

DETERMINANTES SOCIAIS PROXIMAS RELACIONADOS AO CÂNCER CERVICOUTERINO EM MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE

PROXIMAL SOCIAL DETERMINANTS RELATED TO CERVICAL CANCER IN IMPRISONED WOMEN

DETERMINANTES SOCIALES PROXIMALES RELACIONADOS CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD

Ana Izabel Oliveira Nicolau ¹
Priscila de Souza Aquino ²
Lorena Barbosa Ximenes ³
Karina Bezerra Pinheiro ⁴

¹ Enfermeira. Doutora. Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza, CE – Brasil.

² Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta da Universidade Federal do Ceará – UFC. Fortaleza, CE – Brasil.

³ Enfermeira. Doutora. Professora Associado da UFC. Fortaleza, CE – Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora. Professora Associado da UFC. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Fortaleza, CE – Brasil.

Autor Correspondente: Ana Izabel Oliveira Nicolau. E-mail: anabelpet@yahoo.com.br
Submetido em: 11/05/2015 Aprovado em: 06/08/2015

RESUMO

Objetivo: este estudo objetivou analisar os determinantes sociais de saúde proximais, considerados fatores de risco para a neoplasia cervicouterina, de mulheres privadas de liberdade segundo o nível 2 do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). **Método:** pesquisa descritiva, quantitativa, realizada na penitenciária feminina do estado do Ceará, envolvendo 155 presidiárias. A coleta de dados ocorreu de janeiro a março de 2010, por meio de entrevista individual. Os formulários contemplaram dados sociodemográficos, sexuais, reprodutivos e tabagistas. **Resultados:** os principais fatores encontrados direcionaram-se para a baixa escolaridade e renda familiar mensal, precocidade da coitarca, não uso do preservativo, paridade, baixa cobertura do rastreamento e hábitos tabagistas. **Conclusão:** as mulheres estudadas estão expostas a altíssimos riscos para o desenvolvimento do câncer de colo uterino tanto por suas trajetórias de vida quanto pela atual situação de cárcere. **Palavras-chave:** Saúde da Mulher; Grupos de Risco; Neoplasias do Colo do Uterino.

ABSTRACT

Objective: this study aimed to analyze the social determinants of proximal health considered as risk factors for cervical-uterine neoplasia in imprisoned women according to level 2 of the Model of Care for Chronic Conditions (MACC). **Method:** this was a descriptive, quantitative research, conducted in Ceará State women's prison involving 155 inmates. Data collection occurred from January to March of 2010 through individual interviews. The interview forms contemplated sociodemographic, sexual, reproductive, and smoking data. **Results:** The detected main factors were associated with low education and family income, precocity of first sexual intercourse, lack of condom use, parity, low coverage of screening, and smoking habits. **Conclusion:** the studied women are exposed to very high risks to the development of cervical cancer both by their life trajectories and their current prison situation.

Keywords: Women's Health; Risk Groups; Uterine Cervical Neoplasms.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar los determinantes sociales proximales de la salud considerados factores de riesgo para la neoplasia de cuello uterino en mujeres privadas de libertad según el nivel 2 del Modelo de Atención para las Condiciones Crónicas (MACC). Se trata de una investigación descriptiva y cuantitativa realizada en un penal de mujeres del estado de Ceará con 155 prisioneras. La recogida de datos ocurrió de enero a marzo de 2010, a través de entrevistas individuales. Se tuvieron en cuenta datos sociodemográficos, sexuales, reproductivos y de tabaquismo. Los principales factores encontrados se refieren a la baja escolaridad e ingreso familiar, la precocidad de la primera relación sexual, que no usaban condones, la paridad, la baja cobertura del rastreo y la costumbre de fumar. Las mujeres estudiadas están expuestas a altísimos riesgos para el desarrollo del cáncer de cuello uterino, tanto por sus trayectorias de vida como por la situación carcelaria actual.

Palabras clave: Salud de la Mujer; Grupos Vulnerables; Neoplasias del Cuello Uterino.

INTRODUÇÃO

A problemática da violência da realidade social contemporânea tem elevado à criminalidade nos pequenos e grandes centros do mundo. O sexo masculino, historicamente, é mais associado ao crime e preponderante entre os reclusos no Brasil, de maneira que a participação feminina no cenário prisional equivale a 6,1%.¹ Entretanto, as mulheres são mais vulneráveis aos agravos físicos e psicológicos inerentes ao ambiente carcerário. Este, por sua vez, oferece mais exposição aos riscos físicos e psicológicos e à transmissão de doenças infecciosas, de modo que populações carcerárias, em qualquer parte do mundo, tendem a necessitar de mais assistência à saúde.²

Embora a conjuntura exposta retrate a realidade vivenciada nos presídios, pouco se prioriza nas prisões brasileiras estratégias de promoção da saúde da mulher e de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST)/ vírus da imunodeficiência humana (HIV), bem como do câncer cervicouterino, agravos mais prevalentes na ocorrência e na adoção de comportamentos de risco entre encarcerados do que na população em geral.

Frente à etiologia sociobiológica do câncer do colo uterino, cabe reflexão de que o plano de fundo social e econômico desfavorável agregado aos comportamentos de risco, adotados antes e durante o cárcere, favorecem a maior vulnerabilidade ao câncer do colo uterino em mulheres privadas de liberdade.³ Ademais, a vulnerabilidade feminina decorrente das questões de gênero coloca a mulher em uma posição de submissão, o que dificulta sua negociação na adoção de medidas preventivas, o que a torna mais propensa à aquisição de infecções. Em 2003, o Ministério da Saúde em parceria com o da Justiça incluiu a saúde da mulher como uma das ações da atenção básica proposta pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional (PNSSP), dando ênfase ao controle desse tipo de câncer por meio do rastreamento na própria instituição prisional.⁴

Para o Brasil, no ano de 2014, foram esperados 15.590 novos casos, com risco estimado de 15 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer cervicouterino é o mais incidente na região Norte e ocupa a segunda posição nas regiões Centro-Oeste e Nordeste. Ademais, a incidência é cerca de duas vezes maior nos países em desenvolvimento.⁵

Apesar de ser considerada uma condição necessária, a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) por si só não representa uma causa suficiente para o surgimento da neoplasia. Além do próprio HPV, outros fatores parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer, a saber: imunidade, comportamento sexual, tabagismo, iniciação sexual precoce, multiplicidade de parceiros sexuais, idade, multiparidade, baixo nível socioeconômico e escolar e uso de contraceptivos orais.⁶

O imperativo do manejo adequado das condições crônicas da população mundial, entre elas o câncer, culminou na criação de modelos eficazes no oferecimento de um suporte teórico-prático para a reorganização dos sistemas de atenção à saúde nos seus diferentes âmbitos de atuação. A saber, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) se insere como modelo adaptado ao sistema público brasileiro.

O MACC baseia-se no *Chronic Care Model* e incorpora mais dois modelos: o Modelo da Pirâmide de Risco, por convocar uma gestão de base populacional que estratifique a população segundo riscos; e o Modelo da Determinação Social da Saúde, por operar com ampla perspectiva da saúde. Acrescenta-se que o MACC foi proposto para ser aplicado nos âmbitos macro (políticas), meso (organização de saúde e comunidade) e micro (relação equipe de saúde/ pessoa usuária).⁷

Sobre sua estrutura, o modelo em questão apresenta-se em cinco níveis. No nível 1, as intervenções são de promoção da saúde em relação à população total e com foco nos determinantes sociais intermediários (condições de vida e trabalho). O nível 2 aborda a prevenção das condições de saúde, em subpopulações de risco, por meio de intervenções sobre os determinantes sociais proximais, relativos ao comportamentos e aos estilos e vida. Ressalta-se que até o nível 2 não há condição de saúde estabelecida ou a manifestação de um fator de risco biopsicológico. A partir do nível 3 do MACC é que se vai operar com um fator de risco biopsicológico e/ou com uma condição de saúde cuja gravidade, expressa na complexidade, convoca intervenções diferenciadas do sistema de atenção à saúde. Nesse terceiro nível, vai-se operar principalmente por meio de intervenções de autocuidado apoiado. Já no nível 4, opera-se equilibradamente entre autocuidado apoiado e o cuidado profissional. Por fim, o nível 5 destina-se à atenção às condições crônicas muito complexas e que estão, também, relacionadas nas linhas-guia das respectivas condições de saúde.^{7,8}

Para o presente estudo, o nível 2 do MACC embasará o contexto relativo à prevenção do câncer cervicouterino na subpopulação das mulheres presidiárias, a partir da investigação dos determinantes sociais de saúde proximais, ou seja, comportamentos e estilos de vida, vistos como fatores de risco modificáveis para a neoplasia cervicouterina.

A escolha da melhor intervenção, seja ela comportamental, cognitiva ou social, em prol da diminuição da morbimortalidade pelo câncer cervicouterino deve levar em consideração as características da população-alvo e o ambiente em que será aplicada.⁹ Portanto, as equipes de saúde multiprofissionais, atuantes nos presídios, precisam promover intervenções eficazes e coerentes com as peculiaridades do grupo em questão. Um sistema efetivo de vigilância dos fatores de risco torna-se fundamental para a elaboração do planejamento, implementação e avaliação do impacto de ações e programas estratégicos.

Destarte, este estudo possui o objetivo de analisar os determinantes sociais de saúde proximais, considerados fatores de risco para a neoplasia cervicouterina, e discuti-los na condição de privação de liberdade segundo o nível 2 do MACC. Os resultados da investigação indicarão a conjuntura diagnóstica dessa população feminina, o que fornecerá subsídios para a criação de futuras políticas e estratégias educativas que venham a facilitar a prevenção do câncer cervicouterino de forma congruente com as singularidades encontradas.

MÉTODOS

Estudo de abordagem quantitativa transversal, com o propósito de descrever. Os modelos transversais envolvem a coleta de dados em determinado ponto temporal, assim todos os fenômenos estudados são contemplados durante um período de coleta de dados. Em estudos descritivos, os pesquisadores observam, contam, esboçam, elucidam e classificam.¹⁰

O cenário da pesquisa consistiu em uma penitenciária feminina com capacidade para 300 recolhidas. Tal instituição encontra-se em processo de reestruturação para o cumprimento do PNSSP, já contando com equipe de saúde multiprofissional (enfermeira, técnicos de enfermagem, médico clínico geral, pediatra, ginecologista, odontologista, auxiliar de odontologia, assistente social e psicólogo) e um ambulatório.

A população do estudo considerou as mulheres reclusas na instituição no período da coleta, excluindo os casos de condições que impedissem o fornecimento das informações a serem coletadas. Por meio do cálculo para populações finitas a amostra resultou em 155 mulheres a partir de um tamanho populacional de 258, intervalo de confiança de 95%, erro máximo permitido de 0,05 e prevalência de 50%. Não houve perda amostral.

A coleta de dados ocorreu de janeiro a março de 2010. Inicialmente, realizou-se uma campanha de divulgação do estudo pelas pesquisadoras e agentes penitenciárias em todos os espaços institucionais. Durante o processo de recrutamento da amostra não probabilística, nos dias da coleta das informações as mulheres que se interessaram previamente eram escoltadas em pequenos grupos, pelas agentes das celas, dos seus locais de trabalho no presídio para a escola da instituição. As entrevistas individuais foram realizadas nas salas de aula da escola situada no interior da penitenciária.

Em um formulário estruturado registraram-se informações referentes à caracterização sociodemográfica, história sexual e reprodutiva e hábitos tabagistas. De modo mais detalhado, as seguintes variáveis foram investigadas: tipo de delito, idade, escolaridade, renda familiar, estado civil, idade de início da vida sexual, número de parceiros sexuais, uso de preservativo, comportamento sexual, paridade, acompanhamento ginecológico na instituição e tabagismo.

Os dados foram compilados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. Para a análise, as frequências absolutas e relativas das variáveis foram calculadas, além de medidas de tendência central e de dispersão (desvio-padrão – DP). Empregou-se o teste de Kolmogorov-Sminorv para averiguar a normalidade da distribuição das variáveis pretendidas.

As internas foram convidadas verbalmente a participarem da pesquisa, sendo esclarecidos os objetivos e procedimentos envolvidos. A aceitação foi formalizada com a assinatura ou digital de um termo de consentimento livre e esclarecido. Os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos foram respeitados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob protocolo nº 229/09.

RESULTADOS

RISCOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A fim de descrever e favorecer a análise das características sociodemográficas os dados foram expostas na Tabela 1. Adotou-se a mediana como medida de tendência central por se tratar de variáveis de distribuição assimétrica ($p < 0,05$), averiguada a partir do teste de Kolmogorov-Sminorv (KS).

A análise das razões pelas quais as mulheres em questão respondem judicialmente evidenciou a realização do tráfico de drogas como principal motivo. A junção das mulheres que realizaram essa atividade no Brasil com as envolvidas no tráfico internacional contabilizou 82 (52,8%) detentas incluídas nessa fonte de renda ilegal.

As informações alusivas à idade das participantes revelaram uma população ainda no início da juventude envolvida no mundo do crime. A faixa etária mais jovem, de 18 a 24 anos, apresentou maior frequência com 61 (39,4%) mulheres. Destaca-se que 99 presidiárias, ou seja, 65%, possuíam no máximo 31 anos de idade.

Prosseguindo-se com a análise sociodemográfica, o nível educacional retratou a realidade de muitos brasileiros. Mais da metade das participantes (56,8%) não chegou a concluir o ensino fundamental (menos de nove anos de estudo). Ademais, percebeu-se que o grau máximo de escolaridade de 115 (74,2%) mulheres não ultrapassou o ensino fundamental completo, variando de nenhuma experiência escolar até a conclusão da 9ª série.

A apreciação da renda familiar mensal desvendou outro aspecto socioeconômico desfavorável; 87 (56,1% das mulheres) mencionaram possuir renda mensal de até um salário mínimo, de modo que 19 (13,4%) possuíam rendimento de, no máximo, R\$ 200,00. A rentabilidade de 124 (80%) variou de R\$ 82,00 até R\$1.530,00.

Os dados sobre a situação conjugal das participantes informaram que 73 (47,1%) eram solteiras, compondo o estado civil mais frequente. A união marital esteve presente em 70 (45,2%) entre mulheres casadas e unidas consensualmente.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos de presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz – Ceará, 2010

Variáveis	f	%	Estatística
Tipo de delito			
Tráfico de drogas	76	48,9	
Furto	31	20,0	
Roubo	26	16,7	
Tráfico internacional de drogas	6	3,9	
Homicídio	4	2,6	
Outros	12	7,9	
Idade			
18 H 24	61	39,4	Mediana ± DP = 28,0 ± 9,0 Teste KS p= 0,023
25 H 31	38	24,5	
32 H 38	28	18,1	
39 H 45	16	10,3	
46 H 56	12	7,7	
Escolaridade (em anos de estudo)			
Nenhum	4	2,6	Mediana ± DP = 7,0 ± 3,3 Teste KS p= 0,043
1 H 8	88	56,8	
8 H 9	23	14,8	
9 H 11	17	11,0	
11 H 12	16	10,3	
>12	7	4,5	
Renda familiar mensal (em salários mínimos*)			
≤1	87	56,1	Mediana ± DP = 510,0 ± 1055,5 Teste KS p= 0,000
1 H 3	37	23,9	
3 H 5	7	4,5	
5 H 7	6	3,9	
>7	5	3,2	
Não mencionado	13	8,4	
Estado civil			
Solteira	73	47,1	
Casada	11	7,1	
União consensual	59	38,1	
Viúva	4	2,6	
Divorciada	8	5,1	

*Salário mínimo vigente de R\$510,00.

RISCOS RELACIONADOS À SEXUALIDADE, REPRODUÇÃO E TABAGISMO

A observância da idade da coitarca demonstrou que 124 (80,1%) iniciaram antes dos 17 anos. Vale ressaltar que 148 (95,6%) tiveram sua primeira relação na adolescência – 46 (29,8%) antes dos 14 anos.

Tabela 2 - Aspectos sexuais, reprodutivos e tabagistas de presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz – Ceará, 2010

Variáveis	f	%	Estatística
Idade de início da vida sexual			
<11	3	1,9	Mediana ± DP= 15 ± 2,7 Teste KS p= 0,006
11 H 13	43	27,8	
14 H 16	78	50,3	
17 H 19	24	15,5	
20 H 23	7	4,5	
Nº parceiros nos últimos 3 meses			
Nenhum	60	38,7	Mediana ± DP= 1 ± 14,4 Teste KS p= 0,00
1 H 3	92	59,4	
>3	3	1,9	
Uso de preservativos			
	31	20,0	
Comportamento sexual			
Heterossexual	98	63,2	
Homossexual	22	14,2	
Bissexual	35	22,6	
Paridade			
Nenhum	30	19,4	Mediana ± DP= 2,0 ± 2,3 Teste KS p= 0,000
1 a 2	65	41,9	
3 a 4	35	22,6	
5 a 6	16	10,3	
Acima de 6	9	5,8	
Acompanhamento ginecológico na instituição			
	65	42,0	
Tempo do último exame preventivo			
Menos de 1 ano	54	83,0	
1 ano	6	9,3	
Há mais de 1 ano	3	4,7	
Não lembra	2	3,0	
Tabagismo			
	104	67,1	

O número de parcerias sexuais dos últimos três meses apresentou maior frequência – 81 mulheres (52,3%) com único parceiro, de modo que 92 (59,4%) possuíam um a três. Salienta-se que, das 95 com parceiros sexuais, 86 (90,5%) mantinham relacionamento estável (dado não apresentado). Portanto, é notória a pouca variedade dessas parcerias, com mediana de um.

Porém, é comum a mulher possuir parceiro que também está aprisionado ou até mesmo possuir história pregressa da prostituição (dado não apresentado), tendo em vista que 53 (34,2%) mulheres já realizaram tal atividade, fatores que agravam os riscos decorrentes desse contexto vivenciado.

Apesar da pouca variedade de parceiros, a investigação sobre a prática do uso de preservativos (masculinos e fe-

mininos) mostrou resultados desfavoráveis. Essa afirmação teve por base o fato de apenas 29 mulheres (18,7%) possuírem prática adequada do preservativo masculino e duas (1,3%) do feminino, ou seja, o utilizavam sempre em todas as relações sexuais.

Além do desuso de medidas preventivas, a homossexualidade evidenciou-se como prática comum integrante do perfil sexual da amostra, de maneira que aquelas que se diziam bi/homossexuais totalizaram 57 (36,8%). É comum as mulheres se envolverem com outras prisioneiras da mesma instituição prisional, mas também há casos em que a parceira está em liberdade. Nas duas situações a visita íntima e o recebimento de preservativos não são assegurados, fazendo com que as relações ocorram em locais e condições inapropriadas.

Nas informações obstétricas, embora 65 (41,9%) presidiárias possuíssem um a dois filhos, paridade mais elevada, com três ou mais, foi averiguada em 60 (38,7%) mulheres. Quando indagadas sobre o acompanhamento ginecológico na penitenciária, 65 mulheres (42%) confirmaram sua realização, ou seja, a maioria nunca passou por esse serviço após o ingresso na prisão. Entre as que foram contempladas, 60 (92,3%) se submeteram à última coleta há um ano ou menos e apenas três (4,7%) há mais de um ano.

O hábito de fumar esteve presente em 104 (67,1%), sendo o consumo permitido dentro da instituição. Durante o desenvolvimento da pesquisa, algumas mulheres relataram que não fumavam antes de serem presas, mas que agora possuem esse hábito como forma de aliviar as tensões da vida na prisão. Outras enxergam o aprisionamento como uma oportunidade de diminuir o uso ou até mesmo parar de fumar.

DISCUSSÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema público com responsabilidades claras sobre territórios e populações. Nesse aspecto, a gestão de base populacional convoca um modelo que estratifique a população segundo riscos, o que implicou a incorporação do Modelo da Pirâmide de Risco e do Modelo de Determinação Social da Saúde pelo MACC. Os determinantes sociais da saúde proximais, oriundos de comportamentos e de estilos de vida, são considerados fatores de risco.⁸ Estes são definidos como características ou atributos cuja presença aumenta a possibilidade de apresentar uma condição de saúde, podendo ser modificáveis ou não modificáveis. A simultaneidade dos fatores de risco gera um sinergismo que acaba por potencializar os problemas de saúde. Nessa perspectiva, inicia-se a discussão sobre tais fatores de vulnerabilidade envolvidos no desenvolvimento do câncer cervicouterino nas presidiárias estudadas.

RISCOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A distribuição dos delitos citados mostrou-se superior aos dados fornecidos pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), em 2013, exceto na representação do homicídio. Segundo essa instituição, no estado do Ceará 15,6% das mulheres presas estavam respondendo por tráfico de drogas, 19,6% por furto e 18,1% por homicídio.¹¹ Este, no presente estudo, apresentou menos expressivo, com quatro (2,6%) envolvidas.

O DEPEN, ao consolidar dados da população carcerária, revelou uma classificação semelhante à encontrada quanto à idade das pessoas privadas de liberdade, confirmando a entrada cada vez mais precoce na criminalidade.¹ No estado do Ceará, em 2013, 20,1% das presidiárias estavam na faixa etária de 18 a 24 anos.¹¹

A idade também se configura como interferente no processo do câncer cervicouterino. A maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que acima dessa idade a persistência é mais frequente. A incidência do câncer cervicouterino manifesta-se a partir da faixa etária de 20 a 29 anos, aumentando seu risco rapidamente até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos.⁶

Vale ressaltar que as novas diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer cervicouterino recomendam o início das coletas citopatológicas aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual. Os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.¹² Os dados mostram que 94 (60,6%) mulheres estudadas compõem a população-alvo do programa, por pertencerem à faixa etária preconizada para o rastreamento.

O perfil escolar dessa amostra feminina está coerente com o obtido da população prisional brasileira dos últimos dois anos. Até 2013, 40,7% das detentas no Ceará não haviam concluído o ensino fundamental.¹ O baixo nível educacional interfere negativamente nas oportunidades de emprego, aumentando a pobreza e a prática de subempregos. Destaca-se que a baixa escolaridade associada à pouca qualificação profissional pode ser fator contribuinte para o aumento da criminalidade feminina.¹³

O risco de mulheres serem acometidas por câncer cervical aumenta entre as que dispõem de baixo nível escolar e socioeconômico. A alta porcentagem de mulheres de pouca instrução pode agravar as vulnerabilidades individuais e coletivas, compondo um fator de risco social para o desenvolvimento do câncer cervicouterino.⁶ A vulnerabilidade individual tanto envolve a dimensão comportamental quanto a cognitiva ligada ao acesso às informações. Assim, essas pessoas podem ter sido privadas de muitas oportunidades de conhecimento e orientação divulgadas no ambiente escolar, tanto no aspecto acadêmico como humanístico.

Articulada a essa problemática, as condições financeiras das participantes também representou um aspecto social desfavorável à promoção da saúde. A pouca rentabilidade associada a uma alimentação pobre em alguns micronutrientes, principalmente vitamina C, betacaroteno e folato, podem colaborar no processo da carcinogênese. Alguns nutrientes antioxidantes, como as vitaminas A, E e C, podem inibir a formação de radicais livres e a evolução de lesões malignas no epitélio do colo uterino, atuando como moduladores da resposta imune frente à persistência da infecção por HPV, impedindo a progressão das neoplasias intraepiteliais cervicais e, conseqüentemente, o desenvolvimento do câncer cervical. Uma alimentação saudável previne em 40% o desenvolvimento neoplásico.¹⁴

Somado ao baixo nível educacional e econômico, ser solteira, como observado predominantemente, pode agravar a vulnerabilidade às DST/ HIV e ao câncer cervicouterino devido à possibilidade de mais variedade de parceiros sexuais. Porém, vale lembrar que as questões de gênero ao dificultar o poder decisório da mulher em adotar medidas preventivas e a crença na confiança do parceiro como ilusória proteção às DSTs, entre pessoas que possuem parcerias estáveis, têm elevado os casos desses agravos em mulheres com parcerias fixas. Assim, independentemente do estado civil, número e estabilidade da parceria sexual, o uso do preservativo em todas as relações é imprescindível para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, quebra da cadeia epidemiológica e, assim, a prevenção primária do câncer.¹²

RISCOS RELACIONADOS A SEXUALIDADE, REPRODUÇÃO E TABAGISMO

Os dados apresentados mostram porcentagem expressiva da precocidade da idade de início da vida sexual, especialmente se comparados aos de uma pesquisa com a população brasileira de 15 a 64 anos de idade. Segundo seus resultados, apenas 17% das mulheres sexualmente ativas entre 15 e 64 anos iniciaram sua vida sexual antes dos 15 anos, ao passo que, no presente estudo, 71 (45,8%) vivenciaram a coitarca nessa mesma faixa etária e 148 (95,5%) até os 19 anos.¹⁵

A precocidade das relações sexuais está diretamente relacionada ao aumento do risco de câncer cervical, pela imaturidade da cérvix na adolescência, intensa metaplasia, zona de transformação do colo localizada na ectocérvix e pelos níveis hormonais desestabilizados. A zona de transformação cervical é mais proliferativa durante a puberdade e a adolescência, sendo mais suscetível a alterações induzidas por agentes sexualmente transmissíveis, como o HPV.¹⁶ Essa informação denota que as estratégias de promoção da saúde sexual e reprodutiva devem contemplar de forma intensiva o período da adolescência, uma vez que este pode ser determinante na resolução da história gineco-obstétrica desses jovens.

Apesar da precocidade do início da vida sexual, a análise quantitativa dos parceiros revelou-se positiva, por ter apresentado baixa variedade e mais estabilidade. Porém, tal realidade não pode ser garantida por parte do parceiro, o qual poderá oferecer vulnerabilidade adicional a essas mulheres. Ademais, a prática da prostituição esteve presente em quase 35% das presidiárias.

A multiplicidade de parceiros sem o uso de medidas preventivas também compõe fator predisponente para o câncer cervicouterino, pois gera o aumento das DSTs, inclusive do HPV. Pesquisa envolvendo fatores de risco associados às alterações celulares induzidas pelo HPV concluiu que mais da metade das mulheres com alterações celulares referiram ter três ou mais parceiros sexuais no último ano. Essa associação foi estatisticamente significativa e, independentemente dos demais fatores estudados, ratifica a ideia de que maior número de parceiros sexuais aumenta a possibilidade de DST.¹⁶ No caso das mulheres estudadas e de seus parceiros sexuais, além dos riscos decorrentes do não uso do preservativo nas visitas íntimas, não há como negar os riscos da não adoção nas relações extraconjugais dentro das instituições prisionais, tanto por parte da mulher quanto por parte do homem que também esteja aprisionado, como fora das instituições por aqueles que estão em liberdade.

A prática comum do homossexualismo sem o uso de métodos preventivos às DST/HIV agrava ainda mais a situação de vulnerabilidade das mulheres privadas de liberdade. Na instituição, a distribuição dos preservativos é priorizada para aquelas contempladas com a visita íntima heterossexual. Já no tocante à visita entre pessoas do mesmo sexo, não há direito assegurado, favorecendo a prática homossexual dentro do ambiente carcerário sem inclusão dessa realidade nas ações preventivas em saúde.

A prática do uso do preservativo masculino ou feminino por apenas 31 (20%) presidiárias retratou a fragilidade das ações de estímulo ao seu emprego pela população envolvida. O PNSSP prevê ações de diagnóstico, aconselhamento e tratamento das DST/HIV/AIDS, distribuição de preservativos para as pessoas presas e servidores, bem como a elaboração de material educativo e instrucional. Ressalta-se que consiste em uma das metas do PNSSP prover preservativos a 100% das pessoas presas e a 60% dos servidores prisionais.⁴ Entretanto, muitas dessas ações ainda passam por dificuldades e entraves institucionais para se tornarem práticas.

Em estudo retrospectivo desenvolvido em Patos de Minas, Minas Gerais, foram avaliados os registros da colpologia oncológica de 2.837 mulheres com idades de 14 a 75 anos de idade. Entre os principais achados, inferiu-se que as pacientes cujos parceiros sexuais usavam o preservativo apresentaram menos frequência das alterações celulares induzidas pelo HPV, sugerindo um fator de proteção, independentemente das demais variáveis. Ainda sobre essa investigação, a associação na análise multivariada mostrou que ter três ou mais parceiros sexuais no

último ano correspondeu a fator de agressão e utilizar preservativo a fator de proteção, sendo estes os únicos fatores independentes associados às alterações citológicas.¹⁷

A gravidez também se configura como um fator predisponente à infecção por HPV, devido em parte à diminuição da imunidade celular e modificação dos níveis dos hormônios esteroides, fato comprovado clinicamente pela regressão das lesões no pós-parto. Além disso, o período gestacional gera desequilíbrio na microbiota vaginal, favorecendo o desenvolvimento tanto do HPV quanto de outros agentes infecciosos. A conjunção de todos esses fatores acarreta o aumento das lesões pelo HPV induzidas durante a gestação.¹⁸ Na amostra em questão, 125 (80,6%) já experienciaram a gravidez e cerca de 40% tiveram três filhos ou mais.

Sobre o acompanhamento ginecológico na instituição prisional, o serviço conta com consultório equipado em que o médico ginecologista e uma enfermeira prestam assistência. As mulheres, nos primeiros meses de permanência do presídio, realizam o exame preventivo e todas as informações são registradas no prontuário de cada detenta, as quais são utilizadas para futura convocação. As medicações prescritas são disponibilizadas no próprio serviço.

O acompanhamento ginecológico prisional ganha mais conotação além da realização do exame preventivo. Tendo em vista as vulnerabilidades inerentes à população feminina reclusa, a consulta pode configurar um importante momento de aconselhamento, orientação e fornecimento de preservativos, além da identificação de agravos. Ações que promovam a saúde sexual e reprodutiva de mulheres presidiárias não devem restringir a consultas ginecológicas e distribuição de preservativos. Os espaços institucionais como a escola, os locais de trabalho, a área recreativa, bem como as próprias celas, deveriam ser mais aproveitados pelos enfermeiros para o desenvolvimento de grupos educativos respaldados na construção do conhecimento de forma participativa, dialógica e processual.

A última variável avaliada, o tabagismo, consiste em outro fator de risco. O percentual encontrado de 67,1% de fumantes revelou-se mais do que o dobro do relatado em Fortaleza, Ceará, que identificou 33% de tabagistas.¹⁹ O tabaco diminui significativamente a quantidade e função das células de Langhans, que são responsáveis pela defesa do tecido epitelial, além do cigarro conter mais de 300 substâncias com potencial efeito cancerígeno.¹⁶ O elevado percentual representa uma grave situação, considerando os malefícios do tabaco não só como precursor do câncer, mas também de outros agravos.

CONCLUSÃO

Diante dos primeiros determinantes sociais estudados, infer-se que os fatores sociodemográficos das presidiárias revelaram uma maioria de jovens, solteiras, com baixa escolaridade e ren-

da familiar mensal, presas especialmente por tráfico de drogas. As vulnerabilidades próprias da juventude articuladas ao desdobramento das más-condições socioeconômicas podem catalisar processos patológicos, sobretudo, o câncer cervicouterino.

Compuseram riscos sexuais e reprodutivos a precocidade da coitarca, o não uso do preservativo, a paridade e a baixa cobertura do rastreamento na instituição prisional. A multiplicidade de parceiros nos últimos três meses não se mostrou predisponente, pela estabilidade e pouca variedade de parceiros sexuais da amostra. No entanto, as questões de gênero que resultam na submissão feminina na prática de relações sexuais desprotegidas, o desconhecimento do estado de liberdade do parceiro e de sua atual variedade de parceiras e o fato de estarem sexualmente ativas já são importantes fatores de vulnerabilidade, acrescida da história pregressa da prática da prostituição por mais de um terço da amostra.

Hábitos tabagistas incidiram em cerca de 70% das mulheres. A carência ou inexistência de programas multidisciplinares de combate ao tabaco nas comunidades e nas instituições prisionais agrava essa situação. A dificuldade de abandonar o vício, além de se relacionar a aspectos orgânicos, se fortalece mediante o contexto de vida desestruturado.

Os fatores avaliados indicam que essas mulheres são vulneráveis a desenvolver a neoplasia estudada. O fato de a mulher e seu parceiro ou parceira também estarem aprisionados agravam os riscos de contrair infecções, inclusive as de transmissão sexual.

Estratégias de prevenção e controle do câncer cervicouterino no ambiente prisional respaldadas pelo MACC devem ser fortalecidas para a real concretização dos pressupostos estabelecidos pelo PNSSP, de modo a englobar a complexidade dos fatores envolvidos na trajetória de vida das presidiárias e na atual situação de cárcere.

Por fim, sugere-se o desenvolvimento de estudos que estimem os riscos do desenvolvimento do câncer de colo do útero ou da aquisição do HPV em mulheres que vivenciam o regime prisional. Entre as limitações do estudo, registra-se o breve contato entre as pesquisadoras e as presidiárias, sendo necessário o planejamento de atenção em prevenção do câncer de colo uterino mais duradoura, inclusive com o oferecimento do exame de rastreamento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema penitenciário no Brasil. Dados consolidados. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. Strazza L, Massad E, Azevedo RS, Carvalho HB. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(1):197-205.
3. World Health Organization (WHO). Human papillomavirus and related cancers in Brazil. Geneva: World Health Organization; 2010.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. 64 p.

5. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2014.
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
 7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
 8. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
 9. Vasconcelos CTM, Damasceno MMC, Lima FET, Pinheiro AKB. Integrative review of the nursing interventions used for the early detection of cervical uterine cancer. *Rev Latinoam Enferm*. 2011; 19(2):437-44.
 10. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
 11. Brasil. Ministério da Justiça. Formulário categoria e indicadores preenchidos. Informações Penitenciárias (InfoPen). Brasília (DF): Ministério da Justiça; 2013.
 12. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Nacional do Câncer; 2011. 104 p.
 13. Lopes RMF, Mello DC, Argimon II. Mulheres encarceradas e fatores associados a drogas e crimes. *Ciênc Cogn*. 2010; 15(2):121-31.
 14. Sampaio LC, Almeida CF. Vitaminas antioxidantes na prevenção do câncer do colo uterino. *Rev Bras Cancerol*. 2009; 55(3):289-96.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas relacionada às DST e Aids da população brasileira de 15 a 64 anos de idade, 2008. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
 16. Campos ACC, Freitas Júnior R, Poletto KQ, Goulart EF, Ribeiro LFJ, Paulinelli RR, et al. Fatores de risco associados às alterações celulares induzidas pelo papilomavírus humano no colo uterino. *Rev Ciênc Méd (Campinas)*. 2008; 17(3-6):133-40.
 17. Queiroz AMA, Cano MAT, Zaia JE. O papiloma vírus humano (HPV) em mulheres atendidas pelo SUS, na cidade de Patos de Minas – MG. *RBAC*. 2007; 39(2):151-7.
 18. Silveira LMS, Veras RC, Cruz ALN, Faria MS. Gestação e papilomavírus humano: influência da idade materna, período gestacional, número de gestações e achados microbiológicos. *RBAC*. 2008; 40(1):43-7.
 19. Anjos SJSB, Vasconcelos CTM, Franco ES, Almeida PC, Pinheiro AKB. Risk factors for uterine cervical cancer according to results of VIA, cytology and cervicography. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4):912-20.
-