humano**. Dissertação [Mestrado] – Escola de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza - CE, 2007.
- BEZERRA, S.J.S.; GONÇALVES, P.C.; FRANCO, E.S.; PINHEIRO, A.K.B. Perfil de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino. *J Bras Doenças Sex Transm*, 17(2), p.143-148, 2005.
- BLOT, W.J. Epidemiologia do câncer. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil, Tratado de medicina interna**. [tradução de Ana Kempler et al]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- BORGES, S.C.V.; MELO, V.H. ; MORTOZA JÚNIOR, G. *et al*. Detection rate of *Human Papilomavirus* by Hybrid Capture II in Women with Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 26(2), p.105-110, 2004.
- BOSCH, F.X.; MUNÔZ, N.; SANJOSE, S. Human papillomavirus and outherr risk factores for cervical cancer. *Biomed Pharmacother*, 1997.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PNAD 2005**: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. IBGE, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. **A situação do câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. **Atlas da mortalidade por câncer no Brasil 1979 - 1999**. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002c.
- _____. Ministério da Saúde. **Câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. **Censo demográfico e contagem populacional do município de Barra dos Coqueiros**. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.
- _____. Ministério da Saúde. **Estimativa 2008**: Incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. **Falando sobre o câncer do colo do útero**. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores de saúde do sistema único de saúde**. Departamento de Informações e Informática do SUS. Rio de Janeiro: MS/DATASUS, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos para saúde 2006**. Rede Intragerencial de Informações para a Saúde. Rio de Janeiro: RIPSa, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis - DST**. 4. ed. Brasília, DF, 2006f.

_____. Ministério da Saúde. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas**: recomendações para profissionais de saúde. Instituto Nacional de Câncer. 2. ed. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de gestão**: Departamento de Atenção Básica 1998 – 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2006**: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Viva mulher, câncer do colo do útero**: informações técnicas-gerenciais. Secretaria de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002b.

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

BRITO N.M.B.; MOREIRA, S.F.S.; FERREIRA, M.A. *et al.* Aspectos epidemiológicos das neoplasias intraepiteliais cervicais identificadas por citologia oncológica. *Rev Para Med.*, 14, p.42-46, 2000.

BURD, M. E. Human Papillomavirus and cervical cancer. *Clin Microbiol.*, 16, p.1-17. 2003.

CARESTIATO, J.C. Câncer e meio ambiente. *Revista de Farmácia*, 84, p.55-60, 2003.

CASTELLSAGUE, X.; MUÑOZ, N.; CHAPTER, S. Cofactors in human papillomavirus Carcinogenesis - role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 31, p.20-28, 2003.

DERCHAIN, S.F.M.; ROTELI-MARTINS, C.M.; SYRJÄNEM, K.J. *et al.* Association of oncogenic human papillomavirus HPV-DNA with high-grade cervical intraepithelial neoplasia (CIN 2 or 3): the role of cigarette smoking. *Sex Transm Infect.* 75, p.406-408, 1999.

DEROSSI, S.A.; PAIM, J.S.; AQUINO, E.; SILVA, L.M.V. Evolução da mortalidade e anos potenciais da vida perdidos por câncer cérvico uterino em Salvador (Ba), 1979-1997. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 9(1-2), p.49-60, 2001.

ELUF-NETO, J.; NASCIMENTO, C.M.R. Cervical cancer in Latin América. *Seminário de Oncologia*, 28(2), p.188-97, 2001.

FERENCZY, A.; FRANCO, E. Persistent human papillomavirus infection and cervical neoplasia. *Lancet Oncol.*, 3(1), p.11-16, 2002.

FOCCHI, J.; RIBALTA, J.C.L. Câncer de colo uterino: importância, epidemiologia e fatores de risco. In: HALBE, Hans Wolfgang. **Tratado de ginecologia**. 2ª reimp. da 2. ed. São Paulo: Roca, 1998.

FRANCO E.L.; DUARTE-FRANCO, E.; FERENCZY, A. Cervical cancer epidemiology, prevention and role of human papillomavirus infection. *CMAJ.*, 164(7), p.1017-25, 2001.

FRANCO, E.L.; VILLA, L.L.; SOBRINHO, J.P.; PRADO, J.M. *et al.* Epidemiology of acquisition and clearance of cervical human papillomavirus infection in women from a high-risk area for cervical cancer. *J Infect Dist*, 80(5), p.1415-1423, 1999.

FREGA, A.; STENTELLA, P.; IORIS, A.D. *et al.* Young women, cervical intraepithelial neoplasia and human Papillomavirus: risk factors for persistence and recurrence. *Cancer Letters*, v.196, p.127-134, 2003.

FREITAS, F.; MENKE, C.H.; RIVOIRE, W.; PASSOS, E.P. **Rotinas em ginecologia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GOMES, F.A.M. Fatores associados à infecção clínica e subclínica do trato genital feminino pelo Papilomavírus Humano. *Dst J. Bras. Doenças Sex. Transm.*, 15(1), p.16-22, 2003.

GONTIJO, R.; MELO, V.H.; MORTOZA JÚNIOR, G.; *et al.* Comportamento sexual e idade como fatores de risco para lesões intra-epiteliais e invasoras do colo do útero. *Rev Cienc. Med.*, 13(1), p.13-21, 2004.

GUEDES, A.C. **Comparação do desempenho do esfregaço citológico cérvico vaginal convencional com esfregaço colhido em meio líquido em mulheres com alto risco para neoplasia do colo uterino**. Dissertação [Mestrado] Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2002.

HATCH, K.D.; HACKER, N.F. Doença Intra-epitelial do Colo, Vagina e Vulva. In: BEREK, J.S. **Novak tratado de ginecologia**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

HILDESHEIM, A. HPV co-factors related to the development of cervical cancer: results from a population-based study in Costa Rica. *Br J Cancer*, 84(9), p.1219-26, 2001.

KJELLBERG, L.; HALLMANS, G. Smoking, diet, pregnancy and oral contraceptive use as risk factors for cervical intra-epitelial neoplasia in relation to human papillomavirus infection. *Br J Cancer*., 82(7), p.1332-1338, 2000.

KOVOOR, J.G. **Prevalence and typing of Human Papilomavírus in women practising high risk sexual behaviour in Aracaju, Brasil**. [Mestrado]. Liverpool School of Tropical Medicine, 1998.

KRUGER-KJAER, S.; VAN DEN BRULE, A.J.; SVARE, E.I. *et al*. Different risk factor patterns for high-grade and low-grade intraepitelial lesions on the cervix among HPV-positive and HPV-negative young women. *Int J Cancer*., 76(5), p.613-619, 1998.

LAGO, T.G. **Políticas nacionais de rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil análise do período 1998 a 2002**. Tese [doutorado] - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, SP, 2004.

LEAL, E.A.S.; LEAL JÚNIOR, O.S.; GUIMARÃES, M.H. *et al*. Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do Município de Rio Branco – Acre. *Rev Bras Ginecol Obstet*., 23(2), p.81-86, 2003.

LIMA, C.A.; PALMEIRA, J.A.V.; CIPOLOTTI, R. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Própria – Sergipe - Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 22(10), p.2151-2156, 2006.

MARTINS, L.F.L.; THULER, L.C.S.; VALENTE, J.G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 27(8), p.485-492, 2005.

MOLPUS, K.E.; JONES III, H.W. Tumores ginecológicos. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil, tratado de medicina interna**. [tradução de Ana Kempler *et al.*]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

MONSONEGO J.; BOSCH, F.X.; COURSAGET, P. *et al*. Cervical cancer control, priorities and new directions. *Int J Cancer*, 108, p.329-333, 2004.

MORELLE, M.G.L.O. **Lesões citopatológicas em um rastreamento populacional para câncer do colo uterino e tempo de atividade sexual das mulheres**. Dissertação [Mestrado]. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências médicas. Campinas – SP, 2000.

MORENO, V.; BOSCH, F.X.; MUÑOZ, N. *et al*. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *Lancet Oncol*, 359(9312), p.1085-1092, 2002.

MUÑOZ, N.; BOSCH, F.X.; SANJOSÉ, S. *et al.* Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med*, 348(6), p.518-27, 2003.

MURTA, E.F.C.; LOMBARDI, W.; BORGES, L.S. *et al.* Frequência da infecção pelo papilomavírus humano em mulheres com ectopia cervical. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 21(8), p.447-9, 1999.

NASCIMENTO, M.I.; PIRES, E.S.; GIL, D.Q. *et al.* Characteristics of a group of adolescents with suspected cervical intraepithelial neoplasia. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 27(10), p.619-26, 2005.

OLIVEIRA JUNIOR, F.J.M.; CESSE, E.A.P. Morbi-mortalidade do câncer na cidade do Recife na década de 90. *Revista de Cancerologia*, 51(3), p.201-208, 2005.

OLIVEIRA, L.H.S.; ROSA, M.L.G.; PEREIRA, C.R.N. *et al.* Human papillomavirus status and cervical abnormalities in women from public and private health care in Rio de Janeiro State, Brazil. *Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo*, 48(5), p.279-285, 2006.

OLIVEIRA, M.M. **A prevenção do câncer do colo do útero, no contexto da estratégia saúde da família, da área básica de Distrital-oeste/sertãozinho, do município de Ribeirão Preto – SP.** Dissertação [Mestrado] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, 2002.

OLIVEIRA, M.M.; PINTO, I.C.; COIMBRA, V.C.C. Potencialidades no atendimento integral: A prevenção do câncer do colo do útero na concepção de usuárias da estratégia saúde da família. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(3), p.426-430, 2007.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. **Câncer del cuello del útero:** Crescimente amenaza em lãs Américas. Información de prensa. Washington, DC, 2002.

PEREIRA, C.R. **Fatores de risco para lesões intra-epiteliais cervicais de alto grau e câncer cervical.** Um estudo de caso-controle no serviço de patologia cervical do HUAP. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, 2006.

PINTO, A.P.; CRISTOPHER, P.C. Natural history of cervical neoplásica: defining progression and to consequence. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 43(2), p.352-362, 2000.

PINTO, A.P.; TULIO, S.; CRUZ, O.R. Co-fatores do HPV na oncogênese cervical. *Rev Ass Med Bras.*, 48(1), p.73-8, 2002.

RAMOS, L.O.; TUBAKI, M.E. Infecção por papilomavirus humano na infância e na adolescência. In: MARTINS, N.V.; RIBALTA, J.C.L. **Patologia do trato genital inferior.** São Paulo: Roca, 2005.

ROMBALDI, R.L.; SERAFINI, E.P.; VILLA, L.L. *et al.* Infection with human papilloma viruses of sexual partners of women having cervical intraepithelial neoplasia. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 39(5), p.177-187, 2006.

SCHIFFMAN, M.; HERRERO, R.; HIDESHEIM, A. *et al.* HPV DNA testing in cervical cancer screening results from women in a high-risk province of Costa Rica. *JAMA*, 283(1), p.87-93, 2000.

SERGIPE. Barra dos Coqueiros. **Consolidado das famílias cadastradas do ano 2007**. Coordenação do Saúde da Família. Barra dos Coqueiros, 2008.

SILVA, I.M.R.; BRENNAN, S.M.F.; MORIWAKI, O.M.; MARIANI NETO, C. Avaliação dos programas brasileiros para controle do câncer genital feminino. *Rev. Administração em Saúde*, 6(24), p.97-102, 2004.

SILVA, T.T. **Fatores de risco para neoplasia intra-epitelial cervical em pacientes submetidas à avaliação morfológica e pesquisa de DNA-HPV**. Dissertação [Doutorado]. Faculdade de Medicina da Universidade Federal Pernambuco. Recife, PE, 2004.

SILVA, T.T.; GUIMARÃES, M.L.; BARBOSA, M.I.C.; *et al.* Identificação de tipos de papilomavirus e de outros fatores de risco para neoplasia intra-epitelial cervical. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 28(5), p.285-291, 2006.

SILVANY FILHO, A.M.S. Lesões precursoras do câncer do colo do útero. In: DIAS, H.E.A. **Manual do câncer ginecológico**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

SILVEIRA, G.P.G.; PESSINI, S.A. Câncer de colo uterino: lesões precursoras. In: HALBE, Hans Wolfgang. **Tratado de ginecologia**. 2ª reimp. da 2. ed. São Paulo: Roca, 1998.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOLOMON, D.; DAVEY, D.; KURMAN, R. *et al.* The 2001, Bethesda System: terminology for reporting of cervical cytology. *JAMA*. C. 287(16), p.2114-2119, 2002.

SOUZA, E.P. **Epidemiologia da infecção genital por HPV e anormalidades na citologia cervical em mulheres jovens brasileiras**. Tese [Doutorado] Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP, 2004.

SYRJÄNEN, S.; SYRJÄNEN, K. Diagnostic techniques in HPV detection. In: SYRJÄNEN, K. Papillomavirus infections in human pathology. New York, *J. Wiley & Stone*, p.89-116, 2000.

UCHIMURA, N.S.; RIBALTA, J.C.L.; FOCCHI, J. *et al.* Langerhans' cells: influence of the oral contraceptives by women with negative Irbid capture for human Papilomavírus. *Rev Bras. Ginecol Obstet*, 27(12), p.726-730, 2005.

VERAS, T.M.C.W.; HOLANDA JUNIOR, F.; LINS, M.Z. *et al.* Efetividade da captura híbrida para HPV no rastreamento primário de lesões cervicais na rotina de serviços de saúde. *DST- J. Bras. Doenças Sex Transm.* 18(1), p.23-29, 2006.

WOODMAN, B.J.C.; COLLINS, S.; WINTER, H. *et al.* National history of cervical human papillomavirus infection in young women: a longitudinal cohort study. *Lancet Oncol*, 357(9271), p.1831-1836, 2001.

WRIGHT, T.C.; COX, J.T.; MASSAD, J.S. *et al.* 2001 Consensus Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. *Jama*, 287(16), p.2120-2129, 2002.

YASSOYAMA, M.C.B.M.; SALOMÃO, M.L.M.; VICENTINI, M.E. Características das mulheres que realizaram exame preventivo do colo do útero durante a gestação: bases para estratégias do Programa de Saúde da Família. *Arq. Cienc. Saúde*. 12(4), p.172-176, 2005.

7. ARTIGO

Lesões precursoras do câncer do colo do útero e estilo de vida na Ilha de Santa Luzia – Sergipe – Brasil*.

Precursory lesions of the uterine cervical cancer and style of life in the Island of Saint Luzia – Sergipe – Brazil

Marieta Cardoso Gonçalves¹

(*) Estudo realizado como parte do trabalho de conclusão do Curso de Mestrado em Saúde e Ambiente do Curso de Pós-Graduação da Universidade Tiradentes. Artigo segundo as normas de publicação da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

¹ Mestranda em Saúde e Ambiente no Programa de Pós-Graduação da Universidade Tiradentes. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Tiradentes. Enfermeira Assistencial da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe.
Correspondência: Mariêta Cardoso Gonçalves
Avenida Gonçalo Rollemberg Leite, 1740. Edf Piatã, Apto 203. Condomínio Bahia Sol. Bairro Suissa. Aracaju – Se. CEP. 49050-370. E-mail: marietagoncalves@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: verificar a associação entre estilo de vida e a presença das lesões intra-epiteliais nas mulheres da Ilha de Santa Luzia - Se, em tratamento no centro de referência estadual.

Métodos: estudo tipo caso-controle, pareando-se três controles para cada caso quanto à idade (± 1), e local de moradia. Foram estudadas 238 mulheres, sendo 57 portadoras de lesões intra-epiteliais escamosas (casos) e 171 mulheres com colo normal (controles). A média etária foi de $38,5 \pm 11,4$ anos, com predomínio de casadas e multigestas. Foi aplicado a todos os sujeitos formulário padronizado, para pesquisa de fatores relacionados ao estilo de vida. Para análise estatística de associação das lesões intra-epiteliais e os fatores, utilizou-se *odds ratio* com intervalo de confiança, e os testes qui-quadrado e teste exato de Fisher, ao nível de significância de 0,05. Todas as variáveis foram submetidas ao teste de Kolmogorov-Smirnov para a detecção da normalidade da amostra. **Resultados:** sexarca menor ou igual a 16 anos (OR=2,05; IC95%: 1,09-3,92), número de parceiros sexuais maior ou igual a três nos últimos três anos (OR=2,88; IC95%: 1,24-6,69), referência a DST anterior (OR= 2,51; IC95%: 1,13-3,92) estiveram significativamente associados com as lesões intra-epiteliais escamosas. **Conclusão:** Mulheres residentes na Ilha de Santa Luzia - Se com estilo de vida caracterizado por sexarca precoce, e com três ou mais parceiros sexuais nos últimos três anos tornam-se vulneráveis ao desenvolvimento das lesões intra-epiteliais escamosas.

Palavras-chave: Neoplasia intra-epitelial cervical, fatores de risco, esfregaço vaginal, estilo de vida, saúde da mulher.

ABSTRACT

Purpose: to verify the association between life style and the presence of the intra-epithelial lesions in women of the Island of Saint Luzia - Se, who is under treatment in the state reference. **Methods:** case-control study type, matching the three controls for each case according to age (± 1), and place of residence. We studied 238 women, of which 57 carried intraepithelial squamous lesions (cases) and 171 presented normal colon (controls). The average age was 38.5 ± 11.4 years, with a predominance of married and multigravidae women. A form was applied to all the citizens in order research the factors related to life style. For statistical analysis of the association between intraepithelial lesions and their factors, we used odds ratio with 95% interval confidence. The χ^2 and Fisher exact tests were used at a significance level, and tests of 0,05. All variables were submitted to the Kolmogorov-Smirnov test to detect the normality of the sample. **Results:** initiation of sexual activity less than or equal to 16 years (OR = 2.05, 95% CI: 1.09-3.92), number of sexual partners bigger or equal the three in last three years (OR=2.88; CI95%: 1.24-6.69), reference of previously sexually transmitted diseases (OR=2.51; CI95%: 1.43-4.83) were significantly associated with intraepithelial squamous lesion . **Conclusion:** Resident women in the Island of Saint Luzia - with life style characterized by early initiation of sexual activity, with three or more sexual partners in last the three years, and with a record of previously sexually transmitted diseases become vulnerable to the development of the intraepithelial squamous lesions.

Keywords: intraepithelial cervical neoplasia, risk factors, vaginal smears, life style, women's health.

Lesões precursoras do câncer de colo de útero e estilo de vida na Ilha de Santa Luzia – Sergipe- Brasil.

Precursory lesions of the uterine cervical cancer and style of life in the Island of Saint Luzia – Sergipe – Brazil.

INTRODUÇÃO

Apesar do avanço científico e tecnológico na área da saúde, com possibilidade de diagnóstico e tratamento das lesões precursoras, o câncer do colo do útero ainda representa problema de saúde pública, seja pela alta incidência, pela morbi-mortalidade em mulheres em idade economicamente produtivas, pela crescente exposição a fatores de risco ambientais, pela modificação de hábitos de vida da população ou, ainda pela importância socioeconômica, resultante de diagnóstico efetuado em estadiamento avançado, proporcionando tratamento oneroso e reduzindo as chances de cura.

Não obstante os métodos efetivos de detecção precoce e tratamento, a cada ano, no mundo são diagnosticados cerca de meio milhão de casos novos e duzentos e oitenta e oito mil mulheres morrem por ano em consequência desta causa¹. O impacto do câncer cervical na vida das mulheres é maior nos países da América Latina, da África e do sudoeste Asiático, onde ocorrem aproximadamente 80% dessas mortes².

Acomete principalmente mulheres de estrato social e econômico baixo e na fase produtiva de suas vidas. Estas mulheres, uma vez doentes, ocupam leitos hospitalares, o que compromete seu acesso no mercado de trabalho e as priva do convívio familiar, ocasionando importante ônus institucional e social⁴. Além de apresentarem vulnerabilidade social caracterizada principalmente pelas barreiras de acesso aos serviços de assistência à saúde da

mulher e às informações sobre auto-cuidado; pelas questões culturais como medo e preconceito dos companheiros⁵.

No Brasil, as estimativas de incidência para o ano 2007, apontaram para ocorrência de 20 casos novos por 100.000 mulheres no país. No Nordeste, este câncer representa o segundo tumor mais incidente (17/100.000). Em Sergipe, essas estimativas sinalizam risco estimado de 22,9 casos novos para cada 100.000 mulheres, que corresponde a 220 novos casos no estado³.

Tradicionalmente, o rastreamento do câncer do colo do útero tem se baseado na citologia cervicovaginal tradicional (CC), por meio do teste de Papanicolaou, na medida em que permite a detecção das lesões intra-epiteliais (SIL) antes que progridam para o câncer invasor⁶. A cobertura de 85% da população feminina é estabelecida pela OMS como meta na obtenção de impacto epidemiológico na redução de sua morbi-mortalidade³.

A história prévia da realização do teste de Papanicolaou tem demonstrado uma redução no risco de acometimento do câncer cervical quando comparado com as mulheres que nunca o realizaram. O aumento do risco é proporcional ao tempo do último teste realizado⁷.

Este teste é responsabilidade das equipes de Saúde da Família (ESF), garantido pela publicação, em 2001 da Norma Operacional Básica – NOAS que preconiza em relação às ações na prevenção câncer do cervico uterino, o rastreamento, a coleta de material para exame citológico, realização ou referência para exame citológico e alimentação dos sistemas de informações⁸.

O surgimento das lesões precursoras e do câncer do colo do útero, uma vez que possui os mesmos fatores de risco, estão atrelados ao estilo de vida sobrecarregado e estressante da mulher contemporânea que tem acumulado as funções de mãe e provedora do lar. Tal realidade associada ao descuido quanto aos hábitos alimentares, ausência de atividade

física e consumo de substâncias tóxicas ao organismo justifica o perfil epidemiológico da doença nas mulheres^{9, 10}.

A literatura especializada evidencia diversos fatores de risco extrínsecos, relacionados ao ambiente social e ao estilo de vida da mulher¹⁰, como elementos predisponentes para a maior suscetibilidade feminina a essa modalidade de neoplasia. Entre os fatores relacionados ao estilo de vida se destacam sexarca precoce, multiplicidade de parceiros sexuais, e o tabagismo. E os relacionados ao ambiente social têm-se condições de moradia e saneamento básico e acesso aos serviços de saúde. Há autores que defendem estes fatores como causas necessárias, porém não suficientes para o desenvolvimento do câncer cervical^{11, 12}.

O objetivo principal desta pesquisa foi verificar a associação entre estilo de vida e a presença das lesões intra-epiteliais em mulheres da Ilha de Santa Luzia, submetidas a tratamento no Ambulatório de Genitoscopia do Centro de Referência da Mulher.

No presente trabalho foi relatado os resultados de um estudo realizado por Gonçalves e Fakhouri (2008)²⁷, em mulheres com citologias cervicais prévias alteradas em um município sergipano com abrangência de 100% da estratégia saúde da família. Pretende-se assim, com esta pesquisa, contribuir para um maior conhecimento sobre os fatores de risco na progressão das lesões intra-epiteliais cervicais, conhecimento este que é relevante e necessário para a definição de estratégias de prevenção do câncer cervical.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo do tipo caso-controle com pareamento 3:1, no qual foram incluídas mulheres da Ilha de Santa Luzia, portadoras de SIL, independente do grau, em tratamento no Ambulatório de Genitoscopia do Centro de Referência da Mulher, no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2006.

Os dados foram coletados no Ambulatório de Genitoscopia do Centro de Referência da Mulher, responsável pelo tratamento das SIL no estado de Sergipe, e nas Unidades Básicas de Saúde da Família da Ilha de Santa Luzia, responsáveis pela vigilância à saúde das mulheres.

No ambulatório de genitoscopia foi realizada a identificação das mulheres em tratamento, nos bancos de dados do Sistema de Informações do controle do câncer do útero - SISCOLO, por meio do relatório de seguimento, e na Ilha foram realizadas visitas domiciliares às mulheres selecionadas como casos e os controles, entrevistas para aplicação do formulário e mapeamento dos fatores de risco de maior prevalência nas áreas/território de atuação das equipes multiprofissionais da Atenção Básica.

A amostra foi do tipo intencional, constituídas por mulheres com idades entre 21 e 76 anos, residentes na Ilha de Santa Luzia que procuraram atendimento espontâneo ou foram encaminhadas ao Ambulatório de Genitoscopia com comprovação diagnóstica colpocitologia oncológica e histopatologia de SIL, encontravam-se em tratamento na unidade até dezembro de 2006, e que concordaram em participar da pesquisa.

De um total de 85 mulheres atendida no ambulatório no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2006, foram excluídas da pesquisa vinte por não residirem na Ilha, duas pelo nível de compreensão não conseguiram responder o formulário, uma evoluiu a óbito e cinco não foram localizadas depois de reiteradas tentativas de contatos pela pesquisadora.

Foram excluídas da pesquisa, mulheres grávidas, hysterectomizadas, aquelas cujo nível de compreensão prejudicasse o entendimento e as respostas para o preenchimento do formulário específico, além daquelas que não concordaram em participarem do estudo.

Todas as mulheres envolvidas no estudo assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Tiradentes (protocolo nº. 020107). A abordagem das usuárias para esclarecimento e obtenção

da concordância em participar do estudo, assim como as respostas ao formulário foram realizadas pela autora.

Os casos constituíram-se de cinquenta e sete mulheres da Ilha de Santa Luzia, acometidas por SIL, que se encontrava em tratamento no ambulatório de referência. Foram consideradas como controles as mulheres residentes na Ilha, que apresentaram colpocitologia oncológica, com resultado normal, identificadas a partir do livro de registro da Unidade Básica de Saúde.

Foram selecionados três controles populacionais, para cada caso identificado, emparelhados segundo faixa etária (idade $\pm$ 1 ano), e local de moradia, seguindo em sequência das casas a partir do domicílio de cada caso, até encontrar o par, isto é, mulheres da mesma faixa etária.

Como instrumento de investigação foi utilizado o formulário de Silva (2004)¹³ que sofreu adaptação para esse estudo. As variáveis de controle estudadas foram características pertinentes a estilo de vida (início da atividade sexual, número de parceiros sexuais, tabagismo)

As variáveis independentes foram consideradas pela presença de desarranjo no epitélio estratificado no material de biópsia ou esfregaço do colo uterino. Foi categorizada em dois estágios: Lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau (NICI, NICI/HPV) e lesão intra-epitelial escamosa de alto grau (NICII e NICIII).

As características referentes ao estilo de vida pesquisadas foram: idade da sexarca, referida como a idade em que a mulher teve a primeira relação sexual, foi usada a categorização: ≤ 16 e ≥ 17 anos; número de parceiros sexuais, considerado como o número de parceiros sexuais nos últimos três anos que antecederam a pesquisa, usado à categorização: um a dois parceiros e três ou mais parceiros; tabagismo, considerado como a história de tabagismo, categorizada como sim e não.

Os dados foram registrados em formulário e posteriormente digitados e armazenados em banco de dados. Utilizou-se do Programa Computacional EPI-INFO, versão 3.3, para análise exploratória inicial e para a análise estratificada das variáveis. No caso das variáveis contínuas as médias referentes aos grupos foram calculadas com os respectivos desvios-padrões.

Todas as variáveis foram submetidas ao teste de Kolmogorov-Smirnov para a detecção da normalidade ou não da distribuição da amostra. As associações entre as variáveis categóricas e o desfecho tiveram sua significância estatística avaliada por meio de testes de Qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher.

Para a investigação de fatores potencialmente associados às lesões precursoras foram calculadas as razões de chances de prevalência (*Odds Ratio*) com seus respectivos intervalos de 95% de confiança, tomando como valor de referência a categorização considerada risco para lesão precursora na literatura consultada. Em todos os testes foi utilizado o nível de significância menor ou igual 0,05 ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 57 (67,1 %) das mulheres em tratamento de SIL. A idade variou entre 21 a 76 anos, com concentração na faixa etária de 21 a 47 anos, que correspondeu a 75% do grupo estudado, idade média $38,5 \pm 11,4$ anos, sendo a moda igual a 25 anos. O laudo citológico mostrou presença de lesão de células escamosas atípicas de significado indeterminado em 8,8%, lesões intra-epiteliais de baixo grau em 40,3% e as lesões intra-epiteliais de alto grau em 50,9% das mulheres.

O número de parceiros sexuais: um a dois = 77,2%; média de idade da sexarca foi igual a 16 anos com desvio padrão $\pm 3,9$ anos; fazem uso de contraceptivo: 59,6%; referência a DST anterior: 38,6%; não tabagistas 80,7%.

O estudo dos fatores relacionados ao desenvolvimento das lesões precursoras foi realizado por comparação entre os grupos: positivo (com lesão intra-epitelial) e negativo (com teste de Papanicolaou negativo para câncer cervico uterino).

Em relação às características pertinentes ao estilo de vida, verificou-se maior diferença entre os grupos casos e controles em relação à sexarca em mulheres com idade inferior ou igual a 16 anos (63,0 % versus 45,3%), número de parceiros sexuais superior a três (21,1% versus 8,2%), referência a DST anterior (38,6% versus 19,9%).. Ocorreu significância estatística em relação as variáveis estudadas (Tabela 1).

A chance de desenvolver SIL foi maior em mulheres com sexarca até 16 anos, mais de três parceiros nos últimos três anos, e referência a DST quando comparadas às mulheres que não apresentavam essas variáveis. Houve significância estatística.

Quanto ao tipo de DST, 86,5% referiram presença de HPV, 4,5% sífilis, gonorréia e tricomoníase respectivamente. Na microbiótica dos resultados do teste de Papanicolaou foram encontradas 80,7% de cocos e bacilos, enquanto que *Trichomonas vaginalis*, *Cândida albicans* e *Gardnerella vaginalis* consideradas como DST em 19,3% da população estudada.

A maioria das mulheres era não tabagista independente do grupo ao qual pertencia. Entretanto as fumantes estiveram concentradas nos grupos casos (19,3% versus 13,5%). A chance de desenvolver SIL foi quatro vezes maior entre as que tinham um consumo diário até 19 cigarros, embora não tenha sido encontrada significância estatística (Tabela 1).

Quanto ao estilo de vida, as mulheres que tiveram sexarca até os 16 anos concentram-se suas residências de maneira homogênea na área de abrangência das equipes de saúde da família. A grande maioria das mulheres que tiveram mais de três parceiros sexuais nos últimos três anos anteriores a pesquisa mora no centro da cidade, no conjunto Prisco e no bairro Móises. As mulheres que referiram DST anterior concentram-se no conjunto Prisco Viana, no Conjunto Móises e no Loteamento Marivan. As tabagistas residem na grande maioria no conjunto Prisco, no loteamento Marivan e no Olimar (Figura 1).

Em relação ao estilo de vida, o conjunto Prisco Viana parece concentrar a população de mulheres mais vulneráveis para acometimento de SIL, dentre as seis áreas de abrangência das ESF

DISCUSSÃO

A caracterização da população estudada evidenciou um grupo jovem, com média de idade de 38,5 anos, sendo a maioria (72%) acima de 30 anos, com moda igual a 25 anos. Este resultado é coincidente com os achados dos estudos realizado em Recife¹³ e Fortaleza¹⁴, e discordante dos encontrados na literatura especializada que aponta a ocorrência de SIL com maior frequência em mulheres menores de 30 anos¹⁵. Mulheres com menos de 30 anos, quando comparadas a mulheres mais velhas tiveram maior chance de desenvolver SIL, devido à iniciação cada vez mais precoce das atividades sexuais¹⁵.

Nesta pesquisa, a sexarca (início da atividade sexual) mostrou-se, como fator de risco para SIL. A ocorrência da sexarca antes dos 16 anos (14 e 15 anos) dobra-se o risco de desenvolvimento das lesões precursoras e do câncer do colo uterino comparada com aquelas que iniciaram depois dos 20 anos¹⁶. Provavelmente devido à maior vulnerabilidade do epitélio cervical na adolescência, consequência da metaplasia própria da idade. Outra possibilidade é a exposição ao HPV, ao iniciarem precocemente a atividade sexual¹⁷.

Este achado não tem apresentado mudanças no decorrer do tempo. Murta e colaboradores¹⁸, estudando 362 casos de câncer do colo uterino de 1995 a 1995, verificaram que a maioria das mulheres iniciou a atividade sexual antes dos 18 anos e este padrão não sofreu alterações durante os anos estudados.

Nascimento e colaboradores¹⁹ estudando um grupo de adolescentes na cidade do Rio de Janeiro observaram que a sexarca ocorre mais precocemente que nas gerações anteriores, independente do estrato social ao qual pertence. As implicações decorrentes desta

antecipação relacionam a sexarca como um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento da SIL¹⁷.

Ao relacionar a sexarca e a presença de lesões precursoras, foi observada diferença estatística significativa, vale ressaltar que a maioria das mulheres iniciaram a atividade sexual até os 16 anos, algumas antes da menarca. Quanto à idade da menarca, observou-se uma razão de chance de acometimento de lesão duas vezes maior em mulheres com idade da menarca até 12 anos.

O risco de acometimento para as lesões precursoras parece aumentar proporcionalmente ao número de parceiros sexuais no transcorrer da vida, múltiplos parceiros (maior ou igual a 4) nos últimos 6 a 12 meses é um fator de risco significativo para aquisição da infecção²⁰. Há risco cinco vezes maior em mulheres com dois ou mais parceiros antes de completar 20 anos²¹, variando de 17% em mulheres com um parceiro, até 83% em mulheres com cinco parceiros^{2, 20, 21, 22}.

Existe associação significativa entre o número de relações extraconjugais do parceiro, particularmente com profissionais do sexo, e o risco da infecção²². Na pesquisa mulheres com três ou mais parceiros nos últimos três anos apresentaram risco três vezes maior quando comparadas com mulheres com um até dois parceiros.

A associação entre SIL e referência a DST anterior pelas pesquisadas foi estatisticamente significativa. Parece que estas infecções agem como co-fatores na ativação dos mecanismos de transformação celular, levando ao processo inflamatório crônico ou depressão da imunidade do trato genital, favorecendo a infecção persistente pelo HPV²³.

O tabagismo não foi reconhecido neste estudo como fator de risco, resultado discordante ao referido na literatura especializada, provavelmente pelo número reduzido de tabagista. O risco está diretamente relacionado à idade de início do uso, período, frequência e

número de cigarros consumidos. A chance de desenvolver lesão precursora é de três a sete vezes maiores em mulheres que fumam do que nas não tabagistas¹².

As alterações encontradas no sistema imunológico periférico de mulheres tabagistas, tais como: redução do número e da atividade dos linfócitos, diminuição de células de Langerhans e baixos níveis sanguíneos de imunoglobulinas, além de metabólitos de nicotina no muco cervical, sugerem-se facilitar a mutagênese^{2, 21}.

A relação entre estilo de vida e saúde vai além do direito às condições materiais da existência, considerando que o ser humano deve ter respeitadas suas necessidades de ser. Este estilo de vida está condicionado às crenças de cada um, de suas possibilidades de promover qualidade de vida. A compreensão dos itens dos estilos de vida saudável funciona como janelas para elaboração da saúde individual e coletiva, uma vez que na pós-modernidade o indivíduo é responsável pela sua saúde²⁴.

A cobertura da estratégia Saúde da Família, neste município, corresponde a 100% do território, o que facilita o acesso aos serviços de prevenção do câncer do colo do útero. Estas ações são garantidas pela NOAS como responsabilidade das ESF, que tem com atividades prioritárias a coleta de material para exame citológico, realização ou referência para exame citológico e alimentação dos sistemas de informações⁸.

Como o teste de Papanicolaou é de responsabilidade da assistência básica de saúde, oferecida pelo modelo de Saúde da Família, esperava-se uma cobertura mais ampla das mulheres na faixa etária de maior risco, porém ainda não o fazem com regularidade^{4, 25}.

A dificuldade de adesão pode ser justificada pelo elevado contingente de mulheres sem instrução ou detentoras de conhecimentos elementares. Outra justificativa pode ser resultante da NOAS não priorizar a educação em saúde, que poderia possibilitar o acesso às informações e a autonomia das usuárias do sistema único de saúde sobre sua saúde e seus direitos civis. A valorização apenas do ato clínico na prevenção deste câncer não permite

redução no impacto sobre a doença e consequentemente na taxa de prevalência, demonstrada pela ineficácia dos programas de controle²⁶.

Este estudo sinaliza que os grupos que apresentam sexarca precoce, com antecedentes de DST, três ou mais filhos, que tiveram três ou mais parceiros nos últimos três anos têm maior probabilidade de desenvolver lesões intra-epiteliais escamosas.

Os resultados aqui expostos possibilitam:

a) aos profissionais de saúde trabalharem em cada fator de predisposição e vulnerabilidade, intervindo em meios preventivos para esta nosologia ser utilizados em atividades de esclarecimento sobre estilo de vida e lesão precursora do câncer cervical.;

b) estimular o acesso à informação, por parte da mulher, com ênfase nas formas de aquisição das lesões, e nos fatores de risco em grupos populacionais semelhantes. sensibilizar as mulheres à adesão para as atividades de prevenção com enfoque na necessidade de modificações no estilo de vida por esse estar associado a um maior risco de acometimento da lesão;

c) inclusão de atividades de educação em saúde da mulher e do homem nas práticas curriculares dos profissionais de saúde, com o propósito de num futuro próximo desempenhem ações profissionais, na área da saúde da mulher, com melhor nível de conscientização e comprometimento.

Por fim, salienta-se que as possibilidades aqui apresentadas já estão contempladas nas políticas públicas concernentes à saúde da mulher e a formação profissional, principalmente dos enfermeiros, contudo, considera-se pertinente lembrar a necessidade de rever a gestão do trabalho dos profissionais responsáveis pelas estratégias e ações que viabilizam essas políticas, por ser um dos importantes fatores da redução dos índices de lesões precursoras do câncer do colo de útero.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation. Geneva, 2002.
2. Franco EL; Duarte – Franco, E; Ferenczy, A. Cervical cancer epidemiology, prevention and role of human papillomavirus infection. *CMAJ*. 164(7) p.1017-1025, 2001.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2006: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2005.
4. Brenna, SMF ; Hardy, E ; Zeferino, LC ; Namura, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cad Saúde Pública*, 17(4), p. 909-914, 2001.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Falando sobre o câncer do colo do útero. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2002.
6. Veras, TMCW; Holanda Junior, F; Lins, MZ; Gomes, JT; Lima, FO; Silva, JB. *et al*, *et al*. Efetividade da captura híbrida para HPV no rastreamento primário de lesões cervicais na rotina de serviços de saúde. *DST- J. Bras. Doenças Sex Transm*. 18(1), p. 23-29, 2006.
7. Martins, LFL; Thuler, LCS; Valente, JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Rev. Bras. GinecolObstet*. 27(8), p. 485- 492, 2005.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de gestão: Departamento de Atenção Básica 1998 – 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

9. _____.Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.
10. Lima, CA; Palmeira, JAV; Cipolotti, R. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 22(10), p 2151-2156. Rio de Janeiro, 2006.
11. Gontijo R; Martins, CR; Derchain,S; Bragança, JF; Zeferino, LC; Sarian, LOZ; *et al.* Comportamento sexual e idade como fatores de risco para lesões intra-epiteliais e invasoras do colo do útero. *Rev Cienc. Med.*, Campinas, 13(1), p.13-21, 2004.
12. Pinto, AP; Tulio, S; Cruz, OR. Co-fatores do HPV na oncogênese cervical. *Rev Ass Med Bras.* 48(1), p.:73-78. 2002.
13. Silva, TT. Fatores de risco para neoplasia intra-epitelial cervical em pacientes submetidas à avaliação morfológica e pesquisa de DNA-HPV. Dissertação [Doutorado]. Faculdade de Medicina da Universidade Federal Pernambuco. Recife-Pe, 2004.
14. Bezerra, SJS. Fatores de risco para câncer de colo e lesões cervicais por Papilomavírus Humano. Dissertação [Mestrado] – Escola de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza - Ce, 2007.
15. Bezerra, SJS ; Gonçalves, PC ; Franco, ES ; Pinheiro, AKB. Perfil de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino. *J Bras Doenças Sex Transm.* 17(2) p.:143-148. 2005.
16. Munoz, N; Bosch, F. X.; De Sanjose, S.; Herrero, R; Castellsague, X; Shah, K. V. *et al.* Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med*, 348(6) ,p.: 518-27, 2003.
17. Morelle, MGLO. Lesões citopatológicas em um rastreamento populacional para câncer do colo uterino e tempo de atividade sexual das mulheres. Dissertação

- [Mestrado]. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências médicas. Campinas – SP, 2000.
18. Murta EFC ; Franca, HG ; Carneiro, MC ; Caetano, MSG ; Adad, SJ ; Souza, MAH. Câncer do colo uterino: correlação com o início da atividade sexual e paridade. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 21(9), p. 555-559, 1999.
 19. Nascimento, MI; Pires, ES; Gil, DQ; Nunes, GG; Balboa, V; Stasiak, FV; *et al.* Characteristics of a group of adolescents with suspected cervical intraepithelial neoplasia. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 27(10), p:619-26, 2005.
 20. Silveira, G P G; Pessini, S A. Câncer de colo uterino: lesões precursoras. In HALBE, Hans Wolfgang. Tratado de ginecologia. 2ª reimpressão da 2ª edição. São Paulo: Roca, 1998.
 21. Ferenczy, A; Franco E. Persistent human papillomavirus infection and cervical neoplasia. *Lancet Oncol.* 3 p.:11-16, 2002.
 22. Rombaldi, R.L. Serafini, E.P., Villa, L.L. *et al. et al.* Infection with human papillomaviruses of sexual partners of women having cervical intraepithelial neoplasia. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*,39(2), p.177-187, 2006.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis - DST. 4. ed. Brasília, DF, 2006.
 24. Castellsague, X.; Muñoz, N. Chapter 3. Cofactors in human papillomavirus Carcinogenesis - role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 31 p.20-28, 2003.
 25. Silva, IMR; Brenna, SMF; Moriwaki, OM; Mariani Neto, C. Avaliação dos programas brasileiros para controle do câncer genital feminino. *Rev. Administração em Saúde*, 6(24), p. 97-102, 2004.

26. Oliveira, MM. A prevenção do câncer do colo do útero, no contexto da estratégia saúde da família, da área básica de Distrital-oeste/sertãozinho, do município de Ribeirão Preto – SP. Dissertação [Mestrado] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, 2002.
27. Gonçalves, MC. Fatores de risco associados às lesões precursoras do câncer do colo do útero na ilha de Santa Luzia-Sergipe. Orientador Ricardo Fakhouri. Dissertação [Mestrado]- Universidade Tiradentes. Aracaju, Se, 2008.

Tabela 1. Características pertinentes ao estilo de vida das mulheres com lesão intra-epitelial cervical nos grupos de casos e controle. Ilha de Santa Luzia - Se, 2007.

Variáveis	Grupos				OR	IC	P
	Casos (N=57)		Controles (N= 171)				
	N	(%)	N	(%)			
N= 228						95%	
SEXARCA (anos)*							P= 0,035
≤ 16	34	63,0	77	45,3	2,05	1,09 – 3,85	
≥ 17	20	37,0	93	54,7	0,49	0,26 -0,91	
Nº. DE PARCEIROS SEXUAIS**							P= 0,02
≤ 2	44	77,2	148	86,5	0,35	0,15-0,80	
≥ 3	12	21,1	14	8,2	2,88	1,24-6,69	
REFERÊNCIA A DST ANTERIOR***							P= 0,008
Sim	22	38,6	34	19,9	2,51	1,31 - 4,83	
Não	35	61,4	136	79,5	0,40	0,21 - 0,76	
TABAGISMO							P= 0,42
Sim	11	19,3	23	13,5	1,5	0,63 - 3,30	
Não	47	80,7	147	86,0	0,67	0,30 - 147	
CONSUMO DE CIGARROS DIÁRIOS							P=0,22
≤ 19	10	17,5	16	9,4	4,38	0,47 - 41,07	
≥ 20	1	1,8	7	4,1	0,23	0,02 - 2,15	
TEMPO DE TABAGISMO (anos)							P=0,71
≤ 9	4	7,0	11	6,4	0,62	0,14 - 2,73	
≥ 10	7	12,3	12	7,0	1,6	0,37 - 7,02	

OR = odds ratio. IC95% = intervalo de confiança. p = qui-quadrado. * Uma mulher do grupo caso não respondeu esta pergunta; ** Apenas uma mulher do grupo caso e nove do grupo controle referiram não ter tido nenhum parceiro nos últimos três anos. *** Uma mulher do grupo controle não soube responder essa pergunta.

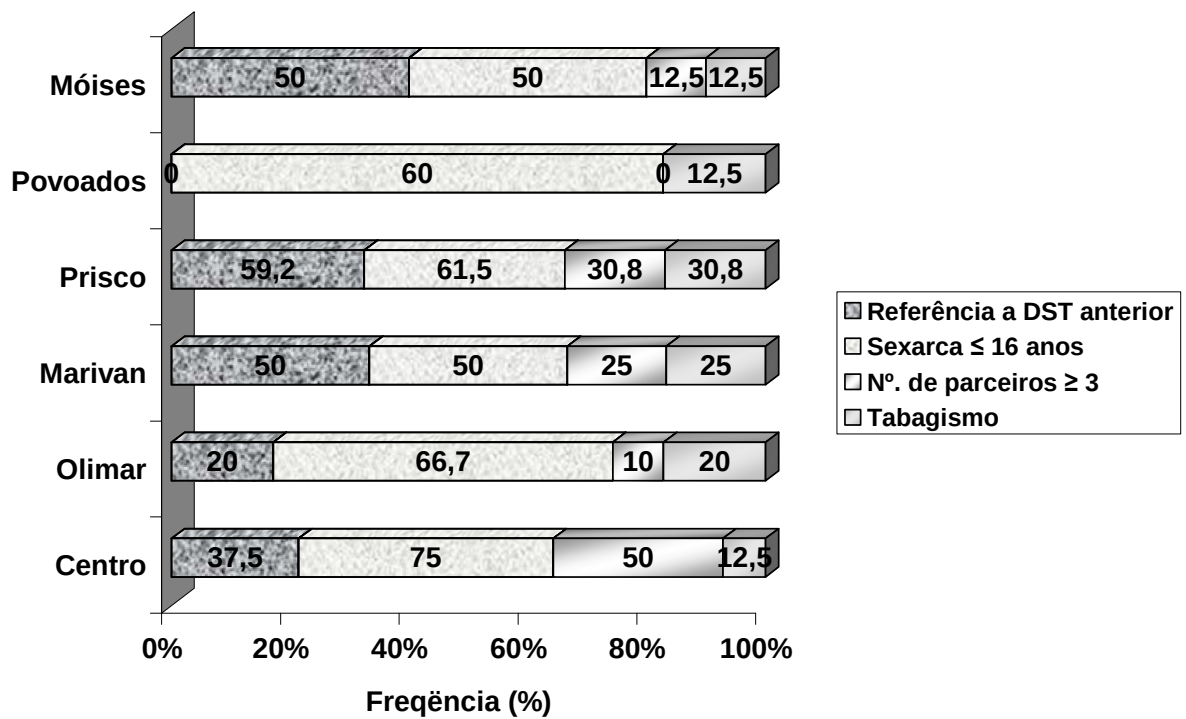


Figura 1. Distribuição das características pertinentes ao estilo de vida das mulheres pesquisadas em ordem decrescente do Odds Ratio por área de abrangência das equipes de saúde da família. Ilha de Santa Luzia – Se, 2007.

APÊNDICES/ANEXOS

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: Fatores de risco associados às lesões precursoras do câncer do colo do útero na Ilha de Santa Luzia – Sergipe.

Eu, _____, RG _____, fui convidada pela Enfermeira Marieta Cardoso Gonçalves (COREN/SE nº. 30197) , enfermeira do Ambulatório de Genitoscopia, devidamente identificada, para participar do estudo que tem por objetivo, saber o que leva as mulheres a ter “ferida” no colo do útero.

Fui informada que serão utilizados os meus dados e o nome da rua em que mora, mas o meu nome e meu endereço serão mantidos em sigilo. Também fui informada que minha participação é voluntária, não serei prejudicada no meu tratamento. Assim como, poderei desistir de participar do estudo a qualquer momento.

Como as mulheres serão visitadas no seu endereço, não sendo necessário deslocamento para o Ambulatório de Genitoscopia para participar da pesquisa e não trará prejuízo quer seja físico, emocional ou financeiro, não haverá formas de indenizações ou ressarcimento.

Qualquer dúvida ou reclamação poderei entrar em contato com a Enfermeira Marieta no Centro Referência da Mulher, telefone: 32592791 ramal 36 ou 37, de terça a sexta-feira no período da tarde.

Considero-me satisfeita com as explicações da Enfermeira Marieta e concordo em participar como voluntária do estudo. Como tenho dificuldade para ler (SIM| NÃO) o texto acima. Atesto também que a Enfermeira Marieta leu pausadamente esse documento e esclareceu minhas dúvidas, e como tenho dúvidas tem a minha concordância para participar da pesquisa coloquei a baixo minha assinatura (ou impressão digital).

Aracaju, ____ de _____ de 2007.

Assinatura

Mariêta Cardoso Gonçalves (Pesquisadora)

APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DOS CASOS

Projeto de Pesquisa: Fatores de risco associados às lesões precursoras do câncer do colo do útero na Ilha de Santa Luzia – Sergipe.

1. Caso Nº _____ Data ____/____/____	1. ☐ ☐ ☐
2. Endereço: _____	
3. Área _____ Micro-área _____	
4. Idade: _____	4. ☐ ☐
5. Profissão: _____ (Codificação posterior)	5. ☐ ☐
6. Estado civil: (1- Casada/companheiro fixo; 2- Solteira; 3- Viúva; 4- Separada)	6. ☐ ☐
7. Escolaridade: (1- sem instrução ou elementar; 2- ensino fundamental; 3- ensino médio; 4- superior)	7. ☐ ☐
8. Idade da primeira menstruação: (00 – não sabe; 99- não informou)	8. ☐ ☐
9. Idade da primeira relação sexual: (00 – não sabe; 99- não informou)	9. ☐ ☐
10. Número de gestações: (1- nuligestas(nenhuma); 2- primigestas(uma vez); 3- paucigestas (duas a três vezes); 4- multigestas(quatro ou mais vezes)	10. ☐ ☐
11. Número de parceiro(s) sexuais nos últimos três anos:	11. ☐ ☐
12. Método contraceptivo: (1-Sim 2- Não)	12. ☐ ☐
13. Se sim, especificar (1- Pílula; 2- Injeção; 3- Condom; 4- DIU; 5- Diafragma; 6-Ligadura tubária; 7- Coito interrompido)	13. ☐ ☐
14. Antecedentes de doenças sexualmente transmissíveis: (1- Sim 2- Não)	14. ☐ ☐
15. Se sim especificar (1- HPV; 2-Sífilis; 3- Gonorréia; 4- Herpes Genital; 5- Tricomoniase; 6- HIV; 7- Cancro)	15. ☐ ☐
16. Fuma? (1- Sim 2- Não)	16. ☐ ☐
17. Quanto(s) cigarro(s) fuma por dia?	17. ☐ ☐
18. Há quanto tempo fuma?	18. ☐ ☐
19. Há quanto tempo realizou exame de Papanicolaou?	19. ☐ ☐
20. Com qual frequência realiza o exame de Papanicolaou?	20. ☐ ☐
21. Última Citologia: (1- Negativa; 2 – NIC I; 3- NIC II; 4 – NICIII; 5 – Carcinoma invasor)	21. ☐ ☐
22. Biopsia: (1 – NIC I; 2- NIC II; 3 – NICIII)	22. ☐ ☐
23. Presença de HPV: (1- Sim 2- Não)	23. ☐ ☐
24. Onde você mora tem Unidade Básica de Saúde da Família com atendimento à saúde da mulher? (1- Sim 2- Não)	24. ☐ ☐
25. Tipo de moradia (1-tijolo/adobe; 2- taipa revestida; 3- taipa não revestida; 4- madeira; 5- material aproveitado)	25. ☐ ☐
26. Número de cômodos	26. ☐ ☐
27. Destino do lixo (1- coletado; 2- queimado/enterrado; 3- céu aberto)	27. ☐ ☐
28. Tratamento da água no domicílio (1-filtrada; 2- fervura; 3- coloração; 4- sem tratamento)	27. ☐ ☐
29. Abastecimento de água (1- rede pública; 2- poço ou nascente; 3- outros)	28. ☐ ☐
30. Destino dos dejetos (1-sistema de esgoto; 2-fossa; 3- céu aberto)	30. ☐ ☐

APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DOS CONTROLES

Projeto de Pesquisa: Fatores de risco associados às lesões precursoras do câncer do colo do útero na Ilha de Santa Luzia – Sergipe.

1. Controle Nº _____ Caso correspondente Nº _____ Data ____/____/____ 1□□□
2. Endereço: _____
3. Área _____ Micro-área _____
4. Idade: 4. □□
5. Profissão: _____ (Codificação posterior) 5. □□
6. Estado civil: (1- Casada/companheiro fixo; 2- Solteira; 3- Viúva; 4- Separada) 6. □□
7. Escolaridade: (1- sem instrução ou elementar; 2- ensino fundamental; 3- ensino médio; 4- superior) 7. □□
8. Idade da primeira menstruação: (00 – não sabe; 99- não informou) 8. □□
9. Idade da primeira relação sexual: (00 – não sabe; 99- não informou) 9. □□
10. Número de gestações: (1- nuligestas(nenhuma); 2- primigestas(uma vez); 3- paucigestas (duas a três vezes); 4- multigestas(quatro ou mais vezes) 10. □□
11. Número de parceiro(s) sexuais nos últimos três anos: 11. □□
12. Método contraceptivo: (1- Sim 2- Não) 12. □□
13. Se sim, especificar (1- Pílula; 2- Injeção; 3- Condom; 4- DIU; 5- Diafragma; 6- Ligadura tubária; 7- Coito interrompido) 13. □□
14. Antecedentes de doenças sexualmente transmissíveis: (1- Sim 2- Não) 14. □□
15. Se sim especificar (1- HPV; 2-Sífilis; 3- Gonorréia; 4- Herpes Genital; 5- Tricomoníase; 6- HIV; 7- Cancro) 15. □□
16. Fuma? (1- Sim 2- Não) 16. □□
17. Quanto(s) cigarro(s) fuma por dia? 17. □□
18. Há quanto tempo fuma? 18. □□
19. Há quanto tempo realizou exame de Papanicolaou? 19. □□
20. Com qual frequência realiza o exame de Papanicolaou? 20. □□
21. Onde você mora tem Unidade Básica de Saúde da Família com atendimento à saúde da mulher? (1- Sim 2- Não) 21. □□
22. Tipo de moradia (1-tijolo/adobe; 2- taipa revestida; 3- taipa não revestida; 4- madeira; 5- material aproveitado) 22. □□
23. Número de cômodos 23. □□
24. Destino do lixo (1- coletado; 2- queimado/enterrado; 3- céu aberto) 24. □□
25. Tratamento da água no domicílio (1-filtrada; 2- fervura; 3- coloração; 4- sem tratamento) 25. □□
26. Abastecimento de água (1- rede pública; 2- poço ou nascente; 3- outros) 26. □□
27. Destino dos dejetos (1-sistema de esgoto; 2-fossa; 3- céu aberto) 27. □□

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIA DO PROJETO DE PESQUISA

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: Fatores de risco associados às lesões precursoras do câncer do colo do útero na Ilha de Santa Luzia.

Pesquisador Responsável Mariêta Cardoso Gonçalves

Data da Versão 10/02/2007

Cadastro 020207

Data do Parecer 28/02/2007

Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

Objetivos do Projeto OBJETIVO GERAL

Estudar a prevalência de fatores de risco das lesões intra-epiteliais cervicais em mulheres do município de Barra dos Coqueiros, submetidas a tratamento no Ambulatório de Genitoscopia do Centro de Referência da Mulher, no período de 1999 a dezembro 2006.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar os fatores de risco de maior prevalência na população estudada.
2. Delimitar as micro-áreas de abrangência em que se concentram os grupos de maior risco de acometimento para as lesões intra-epiteliais cervicais.
3. Selecionar os fatores de risco por micro-área.
4. Associar os fatores de risco às lesões precursoras.

Sumário do Projeto

O câncer de colo de útero é um dos principais cânceres genitais em mulheres em todo o mundo, com significativa morbidade e mortalidade. Com o objetivo de estudar a prevalência dos fatores de risco das lesões intra-epiteliais cervicais visando subsidiar às ações de enfermagem, realizar-se-á um estudo tipo caso-controle com pareamento 3:1, no qual serão incluídas todas as mulheres do município de Barra dos Coqueiros que fazem tratamento no Ambulatório de Genitoscopia do Centro de Referência da Mulher para tratamento das lesões intra-epiteliais cervicais - NIC (casos) e mulheres residentes no município com colo normal (controles), pareadas por idade (± 1), escolaridade e local de moradia, no período de fevereiro a dezembro de 2007. Será aplicado a todos os sujeitos formulário padronizado, para pesquisa de fatores comportamentais, fatores reprodutivos, ambiente de moradia e acesso aos serviços de atenção à saúde da mulher. Os dados serão tratados por meio do programa Epi-Info versão 3.3 e interpretados a partir da apreciação descritiva para as variáveis univariadas; para análise estatística de associação de NIC com os fatores de risco, será utilizado o Odds Ratio, teste qui-quadrado e teste exato de Fisher, ao nível de significância de 0,05. O resultado deste projeto, poderá ser utilizado na reorientação do planejamento das ações à saúde da mulher, principalmente nas ações de enfermagem no processo de implementação de estratégias de rastreamento/busca ativa, ampliação das cobertura de exames Papanicolaou, e identificação das ações alternativas que poderão ser propostas visando estimular adoção de hábitos saudáveis referentes ao auto-cuidado, ao ambiente domiciliar e seu entorno.

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequados
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não informado
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Outro (citar no comentário)
Outras instituições envolvidas	Sim

Página 1-2

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA LUZIA
Profª Suzane Rodrigues Gonçalves
Coord. do Comitê de Pesquisa

Condições para realização	Adequadas
Comentários sobre os itens de Identificação	

Introdução	Comentário
Comentários sobre a Introdução	

Objetivos	Adequados
Comentários sobre os Objetivos	

Pacientes e Métodos	
Delineamento	Adequado
Tamanho de amostra	Total 248 Local
Cálculo do tamanho da amostra	Adequado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Não se aplica
Crterios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco- benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Avaliação dos dados	Adequada - quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Comentário
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim

Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos

Em relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sugiro que sejam observadas as orientações que constam na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente os itens 'a'; 'b' e 'i'.

Itens 'a', 'b' e 'i' - Mesmo tendo informado o objetivo da pesquisa, é necessário que a justificativa do estudo, bem como os procedimentos que serão realizados juntamente com os desconfortos, os benefícios esperados e riscos possíveis, pois de acordo com o artigo V, considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco, e estes devem ser relatados ao paciente, assim como as forma de indenização diante de eventuais danos da pesquisa.

Cronograma	Adequado
Data de início prevista	
Data de término prevista	
Orçamento	Adequado
Fonte de financiamento externa	Não

Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento

Referências Bibliográficas	Adequadas
Comentários sobre as Referências Bibliográficas	

Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais sobre o Projeto

O projeto tem sua aprovação condicionada às correções sugeridas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UNIVERSIDADE TIRADENTES - UNT

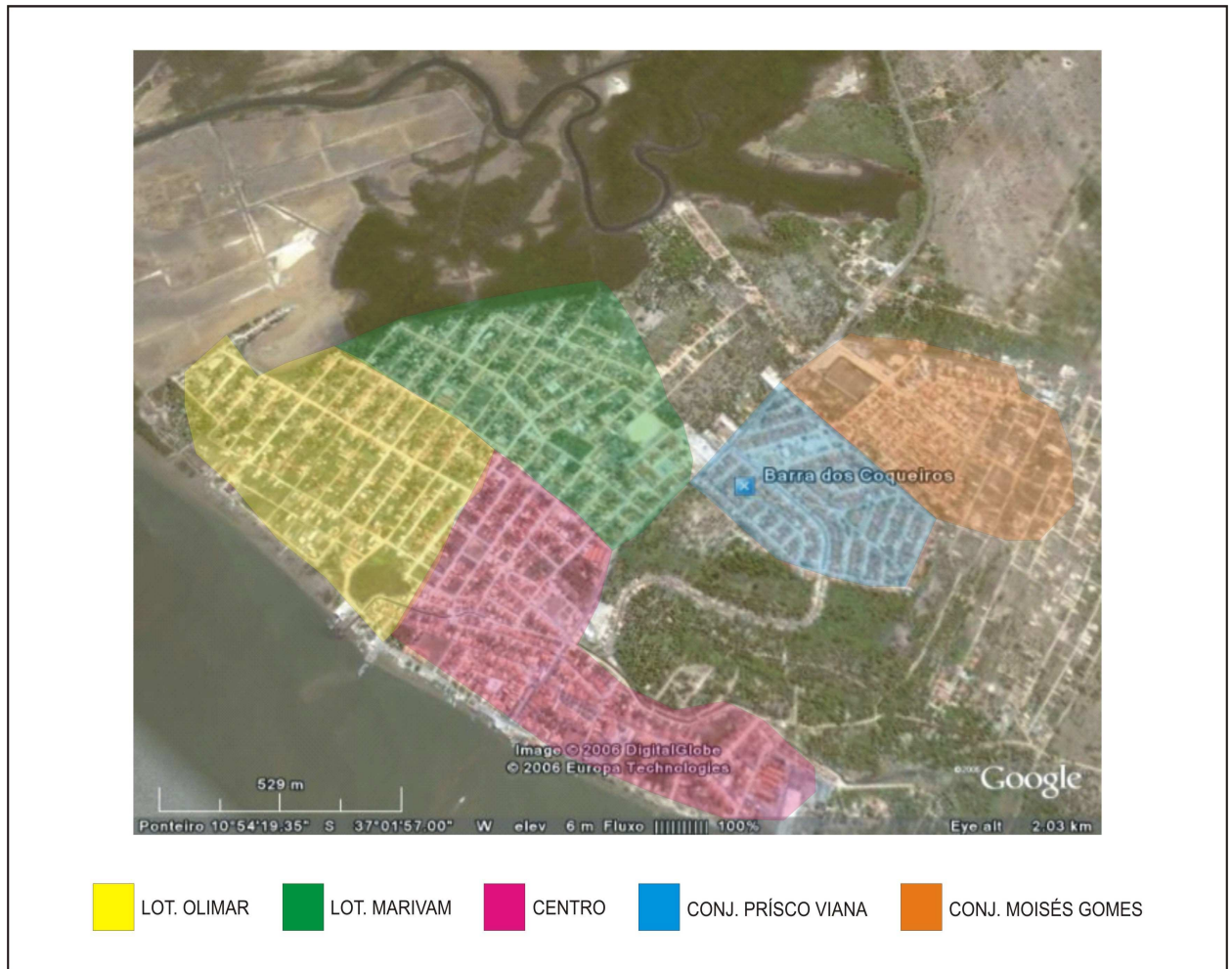
 Profª Suzane Rodrigues J. Gonçalves
 Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DO AMBIENTE SOCIAL DOS CASOS E CONTROLES

Ficha A, verso - modelo

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #f2f2f2;">TIPO DE CASA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Tijolo/Adobe</td><td></td></tr> <tr><td>Talpa revestida</td><td></td></tr> <tr><td>Talpa não revestida</td><td></td></tr> <tr><td>Madeira</td><td></td></tr> <tr><td>Material aproveitado</td><td></td></tr> <tr><td>Outro - Especificar:</td><td></td></tr> <tr><td>Número de cômodos / peças</td><td></td></tr> <tr><td>Energia elétrica</td><td></td></tr> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #f2f2f2;">DESTINO DO LIXO</th> </tr> <tr><td>Coletado</td><td></td></tr> <tr><td>Queimado / Enterrado</td><td></td></tr> <tr><td>Céu aberto</td><td></td></tr> </tbody> </table>	TIPO DE CASA		Tijolo/Adobe		Talpa revestida		Talpa não revestida		Madeira		Material aproveitado		Outro - Especificar:		Número de cômodos / peças		Energia elétrica		DESTINO DO LIXO		Coletado		Queimado / Enterrado		Céu aberto		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #f2f2f2;">TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Filtração</td><td></td></tr> <tr><td>Fervura</td><td></td></tr> <tr><td>Cloração</td><td></td></tr> <tr><td>Sem tratamento</td><td></td></tr> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #f2f2f2;">ABASTECIMENTO DE ÁGUA</th> </tr> <tr><td>Rede geral</td><td></td></tr> <tr><td>Poço ou nascente</td><td></td></tr> <tr><td>Outros</td><td></td></tr> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #f2f2f2;">DESTINO DE FEZES E URINA</th> </tr> <tr><td>Sistema de esgoto (rede geral)</td><td></td></tr> <tr><td>Fossa</td><td></td></tr> <tr><td>Céu aberto</td><td></td></tr> </tbody> </table>	TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO		Filtração		Fervura		Cloração		Sem tratamento		ABASTECIMENTO DE ÁGUA		Rede geral		Poço ou nascente		Outros		DESTINO DE FEZES E URINA		Sistema de esgoto (rede geral)		Fossa		Céu aberto	
TIPO DE CASA																																																					
Tijolo/Adobe																																																					
Talpa revestida																																																					
Talpa não revestida																																																					
Madeira																																																					
Material aproveitado																																																					
Outro - Especificar:																																																					
Número de cômodos / peças																																																					
Energia elétrica																																																					
DESTINO DO LIXO																																																					
Coletado																																																					
Queimado / Enterrado																																																					
Céu aberto																																																					
TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO																																																					
Filtração																																																					
Fervura																																																					
Cloração																																																					
Sem tratamento																																																					
ABASTECIMENTO DE ÁGUA																																																					
Rede geral																																																					
Poço ou nascente																																																					
Outros																																																					
DESTINO DE FEZES E URINA																																																					
Sistema de esgoto (rede geral)																																																					
Fossa																																																					
Céu aberto																																																					

ANEXO C - MAPA DO MUNICÍPIO DE BARRA DOS COQUEIROS



ANEXO D - NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA PARA ELABORAÇÃO DO ARTIGO

A **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** (Rev Bras Ginecol Obstet. ISSN 0100 7203), publicação mensal de Divulgação Científica da Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia ([FEBRASGO](#)), é dirigida a obstetras, ginecologistas e profissionais de áreas afins, com o propósito de publicar contribuições originais sobre temas relevantes no campo da ginecologia, da obstetrícia e áreas correlatas. É aberta a contribuições nacionais e internacionais.

O material enviado para análise não poderá ter sido submetido simultaneamente para publicação em outras revistas nem publicado anteriormente. Na seleção dos manuscritos para publicação, avalia-se a originalidade, a relevância do tema e a qualidade da metodologia utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela Revista. O material referente a artigos recusados não será devolvido.

Todos os manuscritos submetidos à Revista serão analisados por pareceristas anônimos e o sigilo é garantido em todo o processo de revisão. Cópias dos pareceres dos revisores serão enviados aos autores. Os manuscritos aceitos e os aceitos condicionalmente serão enviados para os autores para que sejam efetuadas as modificações e para que os mesmos tomem conhecimento das alterações a serem introduzidas a fim de que o trabalho seja aceito para publicação. Os autores deverão retornar o texto com as modificações solicitadas logo que possível, devendo justificar na carta de encaminhamento, se for o caso, o motivo do não atendimento de sugestões. Não havendo retorno do trabalho após seis meses, será considerado que os autores não têm mais interesse na publicação.

Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de responsabilidade dos autores. O manuscrito enviado para publicação deve ser redigido em português.

A Revista publica contribuições nas seguintes categorias:

1. Artigos Originais, trabalhos completos prospectivos, experimentais ou retrospectivos. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original terão prioridade para publicação.

2. Notas Prévias de trabalhos em fase final de coleta de dados, mas cujos resultados sejam originais e relevantes para justificar sua publicação.

3. Relatos de Casos, de grande interesse e bem documentados, do ponto de vista clínico e laboratorial; o texto deve ser baseado em revisão bibliográfica atualizada. O número de referências pode ser igual a dos trabalhos completos.

4. Técnicas e Equipamentos, que são apresentações de inovações em diagnóstico, técnicas cirúrgicas e tratamentos, desde que não sejam, clara ou veladamente, propaganda de drogas ou outros produtos.

5. Artigos de Revisão e Atualização, incluindo avaliação crítica e sistematizada da literatura. A seleção dos temas é baseada em planejamento estabelecido pela editoria e Editores Associados. Os autores convidados devem ter publicações em periódicos sobre o tema escolhido. O número de autores das revisões poderá variar entre um e quatro, dependendo do tipo de texto e da metodologia empregada. Devem ser descritos os métodos e procedimentos adotados para a obtenção do texto podendo ser empregadas técnicas para se obter atualizações, metaanálises ou revisões sistemáticas. O texto deve ser baseado em revisão atualizada da literatura. Apresentar, além do texto da revisão, Resumo, Abstract e conclusões. Ver a seção Preparo do Manuscrito para informações quanto ao texto, página de rosto, Resumo e Abstract. Contribuições espontâneas poderão ser aceitas. Neste caso, deve ser enviado inicialmente um resumo ou esboço do texto, a lista de autores e respectivas publicações sobre o tema. Havendo interesse da Revista, serão convidados para redigir e enviar o texto definitivo. No caso de contribuições espontâneas, aplicam-se as normas citadas para os autores convidados.

6. Comentários Editoriais, sob solicitação do editor.

7. Resumos de Teses apresentadas e aprovadas nos últimos 12 meses, contados da data do envio do Resumo. Deverão conter aproximadamente 250 palavras e seguir as normas da Revista quanto à estruturação, forma e ao conteúdo. Incluir título em português e inglês e, no mínimo, três palavras ou expressões-chave. O Resumo deve ser enviado em disquete com uma cópia impressa. Em arquivo separado, informar: nome completo do autor e do orientador; membros da banca; data de apresentação e a identificação do Serviço ou Departamento onde a

Tese foi desenvolvida e apresentada. Devem ser enviados: Título em inglês, palavras-chave e keywords.

8. Cartas dos leitores para o editor, versando sobre matéria editorial ou não, mas com apresentação de informações relevantes para leitor. As cartas poderão ser resumidas pela editoria, mas com manutenção dos pontos principais. No caso de críticas a trabalhos publicados, a carta será enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente.

Informações gerais

1. A Revista não aceitará material editorial com objetivos comerciais.
2. Conflito de interesses: devem ser mencionadas as situações que poderiam influenciar de forma inadequada o desenvolvimento ou as conclusões do trabalho. Entre estas situações, menciona-se a participação societária nas empresas produtoras das drogas ou equipamentos citados ou utilizados no trabalho, assim como em aos concorrentes. São também consideradas fontes de conflito os auxílios recebidos, as relações de subordinação no trabalho, consultorias, etc.
3. No texto, deverá ser mencionada a submissão e aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizado o trabalho.
4. Artigo que trate de pesquisa clínica com seres humanos, deve incluir a declaração de que os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado.
5. A partir de agosto de 2007, os periódicos indexados nas bases de dados Lilacs e SciELO deverão exigir que os ensaios controlados aleatórios (randomized controlled trials) e ensaios clínicos (clinical trials) submetidos para publicação tenham o registro em uma base de dados de Ensaios Clínicos. Essa decisão é decorrente da orientação da Plataforma Internacional para Registros de Ensaios Clínicos (ICTRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS), do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). As instruções para o registro estão disponível no endereço eletrônico do ICMJE (http://www.icmje.org/clin_trialup.htm) e

o registro poderá ser feito na base de dados de Ensaios Clínicos da National Library of Medicine disponível em <http://clinicaltrials.gov/ct/gui>.

6. O número de autores de cada manuscrito é limitado a sete. Trabalhos de autoria coletiva (institucionais) deverão ter os responsáveis especificados. Trabalhos e estudos multicêntricos poderão ter número de autores compatível com o número de centros (cada situação será avaliada pela editoria e revisores). Os investigadores responsáveis pelos protocolos aplicados deverão ser especificados no fim do artigo. O conceito de co-autoria é baseado na contribuição substancial de cada um, seja para a concepção e planejamento do trabalho, análise e interpretação dos dados, ou para a redação ou revisão crítica do texto. A inclusão de nomes cuja contribuição não se enquadre nos critérios citados não é justificável. Todos os autores deverão aprovar a versão final a ser publicada.

7. Os autores serão informados, por carta, do recebimento dos trabalhos e o número de protocolo na Revista. Os trabalhos que estiverem de acordo com as Instruções aos Autores e se enquadrarem na política editorial da Revista serão enviados para análise por revisores indicados pelo Editor.

8. Os originais em desacordo com essas instruções serão devolvidos aos autores para as adaptações necessárias, antes da avaliação pelo Conselho Editorial.

9. Junto com os originais, deve ser enviada carta de encaminhamento assinada por todos os autores. Podem ser enviadas cartas separadas. Na carta, deve ficar explícita a concordância com as normas editoriais, com o processo de revisão e com a transferência de copyright para Revista. O material publicado passa a ser propriedade da **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** e da FEBRASGO, só podendo ser reproduzido, total ou parcialmente, com a anuência destas entidades.

10. Para manuscritos originais, não ultrapassar 25 páginas de texto digitado. Limitar o número de Tabelas e Figuras ao necessário para apresentação dos resultados que serão discutidos (como norma geral, limitar a cinco). Para manuscritos do tipo Relato de Caso e Equipamentos e Técnicas, não ultrapassar quinze páginas, reduzindo também o número de Figuras e/ou Tabelas. As Notas Prévias deverão ser textos curtos, com até 800 palavras, cinco Referências Bibliográficas e duas ilustrações (ver Preparo do Manuscrito, Resultados).

11. Envie disquete devidamente identificado com o arquivo contendo texto, Tabelas, gráficos e as legendas de outras Figuras (fotos). Encaminhar também três cópias impressas do manuscrito. O envio por e-mail deve ser feito quando solicitado pela editoria para o trabalho completo ou partes do mesmo após a revisão.

Preparo dos manuscritos

As normas que se seguem foram baseadas no formato proposto pelo International Committee of Medical Journal Editors e publicado no artigo Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, atualizado em fevereiro de 2006 e disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org/>.

Apresentação do texto

1. Os trabalhos devem ser digitados em espaço 2 em todas as seções, da página de rosto às Referências Bibliográficas, Tabelas e legendas. Cada página deve conter aproximadamente 25 linhas em uma coluna. Usar preferencialmente o processador de texto Microsoft Word[®] e a fonte Times New Roman 12. Não dar destaque a trechos do texto: não sublinhar e não usar negrito. Numerar todas as páginas iniciando pela página de rosto.

2. Não usar maiúsculas nos nomes próprios (a não ser a primeira letra) no texto ou nas Referências Bibliográficas. Não utilizar pontos nas siglas (DPP em vez de D.P.P.). Quando usar siglas ou abreviaturas, descrevê-las por extenso na primeira vez que forem mencionadas no texto.

3. Para impressão, utilize folhas de papel branco, deixando espaço mínimo de 2,5 cm em cada margem. Inicie cada seção em uma nova página: página de rosto; Resumo e palavras ou expressões-chave; Abstract e Keywords; texto; Agradecimentos; Referências Bibliográficas; Tabelas individuais e legendas das Figuras não digitadas.

Página de rosto. Apresentar o título do trabalho em português e em inglês; nomes completos dos autores sem abreviaturas; nome da instituição onde o trabalho foi desenvolvido, titulação, afiliação institucional dos autores, informações sobre auxílios recebidos sob forma de financiamento, equipamentos ou fornecimento de drogas. Indicar o nome, endereço, telefone,

fax e e-mail do autor para o qual a correspondência deverá ser enviada. O autor deverá indicar quais informações pessoais não deverão ser publicadas.

Na segunda página deverá ser apresentado um **Resumo** do trabalho. Para trabalhos completos, redigir um resumo estruturado que deverá ser dividido em seções identificadas: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Deverá ter aproximadamente 300 palavras. O Resumo deverá conter as informações relevantes, permitindo ao leitor ter uma idéia geral do trabalho. Deverá incluir descrição resumida de todos os métodos empregados e da análise estatística efetuada. Expor os resultados numéricos mais relevantes, não apenas indicação de significância estatística. As conclusões devem ser baseadas nos resultados do trabalho e não da literatura. Evitar o uso de abreviações e símbolos. Não citar Referências Bibliográficas no Resumo. Abaixo do Resumo, indicar o número de registro e ou/identificação para os ensaios controlados aleatórios (randomized controled trials) e ensaios clínicos (clinical trials).

Na mesma página do Resumo citar pelo menos cinco palavras ou expressões-chave que serão empregadas para compor o índice anual da Revista. Deverão ser baseados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) publicado pela Bireme, que é uma tradução do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine e está disponível no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br>.

Em outra página deve ser impresso o Abstract como versão fiel do texto do Resumo estruturado (Purpose, Methods, Results, Conclusions). Deve ser também acompanhado da versão para o inglês das palavras ou expressões-chave (Keywords). O Resumo e o Abstract dos Relatos de Casos e Artigos de Revisão e de Atualização não devem ser estruturados e serão limitado a 150 palavras. Para Notas Prévias, não há necessidade do Resumo.

Introdução: repetir na primeira página da Introdução o título completo em português e inglês. Nessa seção, mostre a situação atual dos conhecimentos sobre o tópico em estudo, divergências e lacunas que possam eventualmente justificar o desenvolvimento do trabalho, mas sem revisão extensa da literatura. Para Relatos de Casos, apresentar um resumo dos casos já publicados, epidemiologia da condição relatada e uma justificativa para a apresentação como caso isolado. Exponha claramente os objetivos do trabalho.

Métodos: iniciar esta seção indicando o planejamento do trabalho: se prospectivo ou retrospectivo; ensaio clínico ou experimental; se a distribuição dos casos foi aleatória ou não, etc. Descrever os critérios para seleção das pacientes ou grupo experimental, inclusive dos controles. Identifique os equipamentos e reagentes empregados. Se a metodologia aplicada já tiver sido empregada anteriormente, dê as referências, além da descrição resumida do método. Descreva também os métodos estatísticos empregados e as comparações para as quais cada teste foi empregado.

Os trabalhos que apresentem como objetivo a avaliação da eficácia ou tolerabilidade de tratamento ou droga, deve necessariamente incluir grupo controle adequado. Para informações adicionais sobre o desenho de trabalhos deste tipo, consultar ICH Harmonized Tripartite Guideline _ Choice of Control Group and Related Issues in Clinical Trials (http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/e10_e.html). Ver também item 4 das Informações Gerais.

Resultados: apresentar os resultados em seqüência lógica, com texto, Tabelas e Figuras. Apresente os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que serão discutidos. Não repita no texto dessa seção todos os dados das Tabelas e Figuras, mas descreva e enfatize os mais importantes sem interpretação dos mesmos (ver também Tabelas). Nos Relatos de Casos, as seções Material e Métodos e Resultados são substituídas pela descrição do caso, mantendo-se as demais.

Discussão: devem ser realçadas as informações novas e originais obtidas na investigação. Não repetir dados e informações já mencionadas nas seções Introdução e Resultados. Evitar citação de Tabelas e Figuras. Ressaltar a adequação dos métodos empregados na investigação. Compare e relacione as suas observações com as de outros autores, comentando e explicando as diferenças que ocorrerem. Explique as implicações dos achados, suas limitações e faça as recomendações decorrentes. Para Relatos de Casos, basear a Discussão em ampla e atualizada revisão da literatura. Recomenda-se tabular informações sobre os casos já publicados para comparação.

Agradecimentos: dirigidos a pessoas que tenham colaborado intelectualmente, mas cuja contribuição não justifique co-autoria, ou para os que tenham dado apoio material.

Referências: todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar dessa seção e vice-versa. Numere as Referências Bibliográficas por ordem de entrada no trabalho e use esses números para as citações no texto. Evite número excessivo de Referências Bibliográficas,

selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregue citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos ou publicações de circulação restrita. Não empregue referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Artigos aceitos para publicação podem ser citados acompanhados da expressão: aceito e aguardando publicação, ou *in press* indicando-se o periódico, volume e ano. No caso de citações de outras publicações dos autores, incluir entre as Referências Bibliográficas apenas trabalhos originais (não citar capítulos ou revisões), impressas em periódicos regulares e relacionados ao tema. O número de Referências Bibliográficas deve ser de 25 a 30 aproximadamente. Para Notas Prévias, no máximo 10. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das Referências Bibliográficas.

Para todas as referências, citar todos os autores até o sexto. Se houver mais de seis autores, citar os seis primeiros, seguidos da expressão *et al.*, conforme os seguintes modelos:

• **Artigos em revistas**

Formato impresso

Moran CA, Suster S, Silva EG. Low-Grade serous carcinoma of the ovary metastatic to the anterior mediastinum simulating multilocular thymic cysts: A clinicopathologic and immunohistochemical study of 3 cases. *Am J Surg Pathol*. 2005;29(4):496-9.

Parpinelli MA, Faúndes A, Cecatti JG, Surita FG, Pereira BG, Passini Junior R, et al. Subnotificação da mortalidade materna em Campinas: 1992 a 1994. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2000;22(1):27-32.

Miyatake T, Ueda Y, Yoshino K, Shroyer KR, Kanao H, Sun H, et al. Clonality analysis and human papillomavirus infection in squamous metaplasia and atypical immature metaplasia of uterine cervix: is atypical immature metaplasia a precursor to cervical intraepithelial neoplasia 3? *Int J Gynecol Pathol*. 2007;26(2):180-7.

• **Formato eletrônico**

Apenas para informações estatísticas oficiais e citação de referências de periódicos não impressos. Para estatísticas oficiais, indicar a entidade responsável, o endereço eletrônico, o nome do arquivo ou entrada. Incluir o número de telas, data e hora do acesso. Para documentos eletrônicos com o identificador DOI (Digital Object Identifier) mencionar no final da referência, além das informações abaixo.

- Cabar FR, Nomura RMY, Costa LCV, Alves EA, Zugaib M. Cesárea prévia como fator de risco para o descolamento prematuro da placenta. *Rev Bras Ginecol Obstet*. [periódico na Internet]. 2004 Out [citado 2005 Mar 19]; 26(9):[cerca de 15 p.]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-720320040009000006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

- Kremer LCM, Caron HN. Anthracycline cardiotoxicity in children [perspective]. N Engl J Med [serial on the Internet]. 2004 Jul [cited 2004 Sep 29];351(2):[about 2 p.]. Available from: <http://gateway.ut.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>

• **Livro**

- Baggish MS, Karram MM. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2006.

-

• **Capítulos de livro**

- Daher S, Mattar R, Sass N. Doença hipertensiva específica da gravidez: aspectos imunológicos. In: Sass N, Camano L, Moron AF, editores. Hipertensão arterial e nefropatias na gravidez. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 45-56.

Tabelas: imprimir Tabelas em páginas separadas, com espaço duplo e fonte Arial 8. A numeração deve ser seqüencial, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as Tabelas deverão ter título e todas as colunas da Tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. A legenda deverá conter informações que permitam ao leitor entender o conteúdo das Tabelas e Figuras, mesmo sem a leitura do texto do trabalho. As linhas horizontais devem ser simples e limitadas a duas no topo e uma no final da Tabela. Não empregar linhas verticais. Não usar funções de criação de Tabelas, comandos de justificação, tabulações decimais ou centralizadas. Utilizar comandos de tabulação (*tab*) e não o espaçador para separar as colunas e, para nova linha, a tecla *enter*. No rodapé da Tabela, deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados.

Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações): as Figuras deverão ser impressas em folhas separadas e numeradas seqüencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as Figuras deverão ser em preto e branco, com qualidade gráfica adequada (usar somente fundo branco), e apresentar título e legenda, digitados em letra Arial 8. No disquete ou CD, devem ser enviadas em arquivo eletrônico separado do texto (a imagem aplicada no processador de texto não significa que o original está copiado). Para evitar problemas que comprometam o padrão da Revista, o processo de digitalização de imagens (scan) deverá obedecer aos seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas usar

800 dpi/bitmap para traço; para ilustrações e fotos (preto e branco) usar 300 dpi/RGB ou grayscale. Em todos os casos, os arquivos deverão ter extensão .tif e/ou .jpg. No caso de não ser possível a entrega do arquivo eletrônico das Figuras, os originais devem ser enviados em impressão a laser (gráficos e esquemas) ou papel fotográfico (preto e branco) para que possam ser devidamente digitalizadas. Também serão aceitos arquivos com extensão .xls (Excel), .cdr (CorelDraw), .eps, .wmf para ilustrações em curva (gráficos, desenhos, esquemas). Serão aceitas, no máximo, cinco Figuras. Se as Figuras já tiverem sido publicadas, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração.

Legendas: imprimir as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e Tabelas. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada Figura e Tabela, e na ordem que foram citados no trabalho.

Abreviaturas e Siglas: devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das Tabelas e Figuras, devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. As abreviaturas e siglas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no Resumo.

Envio dos manuscritos: os documentos deverão ser enviados para: Jurandyr Moreira de Andrade **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** – Editoria Avenida Bandeirantes, 3.900, 8º andar - Campus Universitário CEP 14049-900 - Ribeirão Preto/SP Fone: (16) 3602-2803 - Fax: (16) 3633-0946.

Itens para a conferência do manuscrito: antes de enviar o manuscrito, confira se as Instruções aos Autores foram seguidas e verifique o atendimento dos itens listados a seguir:

1. Carta de encaminhamento assinada por todos os autores;
2. Citação da aprovação do projeto do trabalho por Comissão de Ética em Pesquisa (na Seção Paciente e Métodos); e termo de consentimento livre informado;
3. Conflito de interesses: quando aplicável, foi mencionado, sem omissão de informações relevantes?
4. Página de rosto com todas as informações solicitadas;
5. Resumo e Abstract estruturados e compatíveis com o texto do trabalho;
6. Cinco ou mais Palavras-chave relacionadas ao texto e respectivas *Keywords*;

7. Mídia (disquete, CD ou DVD) contendo arquivo com o texto integral, Tabelas e gráficos, corretamente identificado;
8. Tabelas e Figuras: todas estão corretamente citadas no texto e numeradas? As legendas permitem o entendimento das Tabelas e das Figuras?;
9. Fotos devidamente identificadas e anexadas à correspondência;
10. Referências Bibliográficas: numeradas na ordem de aparecimento e corretamente digitadas. Verificar se todos os trabalhos citados estão na lista de Referências Bibliográficas e se todos os listados estão citados no texto.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2008 Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

Av. das Américas, 8445, sala 711 - Barra da Tijuca
22793-081 - Rio de Janeiro RJ - Brasil
Tel.: (55 21) 2487-6336
Fax: (55 21) 2429-5133

<mailto:publica%E7%F5es@febrasgo.org.br>