



PRÁTICAS PREVENTIVAS E O ENFRENTAMENTO AO HPV EM MULHERES NO CONTEXTO RURAL

Elis Amanda Atanázio Silva

Universidade Federal da Paraíba – elispsicologiaufpb@yahoo.com.br

Lidianny Braga Pereira

Universidade Federal da Paraíba – lidiannypsi@yahoo.com.br

Clodoval Bento de Albuquerque Segundo

Universidade Federal da Paraíba – albuquerquesegundo@icloud.com

Iria Raquel Borges Wiese

Universidade Federal da Paraíba -irbwiese@yahoo.com.br

Ana Alayde Werba Saldanha

Universidade Federal da Paraíba – analayde@gmail.com

Resumo: O reconhecimento da importância do Papiloma Virus Humano (HPV) e dos agravos associados emerge como um novo desafio no âmbito da saúde pública, levando em conta as especificidades das formas de transmissão e de manifestação ao longo da vida, se fazendo presente na maioria dos casos de câncer de colo uterino, tendo como formas de prevenção o rastreamento das lesões precursoras e a vacinação. Assim, este estudo teve como objetivo analisar as práticas em saúde e o enfrentamento ao HPV de mulheres residentes em cidades rurais do Estado da Paraíba. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e analítico de caráter transversal, realizado em 16 cidades, cujo design foi quantitativo, o qual teve uma amostra de 421 mulheres em idade reprodutiva (abaixo de 50 anos), e qualitativo, composto por 16 mulheres com diagnóstico de HPV. Foi utilizado um questionário estruturado, sendo os dados analisados por estatística descritiva (medidas de tendência central e dispersão) e estatística relacional (Qui-quadrado e t-Student, correlação); e entrevistas, as quais foram analisadas com base em categorias determinadas a partir dos temas suscitados. Os dados do estudo quantitativo apontam para um perfil de mulheres com média de idade de 35,6 anos (DP=8,13), casadas (75%), com escolaridade fundamental (51%), exercendo função de dona



de casa (32%) com renda de até dois salários mínimos (93%) e 49% recebe algum benefício social. Embora a média da idade em que ocorreu a iniciação sexual seja aos 18,8 anos (DP=4,59), verifica-se que para 23% ocorreu entre os 10 e 15 anos, 71% afirmando não terem feito uso do preservativo na primeira relação sexual e apenas 12% afirmam uso constante atualmente. Do total das participantes, 24% afirmaram nunca terem consultado com um ginecologista, 45% afirmaram que se sentem constrangidas na consulta; 11% referiram nunca ter feito exame Papanicolau, 42% nunca fizeram ultrassonografia e 77% mamografia. Complicações ginecológicas foram afirmadas por 36% das mulheres, destas, 24% afirmaram ter tido alguma inflamação ou infecção mas não souberam especificar. A maternidade foi afirmada por 86% das mulheres investigadas, com o número de filhos variando entre 1 e 11 (M=2; DP=1,44 – 88% até 3 filhos) e 56% das mulheres afirmou utilizar métodos contraceptivos, sobretudo o anticoncepcional oral ou injetável (32%). Em relação à avaliação dos serviços em saúde em geral foi atingido o escore médio de 6,3 (DP=3,02, variando de 0 a 10), portanto satisfatório, apesar de serem elencadas muitas dificuldades de acesso. A partir das entrevistas com mulheres diagnosticadas com HPV, evidenciaram-se quatro categorias: *Diagnóstico Tardio*; *Momento do Diagnóstico*; *Dificuldade de Acesso*; e *Prevenção*. Assim, evidenciou-se a falta de informação acerca do HPV e da necessidade de campanhas que incentivem as mulheres moradoras de cidades rurais a realizarem os exames preventivos, apontando para aspectos de vulnerabilidade programática. Portanto, ressalta-se a importância de suscitar o debate acerca da saúde sexual e reprodutiva das mulheres residentes em cidades rurais, da prevenção ao HPV e do câncer de colo de útero, bem como estudos que considerem esses contextos mais marginalizados quanto ao acesso às políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: HPV, prevenção, rural.

Introdução

O reconhecimento da importância do Papiloma Virus Humano (HPV) e dos agravos associados emerge como um novo desafio no âmbito da saúde pública, levando em conta as especificidades das formas de transmissão e de manifestação ao longo da vida, se fazendo presente na maioria dos casos de câncer de colo uterino (RAMA et al., 2008). Duas formas de



prevenção foram propostas: o rastreamento das lesões precursoras e a imunização contra o HPV (BRASIL, 2013).

Estima-se que a vacinação de 70% das meninas contra o HPV antes dos 13 anos, combinado com ao menos três Papanicolau em mulheres de 35 a 45 anos, preveniria 100.000 novos casos de câncer, reduzindo o risco em 61%. Visando um alcance de no mínimo 80% de cobertura vacinal, gerando uma “imunidade coletiva”, o Sistema Único de Saúde (SUS) está disponibilizando a vacina quadrivalente contra o HPV (contra quatro tipos de HPV: 6, 11, 16 e 18) para meninas de 9 a 13 anos (BRASIL, 2013).

Ocorrendo em Unidades Básicas de Saúde (UBS) como rotina e em escolas públicas e privadas por ocasião das ações extramuros, o esquema adotado pelo Ministério da Saúde é composto por três doses: a primeira dose oferecida nas escolas e UBS, segunda será aplicada com intervalo de seis meses e a terceira, de reforço, cinco anos após a primeira dose, as duas últimas administradas na unidade de saúde. Pressupõe-se que os meninos passam a ser protegidos indiretamente com a vacinação do grupo feminino (“imunidade de rebanho”), havendo drástica redução na transmissão do HPV entre homens (BRASIL, 2013).

Não obstante a constatação de que a suscetibilidade ao câncer é determinada pela interação de múltiplos genes, portanto, caracterizando-se como genética, a ocorrência da doença é conectada às desigualdades sociais. O fato de as coberturas serem maiores nas áreas mais desenvolvidas, urbanas e entre as pessoas de maior renda, influenciam também na efetividade da saúde suplementar no padrão de desigualdades sociais no acesso (TRAVASSOS, OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; VIEIRA, 2010).

Embora muitos fatores, particularmente socioeconômicos, contribuam para a situação de saúde nas áreas rurais, elenca-se o acesso inadequado ao sistema de cuidados efetivos à saúde, seguido pelos problemas relacionados à oferta e a organização dos serviços de saúde, a dificuldade de se atrair médicos e outros profissionais de saúde, além da grande rotatividade destes profissionais e a qualidade da assistência oferecida (TRAVASSOS, OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). Ressaltam-se, ainda, os fatores culturais, onde as noções populares sobre as doenças e seus meios de infecção derivadas contribuem para a uma exposição diferenciada aos problemas de saúde na população rural, podendo levar a uma baixa demanda por modernas intervenções na saúde (VIEIRA, 2010).

Neste sentido, a grande diversidade cultural brasileira pode provocar reflexos na busca do cuidado para a saúde. Na região Nordeste brasileira, a histórica repetição de problemas sociais como os derivados das secas nordestinas revelam um quadro de carências sociais agravadas pela ausência de investimentos contínuos, no sentido da superação e reversão das



adversidades. O efeito imediato e mais comumente associado à seca é a pobreza que resulta, por sua vez, da falta de oportunidade de trabalho alternativo àqueles que dependem basicamente do desenvolvimento da agricultura nas áreas por ela atingidas.

Dos 223 municípios paraibanos, 66% têm menos de 11.000 habitantes, podendo-se considerar como um sistema de cidades pequenas, em geral sem centralidade, e às vezes muito pequenas até mesmo em termos de um conceito de cidade; elas existem, no Brasil, por força de uma definição legal de cidade-sede de município, podendo ser consideradas “cidades rurais”.

Partindo destes pressupostos, questiona-se: como promover a prevenção e promoção da saúde nestas comunidades? Que recursos estas populações utilizam para resolver seus problemas de doença? Como se dá o acesso aos serviços de saúde, essenciais para a efetivação do esquema vacinal do HPV? Como promover a testagem com o Papanicolau? De que forma se dá o diagnóstico e o tratamento? Partindo do pressuposto de que, anterior à implementação de intervenções, faz-se mister avaliar as condições estruturais de vida e de acesso aos serviços de saúde em cada contexto e comunidade, tendo como base o modelo teórico da vulnerabilidade, este estudo teve como **objetivo** analisar as práticas em saúde e o enfrentamento ao HPV de mulheres residentes em cidades rurais.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e analítico de caráter transversal, cujo *designé* quantitativo e qualitativo. A amostra quantitativa foi constituída por 421 mulheres em idade reprodutiva (abaixo de 50 anos), provenientes de 16 cidades rurais, estratificadas por macro região de saúde do Estado da Paraíba (4), regiões de saúde (13). Para a parte qualitativa, foram entrevistadas 16 mulheres com diagnóstico de HPV com a mesma estratificação.

Foi utilizado um questionário com respostas objetivas referentes às práticas sexuais, preventivas e aspectos clínicos associados ao HPV, além de itens referentes à avaliação do serviço e atendimento em saúde. Para a parte qualitativa foram realizadas entrevistas domiciliares baseadas no método das cenas para a exploração de situações de experiências relacionadas ao agravo em saúde. Os dados coletados por meio das questões objetivas foram analisados por estatística descritiva (medidas de tendência central e dispersão) e estatística relacional (Qui-quadrado e t-Student, correlação).

A análise dos conteúdos das entrevistas foi realizada com base em Categorias determinadas a partir dos temas suscitados. Este estudo foi realizado considerando os aspectos



éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos e submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba.

Resultados e Discussões

Dados Quantitativos

Os dados sociodemográficos apontam para um perfil de mulheres com média de idade de 35,6 anos (DP=8,13, variando entre 18 a 49 anos), distribuídos nas faixas etária de 18 a 29 anos (31%) e 30 a 49 anos (69%). São casadas (75%), com escolaridade fundamental (51%), exercendo função de dona de casa (32%) ou agricultoras (18%) e 27% atividades formais, na maioria no comércio ou prestação de serviços gerais, com renda de até dois salários mínimos (93%) e 49% recebe algum benefício social. Embora a média da idade em que ocorreu a iniciação sexual seja aos 18,8 anos (DP=4,59 – variando entre 10 e 39 anos), verifica-se que para 23% ocorreu entre os 10 e 15 anos.

A partir dessa caracterização da amostra percebe-se o baixo nível sócio econômico dessas mulheres, bem como a iniciação sexual precoce, reforçando a cultura dos contextos rurais, a qual remonta à subordinação da mulher frente a figura masculina, seja para reforçar a ideia do homem provedor e machista, seja para reforçar a mulher enquanto aquela que precisa ser “do lar”, fazendo-se necessário refletir sobre as questões de gênero nesse contexto (PEREIRA; LOZANO, 2012).

Em relação ao uso de preservativo, 71% afirmaram não terem feito uso na primeira relação sexual e apenas 12% afirmam uso constante atualmente. A interrupção do uso ocorrida para 65% da amostra se deu devido à confiança estabelecida (57%), uso de outros métodos contraceptivos ou impossibilidade de gravidez (20%), desconforto (9%), por ser casada (7%) e pelo desejo de engravidar (7%). Apenas 10% referiram ter dificuldade em solicitar ao parceiro o uso de preservativo.

Associando o uso do preservativo com a faixa etária, verifica-se que o uso na primeira relação sexual e a continuidade do uso em todas as relações sexuais, são maiores para a faixa etária menor (18 a 29 anos; $X^2=26,961$; $p=,000$ e $X^2=12,565$; $p=,002$), no entanto, não houve diferença estatisticamente significativa para a interrupção do uso e motivos para tal. Da mesma forma, não houve diferença entre a idade da iniciação sexual e o uso de preservativo na primeira relação e nas demais.

Do total da amostra, 24% das mulheres afirmaram nunca terem consultado com um ginecologista. Dentre às que frequentam o serviço de ginecologia, 49% o fazem anualmente, 41% semestralmente e 10% apenas quando apresentam sintomas. A comparação por faixa



etária apresentou diferença estatística quando em relação à consulta ginecológica, maior entre aquelas mulheres com maior idade ($X^2=4,207$; $p=,040$). A consulta ginecológica causa constrangimento para as mulheres em 45% dos casos, causada principalmente pela vergonha em expor partes corporais íntimas (71%), atendimento por profissional do sexo oposto (25%) e por não ter costume (4%). Em relação a exames preventivos, 11% referiram nunca ter feito exame Papanicolau, 42% nunca fizeram ultrassonografia e 77% mamografia. Complicações ginecológicas foram afirmadas por 36% das mulheres, sendo 20% cistos nos ovários, 17% DST (sendo 15 casos de HPV, 7 casos de Candidíase e 1 caso de sífilis) 14% miomatose uterina, 12% leucorreia. Destaca-se que 24% afirmaram ter inflamação ou infecção sem saber especificar.

Conforme aponta BRASIL (2013), sabe-se que a consulta ginecológica tem, sobretudo um caráter preventivo ao câncer de colo de útero. Sendo assim, torna-se importante o diálogo com essas mulheres acerca dessas questões que as impedem de ter o hábito de cuidar da sua saúde sexual e reprodutiva, bem como é importante que os profissionais de saúde acolham essas mulheres em suas demandas.

A maternidade foi afirmada por 86% das mulheres investigadas, com o número de filhos variando entre 1 e 11 (Média de 2 filhos; $DP=1,44$ – 88% até 3 filhos). A maioria referiu ter realizado o pré-natal ainda que de forma incompleta. As justificativas dadas pelas 34 mulheres que não realizaram o pré-natal (11%) se referem, principalmente, à ausência de serviço de saúde na localidade (08), dificuldade de acesso/distância (05) e desconhecimento da importância (03). Apenas 56% das mulheres afirmou utilizar métodos contraceptivos, dentre eles destaca-se o anticoncepcional oral ou injetável (32%) e preservativo masculino (10%). Foi citado ainda a laqueadura como método contraceptivo (8%).

Em relação à avaliação dos serviços em saúde em geral foi atingido o escore médio de 6,3 ($DP=3,02$, variando de 0 a 10), portanto satisfatório. Dentre as principais queixas, estão a falta de médicos diariamente (76%), ausência de hospital (74%) e de equipamentos/laboratórios para exames (69%). Embora o acesso ao serviço de saúde tenha sido avaliado, de forma geral, como fácil (84%), dentre as dificuldades impostas ao atendimento foram citadas a dificuldade de agendamento (40%), distância (23%) e a dificuldade de transporte (18%). O deslocamento até o serviço de saúde é feito caminhando (55%), de carro próprio (28%) ou transporte pago (17%). A maioria das mulheres não tem acompanhante para o atendimento em saúde (53%).

Aponta-se que a acessibilidade dos serviços de saúde é fator preponderante para que o esquema vacinal contra o HPV seja garantido e efetivado. Bem como, assim como apontado



no estudo de MANOEL et al. (2017), é necessário que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre a vacinação, de modo a garantir que estas cheguem até os usuários dos serviços, desconstruindo possíveis mitos envolvidos nela e, por sua vez, ampliando o acesso à mesma.

Dados Qualitativos

A partir do resultado das entrevistas com mulheres diagnosticadas com HPV, evidenciaram-se quatro categorias: *Diagnóstico Tardio*; *Momento do Diagnóstico*; *Dificuldade de Acesso*; e *Prevenção*.

Em relação à categoria *Diagnóstico Tardio*, observou-se que, apesar da existência dos serviços de saúde, por vergonha, falta de informação e ausência de sintomas aparentes, só buscaram atendimento quando do aparecimento de verrugas, coceira ou vermelhidão. No *momento do diagnóstico* – segunda categoria - emergiram sentimentos de medo, fragilidade e associação com a morte, justificados pela falta de esclarecimentos sobre a doença pelos profissionais, restrita à prescrição medicamentosa e indicação de cauterização da ectopia, além das expressões faciais dos médicos e enfermeiras, que levavam à dedução de gravidade.

Na terceira categoria, *dificuldade de acesso*, ressalta-se a necessidade de deslocamento para centros maiores a fim de realizar a colposcopia e o tratamento. Além disso, foram citados o fato de não ter com quem deixar os filhos e falta de apoio do marido. Na categoria *Prevenção*, observou-se ausência do uso de preservativo, justificado pela confiança no parceiro, conforme também observado em pesquisa realizada por SILVA (2012).

Evidenciou-se a falta de informação acerca do HPV e da necessidade de campanhas que incentivem as mulheres moradoras de cidades rurais a realizarem os exames preventivos, apontando para aspectos de vulnerabilidade programática. Destaca-se também, corroborando o estudo de BLENDIA et al. (2016), a preocupante frequência com que ocorre o diagnóstico tardio, mesmo quando se faz o exame preventivo, uma vez que este possui algumas limitações, a exemplo da alta taxa de falsos negativos, sendo necessário propor outras formas de diagnóstico para infecção decorrente de HPV.

Conclusões

Os resultados do estudo trazem implicações importantes para a efetivação do esquema vacinal proposto para o HPV, uma vez que apontam adequação entre a idade de iniciação sexual das participantes desse estudo e a faixa etária abordada no esquema (9 a 13 anos), administradas nas UBS e escolas. Destaca-se que, ainda que a faixa etária do presente estudo



não seja a mesma do esquema vacinal, tem implicações também para o mesmo, uma vez que é formada, provavelmente, pelas mães das adolescentes, exercendo influencia no cuidado com a saúde. No entanto, as duas últimas doses podem ser prejudicadas pela forma como o tema é abordado (ou não abordado) nas consultas pelos profissionais de saúde, pela ausência de campanhas específicas e pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Da mesma forma, a proposição de, ao menos, três exames Papanicolau em mulheres de 35 a 45 anos, é prejudicada pela ausência de laboratórios, ausência de hospitais e de médicos diariamente nas cidades rurais, levando à necessidade de deslocamento para centros urbanos maiores, fato este observado pelo número de mulheres que nunca fizeram uma consulta ginecológica, nunca realizaram o teste Papanicolau, ultrassonografia e mamografia.

O estudo aponta ainda que, embora a geração mais jovem tenha aumentado o uso do preservativo tanto na primeira relação sexual quanto na sua continuidade, este é interrompido quando a relação afetiva se torna estável, justificadas pela confiança no parceiro e pelo fato de ser casada. Crenças estas fundamentadas no mito do amor romântico, pilares da instituição do casamento.

A organização da rede de saúde deve estar preparada para lidar com a especificidade de cada contexto sócio-cultural na construção de políticas de saúde. As dificuldades das mulheres moradoras em cidades rurais, mais do que derivadas das desigualdades de gênero como comumente preconizadas, se devem, além da carência de informações específicas e contextualizadas, às condições estruturais dos serviços de saúde que dificultam, sobremaneira, o seu acesso.

Espera-se que esse estudo venha suscitar o debate acerca da saúde sexual e reprodutiva das mulheres residentes em cidades rurais, da prevenção ao HPV e do câncer de colo de útero, bem como aponta para a necessidade de novos estudos na área, considerando esses contextos mais marginalizados quanto ao acesso às políticas públicas de saúde.

Referências Bibliográficas

BEZERRA, S. J.; GONÇALVES, P. C.; FRANCO, E. S.; PINHEIRO, A. K. Perfil de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino. **J bras doenças sex transm**, v. 17, n. 2, p. 143-8, 2005.



BLENDA, E, et al. Tumores relacionados ao HPV: estudo retrospectivo de quatro casos sobre mulheres pós-menopausa. **Anais de Medicina**, 2016.

BRASIL. **Guia prático sobre HPV: perguntas e respostas**. Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/Guia%20Pr%C3%A1tico%20HPV%20Perguntas%20e%20Respostas_0.pdf

MANOEL, A. L., et al. Avaliação do conhecimento sobre o vírus do papiloma humano (HPV) e sua vacinação entre agentes comunitários de saúde na cidade de Tubarão, Santa Catarina, em 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 399-404, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000200399&lng=en&nrm=iso>.

RAMA, C. H., et al. Prevalência do HPV em mulheres rastreadas para o câncer cervical. **Revista de saúde pública**, v. 42, n.1, p. 123-130, 2008.

PEREIRA, M. A. S; LOZANO, L. Um olhar de gênero e de geração nos universos rurais. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 589-592, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000200021&lng=en&nrm=iso

SILVA, E. A. A. Dinâmica das relações afetivas: crenças e implicações para a vulnerabilidade à Aids. **Dissertação de Mestrado**. UFPB, Paraíba: 2012.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

VIEIRA, E. W. R. Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais. **Dissertação de Mestrado**. UFMG, Belo Horizonte: 2010.