

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES SUBMETIDAS A CIRURGIA NA UNIDADE DE GINECOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO*

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF WOMEN WHO UNDERWENT SURGERY AT THE GYNAECOLOGY UNIT FROM A UNIVERSITY HOSPITAL

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MUJERES SOMETIDAS A CIRUGÍA INTERNADAS EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Cândida Caniçali Primo¹
Flávia Almeida Plaster²
Mayara Força Bravin²
Franciéle Marabotti Costa Leite³
Eliane de Fátima Almeida Lima⁴

RESUMO

O objetivo com esta pesquisa foi descrever o perfil epidemiológico de mulheres, submetidas a cirurgia, internadas no setor de ginecologia do Hospital Universitário de Vitória-ES. Trata-se de estudo transversal, de abordagem quantitativa. A amostra por conveniência foi composta por 89 mulheres. A coleta de dados foi realizada de julho a setembro de 2011, por meio de entrevista com registro em formulário. Os dados foram analisados pelo pacote estatístico SPSS 15. Dentre essas mulheres, 39,9% tinham entre 40 a 49 anos; 30,9%, possuíam ensino fundamental incompleto; 51,7% eram de raça/cor branca; 28,1% residiam na Serra; 69,7% eram casadas; 62,9% pertenciam à classe C; 62,9% possuíam trabalho remunerado e 29,2%, renda de até um salário mínimo; 44,9% já haviam usado bebida alcoólica; e 65,2% negaram uso de tabaco. Verificouse que 59,6% delas tiveram menarca entre 12 e 14 anos e 57,3%, a coitarca até 17 anos; 44,9% haviam tido de três a cinco gestações; 37,1%, de três a cinco partos; 65,2% afirmaram que nunca tinham tido um aborto; 29,2% foram diagnosticadas com mioma uterino e 43,8% foram submetidas a histerectomia; 58,4% relataram que realizavam autoexame das mamas; 69,7% já havia feito mamografia e 93,3%, Papanicolaou. Houve significância estatística entre a realização de mamografia e as variáveis faixa etária e escolaridade. O estudo apresenta perfil socioeconômico semelhante ao de outras pesquisas com essa população, e a maioria refere ter realizado mamografia, Papanicolaou e autoexame alguma vez na vida.

Palavras-chave: Cirurgia; Ginecologia; Saúde da Mulher; Câncer de Mama; Câncer do Colo do Útero; Enfermagem.

ABSTRACT

The present research aims at describing the epidemiological profile of women who underwent surgery at the gynaecology unit of a university hospital in Vitória-ES. It is a cross-sectional study using a quantitative approach. Data was collected through interviews registered in a fill-in form. Samples consisted of 89 women admitted to the obstetrics unit. Data was analysed using SPSS 15.0. The research demonstrated that 39.9% of respondents were between 40 to 49 years old; 30.9% had not completed elementary school; 51.7% were white; 28.1% lived in Serra-ES; 69.7% were married; 62.9% were in the lower middle class; 62.9% had a paid job, and 29.2% had an income of up to one minimum wage; 44.9% had made use of alcohol and 65.2% were not tobacco users. Menarche in 59.6% appeared between ages 12-14; 57.3% had had their first sexual intercourse at about age 17; 44.9% had had three to five pregnancies; 37.1% had had three to five deliveries, and 65.2% reported no miscarriages. A 29.2% were diagnosed with uterine fibroids, and 43.8% underwent a hysterectomy. Breast self-examination was performed by 58.4% of the interviewees, mammography by 69.7%, and Pap smear test by 93.3%. There was statistical significance between the mammography and the variables age and education. The study displays an economic profile similar to other researches with this population: most women had had mammograms, Pap smear test and performed breast self-examination at some time in their lives.

Keywords: Surgery; Gynaecology; Women's Health; Breast Cancer; Cervical Cancer; Nursing

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue describir el perfil epidemiológico de mujeres sometidas a cirugía internadas en el sector de ginecología de un Hospital Universitario de Vitória/ES. Se trata de un estudio transversal, cuantitativo cuya muestra por conveniencia estuvo compuesta por 89 mujeres. La recogida de datos se realizó entre julio y setiembre de 2011, por medio de entrevista con registro en formulario. Los datos fueron analizados por el programa estadístico SPSS 15. El 39,9% tenía entre 40 y 49 años, 30,9% primario incompleto, 51,7% eran de tez blanca, 28,1% residían en Sierra, 69,7% eran casadas, 62,9% pertenecían a la clase C, 62,9% tenía trabajo remunerado y 29,2% tenía un ingreso

* Trabalho realizado na Universidade Federal do Espírito Santo.

¹ Mestre em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES, Brasil. Pesquisadora do Grupo CNPq: CUIDAR: Ensino e Pesquisa em Enfermagem. E-mail: candidaprino@gmail.com.

² Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES, Brasil. E-mail: flaviaplaster@gmail.com e mayara.bravin@hotmail.com.

³ Mestre em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES, Brasil. Pesquisadora do Grupo CNPq: CUIDAR: Ensino e Pesquisa em Enfermagem. E-mail: emaildafran@ig.com.br.

⁴ Doutoranda em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES, Brasil. Pesquisadora do Grupo CNPq: CUIDAR: Ensino e Pesquisa em Enfermagem. E-mail: elianelima66@gmail.com.

Endereço para correspondência – Rua João de Oliveira Soares, 241/701, Jardim Camburi, Vitória-ES, CEP29090-390.

mensual de hasta 1 salario mínimo. 44,9% ya había hecho uso de bebida alcohólica y un 65,2% negó el uso de cigarro. Se verificó que 59,6% tuvo la menarquía entre los 12 y 14 años, 57,3% coitarquia antes de los 17 años, 44,9% de tres a cinco gestaciones, 37,1% de tres a cinco partos y 65,2% afirmó que nunca tuvo ningún aborto. El 29,2% fue diagnosticado con mioma uterino y 43,8% sometido a histerectomía. 58,4% relató realizar el autoexamen de mamas, 69,7% ya había realizado mamografía y 93,3% Papanicolaou. Hubo significancia estadística entre la realización de la mamografía y las variables grupo etario y escolaridad. El estudio presenta el perfil socio-económico similar a otros estudios con esta población, es decir, que la mayoría de las mujeres ya había realizado mamografía, examen de Papanicolaou y examen de mama en algún momento de su vida.

Palabras clave: Cirugía; Ginecología; Salud de la Mujer; Cáncer de Mama; Cáncer de Útero; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A saúde e a doença estão intimamente relacionadas e constituem um processo cuja resultante está determinada pela atuação de fatores sociais, econômicos, culturais e históricos. Isso implica afirmar que o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região.¹

As desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, de maneira diferenciada. De acordo com os indicadores de saúde, as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos. O relatório sobre a situação da população mundial demonstra que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens; que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui o acesso delas aos bens sociais, inclusive os serviços de saúde.^{2,3}

Os fatores relacionados ao estilo de vida de uma pessoa podem aumentar o risco de possíveis problemas – por exemplo, vícios como tabagismo, uso de bebida alcoólica. Frequentemente, o risco pode ser minimizado por identificação desses fatores e modificação do comportamento.^{4,5}

A idade na menarca, as características dos ciclos menstruais, o número de gestações, os contraceptivos ou hormônios usados e a idade da menopausa são eventos importantes que podem ter grande impacto sobre muitas doenças, incluindo endometriose, miomas, cardiopatias, osteoporose e cânceres da mama, do endométrio ou do ovário.⁴

Para a neoplasia de colo de útero podemos pontuar um grupo de fatores de risco que inclui multiplicidade de parceiros sexuais, coitarca precoce, tabagismo, multiparidade, uso de contraceptivo oral, baixo nível socioeconômico, sendo que o principal fator de risco é a infecção pelo vírus do papiloma humano (VPH ou HPV), presente em cerca de 90% dos casos.⁶

A prevenção dos agravos à saúde pode ser primária ou secundária. O papel da prevenção primária é o de modificar ou eliminar fatores de risco, enquanto na prevenção secundária enquadram-se o diagnóstico e o

tratamento precoce do câncer.⁷ No diagnóstico precoce do câncer de mama insere-se a mamografia e o exame clínico das mamas, enquanto a prevenção secundária do câncer do colo uterino tem se concentrado no rastreamento de mulheres sexualmente ativas por meio do exame citopatológico do colo uterino.⁸

No que tange aos problemas ginecológicos, tanto malignos quanto benignos, estes podem necessitar de tratamentos cirúrgicos. Entre os benignos, temos, por exemplo, a miomatose uterina, cistos ovarianos, endometriose, distopias, salpingites, problemas intraparto, e outros. Dentre os malignos, encontram-se os diversos tipos de câncer que podem necessitar de intervenções cirúrgicas, muitas vezes apresentando-se como um tratamento longo e difícil para a mulher.⁹

Dessa forma, no intuito de intervir positivamente na saúde da mulher, é essencial conhecer as características socioeconômicas e clínicas das mulheres que buscam assistência nos serviços de saúde, identificando mais detalhadamente suas características para aprimorar os cuidados de enfermagem. Diante desse contexto, o objetivo com este estudo foi descrever o perfil epidemiológico de mulheres, internadas no setor de ginecologia do Hospital Universitário de Vitória-ES, submetidas a cirurgia.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento desta pesquisa, adotou-se um estudo descritivo e transversal, de abordagem quantitativa, realizado na unidade de ginecologia do Hospital Universitário do município de Vitória-ES.

Esse hospital universitário é considerado o maior da rede pública do Espírito Santo, tendo em vista o volume de atendimentos, sobretudo na alta complexidade. Cumpre a função de hospital-escola, atuando na formação de profissionais da área da saúde.

O setor de ginecologia possui 15 leitos, sendo que 2 deles são reservados para mulheres que fazem cirurgias de câncer de mama. São feitas aproximadamente 10 cirurgias por semana, o que corresponde, aproximadamente, a 40 cirurgias por mês.

A população foi constituída de 89 mulheres internadas na unidade de ginecologia que foram submetidas a cirurgia, sendo a amostra do estudo por conveniência, no período de julho a setembro de 2011.

Para o levantamento das variáveis faixa etária, escolaridade, raça/cor, local de residência, estado civil, classe econômica, trabalho remunerado, renda familiar, uso de bebida alcoólica e tabaco, menarca, coitarca, número de gestações, número de partos, número de filhos, número de abortos, diagnóstico médico, realização dos exames de autoexame das mamas, mamografia e Papanicolaou foi utilizada uma entrevista com registro em formulário.

A variável classe econômica foi medida pelo instrumento de Classificação Econômica Brasil, da Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa (Abep), que estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". Esse instrumento é composto por um sistema de pontos e permite a identificação das seguintes classes econômicas: A (25-34 pontos), B (17-24 pontos), C (11-16 pontos), D (6-10 pontos) e E (0-5 pontos).¹⁰

As mulheres participaram do estudo após o devido esclarecimento sobre a pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi realizada uma análise descritiva dos dados, por meio tabelas de frequência com número e percentual. A relação entre as variáveis independentes (faixa etária, escolaridade, raça/cor e classe econômica) e variáveis dependentes (realização de Papanicolaou, mamografia e autoexame) foi realizada por meio de tabelas de dupla entrada com o teste exato de Fischer servindo para medir essa relação com um nível de significância de 5%. O pacote estatístico **SPSS 15 (Social Package Statistical Science Versão)** foi utilizado para esta análise.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo sob nº 083/11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observa-se, na TAB. 1, o perfil demográfico das mulheres internadas no setor de ginecologia. Com relação à faixa etária, 39,3% das mulheres possuem entre 40 e 49 anos. Esse resultado é semelhante ao estudo realizado no Recife-PE, com 249 mulheres que passaram por cirurgia ginecológica e cuja média de idade foi de 43,6 anos, variando entre 13 e 85 anos.¹¹

Quanto à escolaridade, 30,3% das entrevistadas possuíam ensino fundamental incompleto, o que vai ao encontro de estudo que evidencia mediana de sete anos de estudos entre mulheres submetidas a cirurgia ginecológica.¹¹ A baixa escolaridade do grupo pesquisado pode ser um agravante para a saúde das mulheres, sendo considerado pelo Ministério da Saúde (MS) como um fator de risco obstétrico e ginecológico.¹²

No que se refere à raça/cor predominante das mulheres atendidas, percebe-se que a maioria relatou ser branca (51,7%). Entretanto, de acordo com dados do Espírito

Santo, 48% das pessoas residentes no Estado são de cor parda, 42% de cor branca e apenas 8,3 de cor preta.¹³

Quanto ao local de residência, 28,1% das participantes residiam no município da Serra. Esse resultado pode refletir a busca de atendimento em um hospital de referência em cirurgias ginecológicas, o que sugere insuficiência desse tipo de serviço no referido município.

Verificou-se que 69,7% das mulheres eram casadas, dado que vai ao encontro da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, que revela uma média nacional de 64% de mulheres casadas ou unidas, maiores de 15 a 49 anos, cujo percentual varia de 70% no Centro-Oeste a 61% no Sudeste.¹⁴

No que se refere à classe econômica, 62,9% das mulheres foram classificadas na classe C. Esse resultado foi semelhante ao encontrado no Brasil, no qual 48,4% pertenciam à classe C, 32,1% à classe A/B e 19,5% à classe D.¹⁰

Das participantes, 62,9% relataram que possuíam trabalho remunerado, fato que está em conformidade com o censo do IBGE de 2009, que afirma que 66,4% das mulheres, nesse período, possuíam trabalho remunerado (35,5% com carteira de trabalho assinada e 30,9% sem carteira de trabalho assinada).¹⁵

Quanto à renda familiar, 29,2% recebiam até um salário mínimo, o que se confirma, pelos dados do Ministério da Saúde, em 2008, que a renda média domiciliar per capita, no Espírito Santo, é de aproximadamente um salário mínimo¹⁶ (TAB. 1).

A TAB. 2 contém dados sobre o uso de bebida alcoólica e tabaco por mulheres internadas no setor em estudo. Nota-se que 44,9% das mulheres já fizeram uso de algum tipo de bebida alcoólica. Os indicadores e dados básicos do MS, em 2008, apresentaram que 10,8% da população feminina de Vitória-ES fazia consumo abusivo de álcool.¹⁷

Com relação ao tabaco, 65,2% da amostra afirmou nunca ter feito uso e 9% faziam uso. Os resultados desta pesquisa quanto ao uso de tabaco mostraram-se inferiores aos encontrados nas estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2006, que revelam que a prevalência de mulheres adultas fumantes atinge 17,5% da população feminina maior que 15 anos de idade. Com exceção de alguns países desenvolvidos, como Austrália, Canadá, Estados Unidos e Reino Unido, onde já se evidencia redução do tabagismo no sexo feminino, nos demais encontra-se, na sua maioria, tendência de aumento do tabagismo entre as mulheres.³

A TAB. 3 refere-se às características ginecológicas das mulheres entrevistadas. Percebe-se que 59,6% tiveram menarca entre 12 a 14 anos, achado semelhante ao estudo com mulheres atendidas em uma consulta de pré-natal de um hospital universitário, que evidenciou que a maioria das mulheres (61,8%) teve o início do ciclo menstrual entre 12 e 14 anos.¹⁸

TABELA 1 – Perfil epidemiológico de mulheres internadas no setor de ginecologia do Hospital Universitário de Vitória-ES – jul./set. 2011.

Característica	Número	Percentual
<i>Faixa etária</i>		
Até 39 anos	30	33,7
40-49 anos	35	39,3
50-59 anos	10	11,2
60 anos ou mais	14	15,7
<i>Escolaridade</i>		
Analfabetas	7	7,9
Ensino fundamental incompleto	27	30,3
Ensino fundamental completo	9	10,1
Ensino médio incompleto	18	20,2
Ensino médio completo	21	23,6
Ensino superior	7	7,9
<i>Raça/cor</i>		
Branca	46	51,7
Parda	21	23,6
Negra	22	24,7
<i>Local residência</i>		
Serra	25	28,1
Vitória	23	25,8
Outros municípios da Grande Vitória	18	20,3
Interior	23	25,8
<i>Estado civil</i>		
Casadas	62	69,7
Solteiras	17	19,1
Viúvas	5	5,6
Divorciadas	5	5,6
<i>Condição socioeconômica</i>		
Classe econômica A/B	17	19,1
Classe econômica C	56	62,9
Classe econômica D	16	18,0
<i>Trabalho remunerado</i>		
Sim	56	62,9
Não	33	37,1
<i>Renda familiar</i>		
Até 1 salário mínimo	26	29,2
Entre 1 e 2 salários mínimos	19	21,3
Entre 2 e 3 salários mínimos	24	27,0
Entre 3 e 4 salários mínimos	9	10,1
Mais de 4 salários mínimos	11	12,4
Total	89	100,0

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

TABELA 2 – Dados sobre o uso de bebida alcoólica e tabaco por mulheres internadas no setor de ginecologia do Hospital Universitário de Vitória-ES – jul./set. 2011.

Característica	Número	Percentual
<i>Uso de bebida alcoólica</i>		
Nunca usou	31	34,8
Já usou	40	44,9
Usa	18	20,3
<i>Uso de tabaco</i>		
Nunca usou	58	65,2
Já usou	23	25,8
Usa	8	9,0

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

TABELA 3 – Perfil clínico das mulheres internadas no setor de ginecologia do Hospital Universitário de Vitória-ES – jul./set. 2011.

Características	Número	Percentual
<i>Faixa etária da menarca</i>		
Até 11 anos	16	18,0
12 a 14 anos	53	59,6
15 anos ou mais	20	22,4
<i>Faixa etária da coitarca</i>		
Não tiveram	3	3,4
Até 17 anos	51	57,3
18 anos ou acima	35	39,3
<i>Numero de gestações</i>		
Nenhuma gestação	13	14,6
1-2 gestações	25	28,1
3-5 gestações	40	44,9
6 ou mais gestações	11	12,4
<i>Número de partos</i>		
Nenhum parto	17	19,1
1-2 partos	30	33,7
3-5 partos	33	37,1
6 ou mais partos	9	10,1
<i>Número de filhos</i>		
Nenhum	18	20,2
1-2 filhos	30	33,7
3- 5 filhos	33	37,1
6 ou mais filhos	8	9,0
<i>Teve abortos</i>		
Não	58	65,2
Sim	31	34,8
<i>Realiza autoexame da mama</i>		
Sim	52	58,4
Não	37	41,6
<i>Realiza mamografia</i>		
Sim	62	69,7
Não	27	30,3
<i>Realiza exame preventivo (Papanicolaou)</i>		
Sim	83	93,3
Não	6	6,7

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

No que tange à coitarca, verificou-se que 57,3% das mulheres afirmaram que aconteceu até os 17 anos de idade, dado que confirma os achados da pesquisa em que se identificou que a maioria das mulheres iniciou sua atividade sexual entre 16 e 18 anos.¹⁹ Atualmente, as jovens têm iniciado precocemente a vida sexualmente ativa, o que tem aumentado, de maneira significativa, os riscos de contraírem uma doença sexualmente transmissível (DST) e/ou uma gravidez não planejada.²⁰

Quanto às gestações, 44,9% tiveram de três a cinco gestações; em contrapartida, no estudo realizado na Unidade de Saúde de Cariacica-ES, 51% das mulheres tiveram de duas a três gestações.¹⁹ Em relação ao número de partos, 37,1% tiveram de três a cinco partos, dados que vão de encontro à pesquisa que demonstrou que a maior parte das mulheres (82,6%) teve de um a três partos.¹⁹

Quanto ao número de filhos, 37,1% possuíam de três a cinco filhos. De acordo com o MS, houve uma redução em 50% na taxa de fecundidade total em todas as regiões brasileiras no período de 1970 a 2000. A taxa de fecundidade total do Espírito Santo, de acordo com o IBGE, em 2005, foi de 1,91. A maior redução foi na Região Norte, passando de 8,2 filhos por mulher em 1970 para 3,2 em 2000.^{21,22}

Quanto à variável aborto, 65,2% das mulheres afirmaram nunca ter vivenciado o abortamento, resultado semelhante a estudo realizado em uma maternidade do município de Serra-ES, com 79 puérperas, em que 78,9% nunca sofreram aborto.²³

Em relação ao autoexame da mama, 58,4% afirmaram realizá-lo; em contraponto, estudo feito em Pelotas-RS demonstrou que a prevalência do hábito de realizar o autoexame de mamas foi de 83,5%, sendo que 80,4% das mulheres o realizavam ao menos uma vez por mês.²⁴

Quanto à realização da mamografia, 69,7% das mulheres afirmaram que já a tinham realizado. Em estudo realizado em Unidades de Saúde do município de Aracruz-ES, constatou-se que 55,8% das mulheres já haviam realizado esse exame.²⁵ O Programa de Controle do Câncer de Mama, proposto pelo Instituto Nacional de Câncer (Inca), tem preconizado a realização de mamografia anual, com no máximo dois anos entre os exames, para as mulheres de 50 a 69 anos, e mamografia anual para mulheres a partir de 35 anos com risco aumentado.²⁶

Quanto ao exame de preventivo (Papanicolaou), 93,3% afirmaram já tê-lo feito. Os resultados são superiores aos publicados a partir do inquérito nacional desenvolvido em 16 cidades brasileiras no período 2002-2003, nos quais foram encontradas coberturas entre 73,4% e 92,9% para mulheres entre 25-69 anos e do estudo de base populacional de Pelotas- Brasil, onde se que encontrou cobertura de 72% para mulheres entre 20 e 69 anos.^{27,28} O MS recomenda a coleta de material para citologia cervical a cada três anos após a obtenção de dois resultados negativos com intervalo de um ano.²⁹

Nota-se, na TAB. 4, que o diagnóstico médico mais frequente foi o mioma uterino, com o percentual de 29,2%, seguido da endometriose, com 11,2%, câncer de mama, com 9%, aborto espontâneo, cisto ovariano e tumor de ovário, com 6,7% cada, dentre outros tipos de diagnóstico. Estudo realizado em Recife-P, demonstrou que o leiomioma uterino foi responsável pelo maior percentual (91,9%) de indicações para a realização de cirurgia ginecológica.³⁰

TABELA 4 – Diagnósticos médicos encontrados nas mulheres do setor de ginecologia do Hospital Universitário de Vitória-ES – jul./set. 2011.

Diagnóstico	Número	Percentual
Mioma uterino	26	29,2
Endometriose	10	11,2
Câncer de mama	8	9,0
Aborto espontâneo	6	6,7
Cisto ovariano	6	6,7
Tumor do ovário	6	6,7
Prolapso uterino	4	4,5
Desejo de esterilização cirúrgica	4	4,5
Incontinência urinária	3	3,4
Neumatose uterina	2	2,2
Dor Abdominal	1	1,1
Corioamnionite	1	1,1
Fístula vaginal	1	1,1
Enterocole	1	1,1
NIC II	1	1,1
Sangramento pós-menopausa	1	1,1
Pioartrite	1	1,1
Nódulo da mama	1	1,1
Câncer da vulva	1	1,1
Câncer do colo do útero	1	1,1
Bartholinite	1	1,1
Mastite	1	1,1
Gestação ectópica	1	1,1
Abscesso da cavidade abdominal	1	1,1

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

O tipo de cirurgia mais frequente foi a histerectomia, com 43,8%, em seguida, a quadrantectomia, com 7,9%, e a curetagem e a laparoscopia, com 6,7% cada (TAB. 5). Em contrapartida, estudo realizado em mulheres climatéricas atendidas em um hospital universitário do Maranhão demonstrou como principais tipos de cirurgia realizados a laqueadura tubária (40,3%), a perineoplastia (33,3%) e a histerectomia (11,6%)³¹. Entretanto, destaque-se, em estudo no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), que a histerectomia total abdominal com salpingectomia bilateral em 30,1% das mulheres, a laparotomia exploradora em 14,5%, a

histeroscopia cirúrgica e a histerectomia total abdominal com anexectomia bilateral em 12,9%, foram os principais procedimentos cirúrgicos realizados.¹¹

TABELA 5 – Tipos de cirurgia realizados no setor de ginecologia do Hospital Universitário de Vitória-ES – jul./set. 2011.

Tipos de cirurgia	Número	Percentual
Histerectomia total	39	43,8
Quadrantectomia	7	7,9
Curetagem	6	6,7
Laparoscopia	6	6,7
Ooforectomia + Salpingectomia	5	5,6
Ligadura tubárea	4	4,5
Miomectomia	4	4,5
Ooforectomia	3	3,4
Sling transobturatório	3	3,4
Mastectomia	2	2,2
Colpoperíneoplastia	1	1,1
Conização	1	1,1
Drenagem de abscesso abdominal	1	1,1
Drenagem em mama	1	1,1
Exérese de endometriose	1	1,1
Linfodectomia	1	1,1
Marsupialização da glândula de Bartholin	1	1,1
Períneoplastia	1	1,1
Salpingectomia	1	1,1
Vulvectomia	1	1,1
Total	89	100,0

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

Ao avaliar a relação entre a realização da mamografia e os dados sociodemográficos, verificou-se uma associação positiva entre a realização de mamografia e a variável faixa etária, com significância estatística ($P=0,000$), ou seja, quanto maior a idade, maior o percentual de mulheres que realizaram a mamografia.

Em estudo feito em Unidades de Saúde da Família no município de Aracruz-ES, demonstrou-se a relação entre a faixa etária e a realização de mamografia com grande significância estatística ($p<0,001$). Observou-se que mulheres na faixa etária entre 50-59 (76,0%) representavam o grupo que mais se submetia à mamografia. Por outro lado, apesar de apresentarem menores percentuais, ressaltou-se a realização da mamografia no grupo de 35-39 (26,6%) e 40-49 (61,8%).²⁵ Em outra pesquisa constatou-se que as mulheres com idade entre 50 e 59 anos tiveram aumento da prevalência de exames mamográficos anuais, refletindo a possibilidade de essa prática preventiva estar sendo direcionada adequadamente para as mulheres da faixa etária de maior risco para o câncer de mama.²⁴

A menor adesão ao exame de mamografia pelas mulheres de até 49 anos está em conformidade com as recomendações do Programa de Controle do Câncer de Mama, proposto pelo Inca, que tem preconizado que todas as mulheres com idade entre 50 e 69 anos devem realizar rastreamento por mamografia com intervalo máximo de dois anos. Mulheres a partir de 35 anos são aconselhadas a se submeterem ao exame somente em caso de apresentação de determinados fatores de risco.³²

Ao avaliar a relação entre realização de mamografia e nível de escolaridade, observou-se significância estatística ($P=0,001$), ou seja, mulheres com ensino fundamental completo apresentaram maior percentual de realização de mamografia que mulheres com ensino médio incompleto ou acima. Em outro estudo, mostrou-se que entre a escolaridade e a realização de mamografia não houve uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,775$).²⁵

A relação entre a realização de mamografia e a variável raça/cor não apresentou significância estatística ($P=0,129$), ao contrário de pesquisa que mostrou relevância estatística com $p<0,001$, em que foi observado que a raça branca e a indígena realizaram mais mamografia (com 71,4% e 70,7%, respectivamente) que a raça negra.²⁵

Quanto à associação entre a realização de mamografia e a classe socioeconômica, notou-se que esta não foi significativa ($P=0,412$), o que vai de encontro ao estudo que se mostrou bastante significativo estatisticamente, ou seja, $p<0,001$, em que 84,4% das mulheres pertencentes à classe econômica A/B realizavam o exame mamográfico. Em contrapartida, na classe E, esse percentual foi apenas de 35,3%. Nas classes sociais C e D, foram encontrados 60,8% e 48,9%, respectivamente.²⁵

Quanto à relação entre a realização do exame de Papanicolaou e os dados sociodemográficos das mulheres, notou-se que a associação entre a realização desse exame e a faixa etária não apresentou significância estatística ($P=0,483$), ao contrário do estudo em que se apresentou significância estatística ($P=0,05$) e se demonstrou que mulheres com 60 anos ou mais alcançaram as coberturas mais baixas (45%).²⁸

Na relação entre realização de exame de Papanicolaou e escolaridade, não houve significância estatística ($P=0,118$). No entanto, em outro estudo evidenciou-se que a realização do preventivo era maior entre as mulheres que possuíam maior grau de instrução ($P=0,0000$).³³

No que tange à associação entre a realização de Papanicolaou e raça/cor, não se obteve significância estatística ($P=0,629$), achado que vai de encontro a estudo em que se verificou que as mulheres brancas tiveram 4% a mais de chance de terem realizado o exame de Papanicolaou, em comparação com as mulheres não brancas ($P=0,0073$).³³

Quanto à associação entre a realização de Papanicolaou e condição socioeconômica, não houve significância

estatística ($P=0,322$), ao contrário do estudo realizado em Guarapuava-PR, em que se demonstrou que 56,8% das mulheres que realizaram o exame de Papanicolaou ou pertenciam à classe socioeconômica C ou à D ($P<0,0016$).³⁴

Ao avaliar a relação entre a realização do autoexame das mamas e os dados sociodemográficos, percebeu-se que a relação entre realização de autoexame e faixa etária não apresentou significância estatística ($P=0,411$), no entanto, em pesquisa realizada em Jundiá-SP, apontou-se que 43,5% das mulheres com 50 anos ou mais realizavam o autoexame das mamas mensalmente ($P=0,0012$).³⁵

Na relação entre realização de autoexame e escolaridade, não houve significância estatística ($P=0,073$). Em estudo realizado no Centro de Saúde Escola e Unidade Materno-Infantil do Pará-PA, demonstrou-se que o grau de escolaridade influencia na prática do autoexame das mamas ($P=0,05$), ou seja, a maioria das mulheres (58,2%) com ensino médio ou acima, realiza esse exame.³⁶

Quanto à relação entre a realização de autoexame e a variável raça/cor, no estudo não houve significância estatística, ou seja, $P=0,242$, achado que vai ao encontro de estudo realizado em Jundiá-SP, com mulheres que utilizavam a rede pública, que também demonstrou não haver significância estatística ($P=0,3959$) entre a realização do exame e a raça/cor.³⁵

Não houve significância estatística ($P=0,216$) na relação entre a realização de autoexame e a classe econômica, ao contrário do achado de estudo no município de Maringá-PR, no qual foi observado forte correlação entre a classe econômica e a realização do autoexame das mamas. As mulheres de classe econômica C, tanto na análise bruta quanto na ajustada, foram as que mais relataram realizar o autoexame das mamas ($p=0,0325$).³⁷

CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, foi possível traçar o perfil das mulheres internadas no setor de ginecologia do Hospital Universitário de Vitória-ES, que em sua maioria pertenciam à faixa etária de 40 a 49 anos; tinham ensino fundamental incompleto; raça/cor branca; residiam na Serra; eram casadas, pertenciam à classe C; possuíam trabalho remunerado e renda de um salário mínimo. A maioria dessas mulheres fazia uso de bebida alcoólica e negava o uso de tabaco. Tiveram a menarca entre 12 a 14 anos, a coitarca até 17 anos, tiveram de três a cinco gestações/partos e filhos, e afirmaram nunca terem tido um aborto. Percebeu-se que o diagnóstico prevalente foi o mioma uterino e a cirurgia mais realizada foi a histerectomia.

A maioria relatou que realizava autoexame das mamas, já ter feito mamografia e exame de Papanicolaou alguma vez. Esse resultado indica que essas mulheres tiveram acesso aos serviços de atenção à saúde no que tange a atividades preventivas.

Houve significância estatística entre a realização de mamografia e as variáveis: faixa etária escolaridade. Concluiu-se, assim que quanto maior a idade da mulher, maior percentual de realização do exame mamográfico. Verificou-se, também, que mulheres com ensino fundamental completo apresentaram maior percentual de realização de mamografia que mulheres com ensino médio incompleto ou acima.

Destaque-se que os achados deste estudo demandam pesquisas mais detalhadas no que se refere à periodicidade e à adesão aos exames de rastreamento e Papanicolaou pelas mulheres, conforme orienta os protocolos do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global Editora; 1983.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. World Health Organization. Core health indicators. [Citado 2011 nov. 20]. Disponível em: <<http://www.who.int/whosis/databases>>.
4. Berek JS, Novak: tratado de ginecologia. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
5. Viana LC, Geber S, Martins M. Ginecologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica; 2001.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Falando de câncer de colo de útero. Rio de Janeiro: INCA; 2002.
7. Godinho ER, Koch HA. O perfil da mulher que se submete à mamografia em Goiânia: uma contribuição a bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama. Radiol Bras. 2002; 35: 139-45.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. [Citado 2011 out. 11]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010>>.
9. Lemgruber L, Lemgruber M. Histerectomias. In: Lemgruber L, Oliveira H. Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 1383-94.
10. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil 2010. [Citado 2011 out. 11]. Disponível em: <<http://www.abep.org>>.
11. Hinrichsen SCA, Souza ASR, Costa A, Amorim MMR, Hinrichsen MGML, Hinrichsen SL. Fatores associados à bacteriúria após sondagem vesical na cirurgia ginecológica. Rev Assoc Med Bras. 2009; 55 (2): 181-7.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: Manual Técnico. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil; 2010. [Citado 2011 out. 11]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: relatório 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil; 2009. [Citado 2011 out. 11]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos de 2009. [Citado 2011 out. 11]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Síntese de resultados e comentários. [Acesso em 14 out. 2011]. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>.
18. Spindola T, Penna LHG, Progianti JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(3): 381-8.
19. Leite FMC, Amorim MHC, Nascimento LGD, Mendonça MRF, Guedes NSA, Tristão KM. Mulheres submetidas à coleta de Papanicolaou: perfil socioeconômico e reprodutivo. Rev Bras Pesq Saúde. 2010; 12(1): 57-62.
20. Takiuti AD. A saúde da mulher adolescente. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos; 1997. p. 213-90.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil; 2005. [Citado 2011 out. 11]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.
23. Leite FMC, Amorim MHC, Nunes GF, Soares MFS, Sabino NQ. Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas internadas em uma maternidade de alto risco no município da Serra, ES. Rev Bras Pesq Saúde. 2009; 11 (1): 22-6.
24. Scowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. Rev Saúde Pública. 2005; 39: 340-9.
25. Leite FMC, Amorim MHC, Marques GMT, Vilela APM. A estratégia de saúde da família e o rastreamento do câncer de mama. Rev Espaço Saúde. 2011; 12 (2): 1-9.
26. Instituto Nacional de Câncer. Prevenção e controle de câncer. Rev Bras Cancerol. 2002; 48: 317-32.
27. Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(8): 485-92.
28. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Borba AT *et al*. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003; 19: 191-7.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Controle dos cânceres de colo do útero e mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [Citado 2011 out. 11]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>.
30. Araújo TVB, Aquino EML. Fatores de risco para histerectomia em mulheres brasileiras. Cad Saúde Pública. 2003; 19(2): 407-17.
31. Malheiros ESA, Pereira JDM, Sousa WB, Chein MBC, Brito LMO, Guimarães HSJ. Análise epidemiológica de mulheres climatéricas atendidas em Hospital Universitário no Maranhão. Rev Hosp Univer UFMA. 2009; 10(1): 52-5.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama – Viva Mulher. [Citado 2011 out. 11]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/>>.
33. Souza LM, Fioravente E. Fatores associados à realização dos exames preventivos de câncer de mama e de colo uterino, pelas mulheres brasileiras. In: Anais do XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu; Minas Gerais; 2008. p. 134.
34. Bim CR, Pelloso SM, Carvalho MDB, Previdelli ITS. Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(4): 940-6.
35. Borges JBR, Morais SS, Borges TG, *et al*. Perfil das mulheres no município de Jundiá quanto ao hábito do autoexame das mamas. Rev Bras Cancerol. 2008; 54(2):113-22.
36. Monteiro APS, Arraes EPP, Pontes LB, Campos MSS, Ribeiro RT, Gonçalves REB. Autoexame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. RBGO. 2003; 25(3): 201-5.
37. Matos JC, Pelloso SM, Carvalho MDB. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública. 2011; 27(5): 888-98.

Data de submissão: 1º/2/2012

Data de aprovação: 13/7/2012