

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MULHER ATENDIDA EM AMBULATÓRIO GINECOLÓGICO UNIVERSITÁRIO

Epidemiological profile of the woman attended in the gynecologic university ambulatory

Claudia Teixeira da Costa Lodi¹, Mariana Martins Grassi Sedlmaier¹, Felipe Cambraia Pereira de Barros^{1,2}

RESUMO

INTRODUÇÃO: O atendimento ginecológico ambulatorial ganhou força nos últimos anos e identificar a prevalência das enfermidades e vulnerabilidades da saúde da mulher auxilia no delineamento de políticas públicas e nas melhorias dos serviços médicos prestados. **OBJETIVO:** Estabelecer um perfil epidemiológico e clínico das mulheres atendidas em um ambulatório universitário de ginecologia, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **MÉTODOS:** Pesquisa retrospectiva transversal através da análise de prontuários do atendimento ginecológico no período de janeiro de 2017 a janeiro de 2018. **RESULTADOS:** Incluídas 306 mulheres, com idade média de 45 anos, sendo 38,6% com 50 anos ou mais. Muitas mulheres negaram queixas ginecológicas (34,3%). Dor abdominal e/ou pélvica (13,1%) foram as queixas mais encontradas. Os diagnósticos mais comuns foram climatério (17%) e miomas uterinos (16,7%). Sinais e sintomas mais frequentes foram dor pélvica (42,8%) e dispareunia (17,9%). História familiar de câncer de mama foi relatado por 37,6%. Cento e quatro (33,9%) mulheres fizeram mamografia e 9,6% das mamografias apresentaram alterações. O exame citopatológico foi realizado em 222 (72,5%) mulheres, e destas 3,6% apresentaram alterações. No exame físico, 33,5% apresentaram alterações nos genitais, 7,5% na mama e 10,9% no abdome. Alterações na ultrassonografia foram observadas em 82,8% dos exames. **CONCLUSÃO:** A amostra analisada apresenta um perfil semelhante aos descritos em estudos anteriores. A identificação de fatores de risco e de comorbidades relacionadas à saúde da mulher é importante para amparar o delineamento de políticas públicas e as melhorias nos serviços médicos prestados para essa população.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Ginecologia; Prevalência; Epidemiologia.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Outpatient gynecological care has grown in the last years and to identify the prevalence of diseases and vulnerabilities of women's health, helps in the design of public policies and improvements in medical services rendered. **OBJECTIVE:** To establish an epidemiological and clinical profile of the women attended at the gynecology at a university outpatient in Belo Horizonte, Minas Gerais. **METHODS:** Retrospective cross-sectional study of gynecological care records from January 2017 to January 2018. **RESULTS:** Including 306 women, with an average age of 45 years, being 38.6% aged 50 years and over. Most women denied gynecological complaints (34.3%). Abdominal and / or pelvic pain (13.1%) was the most frequent complaint. The most common diagnoses were climacteric (17%) and uterine fibroids (16.7%). The most frequent signs and symptoms were pelvic pain (42.8%) and dyspareunia (17.9%). Family history of breast cancer was reported by 37.6%. One hundred and four (33.9%) women had mammograms and 9.6% had mammograms were altered. The cytopathological examination was performed in 222 (72.5%) women, and of these 3.6% presented changes. In the physical examination, 33.5% presented alterations in the genitals, 7.5% in the breast and 10.9% in the abdomen. Changes in ultrasonography were observed in 82.8% of the exams. **CONCLUSION:** The analyzed sample presents a profile like those described in previous studies. The identification of risk factors and comorbidities related to women's health is important in helping to design public policies and improve the medical services provided to this population.

Keywords: Women's health; Gynecology; Prevalence; Epidemiology.

¹Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

²Hospital Unimed Belo Horizonte, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor Correspondente: Claudia Teixeira da Costa Lodi, Avenida Francisco Sales, 1420, Santa Efigênia, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, claudiatclodi@gmail.com, (31) 3287-0941.

INTRODUÇÃO

O atendimento ginecológico ganhou força nos últimos anos devido às mudanças nas políticas de atendimento à saúde da mulher, que ocorreram, mais recentemente, em consequência da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” (PNAISM) estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS) em 2009. Tal medida ilustra o compromisso com implementação de ações de saúde que garantam os direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas evitáveis, cabíveis de prevenção ou intervenção curativa ^{1,2}.

Na população feminina, o contexto sociocultural geralmente traz pontos negativos a isso, como discriminações, violências e abusos, além de sobrecarga com preocupações domésticas e familiares. Apesar de maior expectativa de vida que os homens, as mulheres adoecem mais. Dessa forma, é extremamente importante incorporar análise de gênero no planejamento de ações de saúde, buscando promover melhores condições de vida e os direitos de cidadania da mulher ^{2,3}.

As ações de saúde para a população feminina evoluíram desde o século XX, inicialmente com abordagem restrita ao ciclo gravídico-puerperal, mas foi ampliado, com o passar dos anos, abrangendo problemas de reprodução, sexualidade, anticoncepção e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST). Passaram a incorporar ações de educação, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação na assistência no pré-natal, no parto, no puerpério, no climatério, no planejamento familiar, nas IST, no câncer de colo de útero e de mama ². A partir destas mudanças, o atendimento ambulatorial se estabeleceu como uma das fontes de serviços médicos, a partir de consultas ginecológicas.

Até 2016, as principais causas de morte da população brasileira feminina eram as doenças cardiovasculares, como o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as pneumonias, que podem encobrir casos de Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA) não diagnosticados; diabetes; e causas externas ².

O câncer de mama é o mais incidente na população feminina, excetuando-se os casos de pele não melanoma. É a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres ². Apresenta caráter multicêntrico, envolvendo desde fatores genéticos, comportamentais, biológicos até de exposição ambiental ⁴. As estratégias para a detecção precoce do câncer de mama são o rastreamento e o diagnóstico precoce, aplicando exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhar para investigação e tratamento. A detecção precoce está baseada no exame clínico das mamas e na realização de exames de imagem quando encontrada alguma alteração, além do rastreamento através de mamografia em população alvo ⁴.

O câncer do colo do útero é a terceira neoplasia mais incidente entre as brasileiras, exceto cânceres de pele não melanoma, e a quarta causa de morte por câncer entre as mulheres. Está associada à infecção por subtipos oncogênicos do Papiloma vírus Humano (HPV), especialmente o HPV-16 e o HPV-18, responsáveis por cerca de 70% dos cânceres de colo uterino ⁵. De acordo com a

Organização Mundial da Saúde (OMS), as estratégias em relação ao câncer do colo do útero, assim como no câncer de mama, são o rastreamento e o diagnóstico precoce. O rastreamento do câncer do colo do útero se baseia no reconhecimento de lesões precursoras, como lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (NIC 2/3) e adenocarcinoma in situ (AIS), que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo a progressão para o câncer invasor ⁶. O método mais utilizado para rastreamento é o exame citopatológico do colo do útero, o Papanicolau. Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo ⁵.

Portanto, verifica-se a relevância de estudos sobre os problemas locais de saúde na população feminina para melhorar o planejamento orçamentário em torno das principais demandas. Vale ressaltar que não foram encontrados estudos prévios ou registros em bases de dados que se propuseram a analisar o perfil epidemiológico do atendimento ginecológico ambulatorial em Belo Horizonte, Minas Gerais.

OBJETIVOS

Fazer uma análise epidemiológica das mulheres atendidas, assim como suas demandas clínicas, comparar enfermidades ginecológicas conforme a idade, buscando respaldar futuras melhorias no atendimento ambulatorial ginecológico.

MÉTODOS

A pesquisa em questão se trata de um estudo retrospectivo transversal, que tem como principal fonte de dados prontuários pertencentes à área de atendimento ginecológico ambulatorial em questão, no período de janeiro de 2017 a janeiro de 2018. Foram realizados 2780 atendimentos ginecológicos neste período. Os dados coletados foram disponibilizados em formulário previamente elaborado e organizados em gráficos e tabelas como forma de estabelecer o perfil epidemiológico das mulheres atendidas.

Critérios de inclusão

Foram incluídos todos os prontuários de mulheres com idade acima de 18 anos atendidas em ambulatório de Ginecologia no período de janeiro de 2017 a janeiro de 2018.

Critérios de exclusão

Foram excluídos os prontuários ilegíveis, os relativos ao atendimento de especialidades específicas dentro da ginecologia como Sexualidade, Infertilidade e Propedêutica do colo uterino.

Cálculo amostral

Para atender ao objetivo do estudo, foi calculada uma amostra para testar a proporção de mulheres atendidas em serviço ginecológico ambulatorial, utilizando a seguinte fórmula⁷:

$$n = \frac{p(1-p)(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

em que $z_{1-\alpha/2}$ e $z_{1-\beta}$ denotam quantis da distribuição normal padrão associados à significância e ao poder do teste, respectivamente, p representa a proporção de mulheres em uso de contraceptivo obtida em estudo anterior⁸, e d é a diferença mínima que se deseja testar. Considerando-se 5% de significância e poder mínimo de 80%, para se testar uma diferença mínima de 8% do valor obtido do estudo anterior será necessário, no mínimo, 306 mulheres.

Foram então analisados 306 prontuários, escolhidos através de amostragem aleatória simples. Os prontuários foram avaliados pela pesquisadora, que compilou os dados em uma ficha de coleta de dados, observando sempre critérios de sigilo e adequação do preenchimento correto da ficha de anamnese. Foram avaliados prontuários de mulheres cuja primeira consulta tenha ocorrido até janeiro de 2018.

Comitê de ética

A coleta de dados foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética, conforme CAAE: 91782918.2.0000.5134.

Análise estatística

As variáveis categóricas foram apresentadas nas tabelas como frequências absolutas e relativas e as variáveis numéricas foram apresentadas como média ± desvio-padrão. Os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher foram utilizados para avaliar associações entre as variáveis categóricas. A análise foi desenvolvida no programa gratuito R versão 3.3.2, e foi considerado significativo $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram avaliadas 306 mulheres conforme os dados encontrados em prontuários médicos preenchidos durante seus atendimentos na instituição escolhida para essa pesquisa. Os atendimentos ginecológicos são feitos por diferentes profissionais, não seguindo exato padrão em coleta de dados, motivo pelo qual algumas informações não foram abordadas em todas as consultas, tendo um $n < 306$ em nossos resultados. A idade média encontrada é de 45 anos, sendo 38,6% com 50 anos ou mais. Um terço das mulheres aproximadamente não apresentaram nenhuma queixa (34,3%), enquanto dor abdominal e/ou pélvica (13,1%) foram as principais queixas entre as demais. Os diagnósticos mais comuns foram climatério (17,0%) e miomatose uterina (16,7%). Sinais e sintomas mais frequentes foram dor pélvica/cólica (34,6%) e dispareunia (17,9%) (Tabela 1).

O número médio de gestações foi 2,78 e de partos vaginais 1,80 (Tabela 2). Apenas 21,6% das pacientes atendidas estavam em pós-menopausa. A idade média da menopausa foi 48,73 anos, e destas pacientes 10,6% usavam reposição hormonal (Tabela 2).

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo idade, consulta, queixa principal, diagnóstico e sintomas.

Característica	Estatística
Idade	44,67 ± 13,79
18 a 39 anos	111 (36,3%)
40 a 49 anos	77 (25,2%)
50 anos ou mais	118 (38,6%)
Queixa principal*	
<i>Sem queixas</i>	105 (34,3%)
Dor abdominal e pélvica	40 (13,1%)
Sangramento genital anormal	33 (10,7%)
<i>18 a 39 anos (n=111)</i>	
<i>Sem queixas</i>	25 (22,5%)
Dor abdominal e pélvica	19 (17,1%)
<i>40 a 49 anos (n=77)</i>	
<i>Sem queixas</i>	32 (41,6%)
Dor abdominal e pélvica	10 (13%)
<i>50 anos ou mais (n=118)</i>	
<i>Sem queixas</i>	48 (40,7%)
Sangramento genital anormal	14 (11,9%)
Diagnóstico*	
Climatério	52 (17%)
Miomas	51 (16,7%)
Sangramento genital anormal	38 (12,4%)
Incontinência urinária	26 (8,4%)
Vaginose	27 (8,8%)
Prolapso genital	20 (6,5%)
<i>18 a 39 anos (n=111)</i>	
Sangramento genital anormal	21 (18,9%)
Vaginose	15 (13,5%)
<i>40 a 49 anos (n=77)</i>	
Miomas	22 (28,6%)
Climatério	12 (15,6%)
<i>50 anos ou mais (n=118)</i>	
Climatério	38 (32,2%)
Prolapso genital	17 (14,4%)
Incontinência urinária	17 (14,4%)
Sinais e sintomas*	
Dor pélvica/Cólica	106 (34,6%)
Dispareunia	55 (17,9%)
Menorragia	49 (16,0%)
Incontinência Urinária	46 (15,0%)
<i>18 a 39 anos (n=111)</i>	
Dor pélvica/Cólica	48 (43,2%)
Dispareunia	24 (21,6%)
<i>40 a 49 anos (n=77)</i>	
Dor pélvica/Cólica	25 (32,4%)
Menorragia	23 (29,8%)
<i>50 anos ou mais (n=118)</i>	
Dor pélvica/Cólica	33 (27,9%)
Incontinência urinária	27 (22,9%)

* Permite respostas múltiplas

Tabela 2. Paridade e Sistema Reprodutivo.

Característica	Estatística
Gestações (n=282)	2,78 ± 2,31
<i>Sem informação</i>	24 (7,8%)
Partos vaginais (n=281)	1,80 ± 2,09
<i>Sem informação</i>	25 (8,1%)
Partos cesarianos (n=279)	0,59 ± 0,98
<i>Sem informação</i>	27 (8,8%)
Abortos (n=280)	0,45 ± 0,78
<i>Sem informação</i>	26 (8,5%)
Pós-menopausa	66 (21,6%)
Idade menopausa	48,73 ± 6,55
Uso de reposição hormonal	7 (10,6%)
História de abuso sexual	6 (2%)
Idade Menarca (n=242)	12,61 ± 1,77
<i>Sem informação</i>	64 (20,9%)
Idade Sexarca (n=178)	18,46 ± 4,16
<i>Sem informação</i>	128 (41,8%)

Em relação à contracepção, 43 (14,0%) mulheres responderam não utilizar nenhum método contraceptivo; dentre as 19 (6,2%) pacientes que afirmaram usar preservativo durante as relações sexuais, 15 (4,9%) disseram usar preservativo isoladamente; duas mulheres (0,6%) associavam o uso de preservativo ao uso de anticoncepcional oral e duas mulheres (0,6%) associavam o uso de preservativo à laqueadura.

A proporção de pacientes que afirmaram hábito cotidiano de alcoolismo foi 19,3%, enquanto 11,8% afirmaram hábito de tabagismo. Quanto às demais comorbidades, 12,1% eram tratadas para Diabetes Mellitus (DM), 32,7% para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 10,8% para Depressão. Sobre as cirurgias prévias, 19,9% das pacientes passaram por cirurgias ginecológicas sendo a histerectomia a mais prevalente (17,1%) (Tabela 3). A cirurgia geral mais comum foi colecistectomia (20,4%).

História familiar de câncer de mama foi relatado por 11,4% das mulheres. Nos prontuários analisados, 78,4% das pacientes

passaram por exame físico ginecológico, dentre os quais 32,0% apresentaram alterações na vulva/vagina, 7,5% tinham alterações na mama e 10,9% alterações no abdome. Dentre as 122 (39,9%) mulheres que tinham USG prévia, foram observadas alterações em 84,4% dos exames, sendo encontrados miomas uterinos em 56,3% destes.

Tabela 3. Comorbidades.

Característica	Estatística
Alcoolismo	
Sim	59 (19,3%)
Ex-alcóolatra	13 (4,2%)
Não	112 (36,6%)
<i>Sem informação</i>	122 (39,9%)
Tabagismo	
Sim	36 (11,8%)
Ex-tabagista	18 (5,9%)
Não	137 (44,8%)
<i>Sem informação</i>	115 (37,6%)
DM	
Sim	37 (12,1%)
Não	23 (7,5%)
<i>Sem informação</i>	246 (80,4%)
HAS	
Sim	100 (32,7%)
Não	23 (7,5%)
<i>Sem informação</i>	183 (59,8%)
Depressão	
Sim	33 (10,8%)
Não	1 (0,3%)
<i>Sem informação</i>	272 (88,9%)
Ansiedade / nervosismo	
Sim	6 (1,9%)
Não	1 (0,3%)
<i>Sem informação</i>	299 (97,7%)
Cirurgias prévias* (n=137)	
Cirurgias Ginecológicas	61 (44,5%)
Outras	76 (55,4%)

* Permite respostas múltiplas
DM = Diabetes Mellitus / HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica

Tabela 4. Rastreamento do câncer de mama.

	Geral	< 40 anos (n=111)	40 – 50 anos (n=83)	> 50 anos (n=112)	Valor-p
Fez mamografia	104 (34%)	9 (8,1%)	31 (37,4%)	64 (57,1%)	
Alterada	10 (9,6%)	1 (11,1%)	3 (9,6%)	6 (9,4%)	
Normal	74 (71,1%)	8 (88,9%)	21 (67,7%)	45 (70,3%)	> 0,999 *
Sem informação	20 (19,3%)	0 (0%)	7 (22,6%)	13 (20,3%)	

*Teste Exato de Fisher

Tabela 5. Rastreamento do câncer de colo uterino.

	Geral	< 24 anos (n=20)	24 – 65 anos (n=267)	> 65 anos (n=19)	Valor-p
Toque/exame especular realizado	229 (74,8%)	13 (65,0%)	200 (74,9%)	16 (84,2%)	
Alterado	110 (48,0%)	8 (61,6%)	91 (45,5%)	11 (68,7%)	0,122**
Normal	119 (52,0%)	5 (38,4%)	109 (54,5%)	5 (31,3%)	
Fez exame citopatológico	222 (72,5%)	11 (55,0%)	195 (73,0%)	16 (84,2%)	
Alterado	8 (3,6%)	0 (0%)	8 (4,1%)	0 (0%)	> 0,999 *
Normal	127 (57,2%)	2 (18,2%)	113 (57,9%)	12 (75,0%)	
Sem informação	87 (39,2%)	9 (81,8%)	74 (37,9%)	4 (25,0%)	

*Teste Exato de Fisher

**Teste Qui-quadrado

Quanto às mamografias, 104 mulheres tinham realizado previamente o exame e apenas 9,6% apresentaram alguma alteração (Tabela 4). Sobre o rastreamento do câncer de colo uterino, 222 (72,5%) mulheres possuíam exame citopatológico realizado, e 3,6% desses estavam alterados (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Durante o período avaliado, de janeiro de 2017 a janeiro de 2018 de um Ambulatório Universitário, em Belo Horizonte (MG), dentre os motivos da consulta, em todas as faixas etárias, predominou o acompanhamento ginecológico de rotina na ausência de queixas ginecológicas. Porém, dentre as mulheres apresentando queixas ginecológicas, dor abdominal e pélvica foram as principais queixas entre as mulheres de 18 a 49 anos, representando um problema comum e de difícil definição diagnóstica nas mulheres em idade fértil ⁹. Já as mulheres com mais de 50 anos queixaram, especialmente, sobre sangramento genital anormal. Esta condição é comum nessa faixa etária mais avançada e tem um grande espectro de possíveis causas, variando de benignas a malignas, e que, se não tratada adequadamente, pode causar grandes consequências orgânicas, emocionais, sexuais e profissionais, comprometendo a qualidade de vida dessas mulheres ¹⁰. Um estudo prévio realizado nos Estados Unidos descreveu que aproximadamente 19% das mulheres com idade entre 18 e 55 anos relataram problemas relacionados a sangramento uterino anormal, e que essas mulheres eram significativamente mais propensas do que aquelas do grupo controle a relatar ansiedade e depressão frequentes, insônia, sonolência excessiva e dor no último ano, além de se sentirem mais deprimidas, nervosas, inquietas. Tabagismo, ingestão alcoólica e ter sobrepeso ou obesidade também foram mais frequentemente relatados entre mulheres com problemas relacionados ao sangramento anormal do que as demais ¹¹.

Sobre os diagnósticos encontrados nos 306 atendimentos avaliados, climatério sintomático e miomatose uterina foram os mais incidentes na faixa etária de 40 a 49 anos enquanto nas mulheres de 18 a 39 anos predominaram Sangramento genital anormal e Vaginose e nas mulheres com mais de 50 anos houve predomínio de Prolapso genital e Incontinência urinária. Tais dados remetem às prevalências das condições orgânicas, fisiológicas e cotidianas da saúde da mulher conforme a idade ¹², e tiveram sinais e sintomas predominantes coerentes aos diagnósticos conforme as idades

das mulheres, como dispareunia nas mulheres de 18 a 39 anos; menorragia de 40 a 49 anos; e perda urinária nas acima de 50 anos. outro aspecto importante observado foi a distribuição da amostra segundo características de paridade, uma vez que número de gestações, vias de parto, idade à menarca e à sexarca podem caracterizar fatores de risco para enfermidades ginecológicas como miomas, câncer de mama, câncer de colo uterino, câncer endometrial, ISTs, incontinência urinária e prolapso genital ¹². Ao avaliar as características de contracepção dessas mulheres, chamou atenção o fato de apenas 6,2% dos prontuários terem registro de uso regular de preservativo durante as relações sexuais. Este cenário é alarmante diante das consequências possíveis para estas mulheres, desde IST até câncer de colo uterino através da infecção HPV ⁵. Sabe-se que os métodos de barreira, como preservativo, são as formas de prevenção contra IST e que culturalmente são deixados de lado pela maioria das pessoas em relacionamentos estáveis ¹³. Entretanto, também se observou nessa pesquisa que entre as mulheres que realizaram ligadura de trompas, sem especificar o uso de preservativo, houve incidência (23,1%) de alterações do exame ginecológico característica de vaginose, como secreções anormais vaginais. Tal informação requer maiores pesquisas para verificar se as mulheres após ligadura das trompas estão prevenindo infecções sexualmente transmissíveis com métodos de barreira, uma vez que já passaram por método definitivo de contracepção.

Outro dado da história clínica ginecológica importante é a idade de início das atividades sexuais nas mulheres. Anjos et al. em 2010 correlacionaram a sexarca precoce aos 14 anos com maior incidência de alterações neoplásicas do colo uterino. No presente estudo foi encontrada a idade média de 18,46 anos ¹⁴.

Sobre a avaliação da saúde da mulher considerando-a como um indivíduo singular e complexo, foram avaliadas as comorbidades relatadas. Alcoolismo está presente em um terço e tabagismo em um quinto das mulheres que responderam a estes questionamentos. Além disso, DM, HAS, transtornos emocionais e cirurgias prévias são aspectos fundamentais para conclusões diagnósticas e para planejamentos de condutas terapêuticas individualizadas. Estudo prévio de Barcelos et al. em 2010 mostrou relação de dor pélvica crônica em mulheres e a prevalência de depressão e ansiedade associadas em 30 e 73% respectivamente, ressaltando a influência negativa do contexto clínico na qualidade de vida dessas mulheres. Esses achados indicam que as avaliações clínica, ginecológica e emocional da saúde da mulher devem ser realizadas, imprescindivelmente, no acolhimento ambulatorial ginecológico ⁹. Diante dos atendimentos ambulatoriais ginecológicos avaliados,

das 33 mulheres que afirmaram ter depressão, 54,5% delas possuíam queixa de sangramento genital anormal ou dor pélvica persistente, reforçando a importância de investigar a saúde emocional das mulheres com queixas ginecológicas desse tipo.

Também se analisou a história familiar das pacientes sobre a neoplasia ginecológica com influência hereditária. Referente ao rastreamento de câncer de mama, as 35 pacientes que se enquadram em maior risco de desenvolver esta patologia devido história familiar positiva (11,4%), merecem acompanhamento ginecológico e rastreio diferenciado, conforme as recomendações do Ministério da Saúde ⁴. Outras informações não encontradas nos prontuários analisados ajudariam a elucidar os fatores de risco destas pacientes, como idade da parente acometida por câncer ao diagnóstico, ou se havia relação com tabagismo.

Mais dois aspectos fundamentais do atendimento ambulatorial são o exame físico realizado para avaliar aspectos ginecológicos e os exames complementares quando indicados. O exame ginecológico foi realizado em 78,4% das mulheres atendidas. Destas, quase metade tiveram alterações no toque e exame especular do colo uterino, reafirmando a importância do exame físico ginecológico adequado para saúde da mulher. A realização periódica do exame preventivo ginecológico reduz a ocorrência e a mortalidade por câncer de colo de útero, além de evitar complicações de outras afecções ginecológicas ⁵. Dentre os exames de imagem complementares no atendimento ginecológico, a ultrassonografia transvaginal (USGTV) é uma boa escolha avaliando custo, benefício e disponibilidade de acesso pelas mulheres. Neste estudo, 122 mulheres realizaram USGTV e a maioria apresentou alguma alteração seja para fins diagnósticos ou para acompanhamento ginecológico direcionado. Esse dado reforça o papel complementar dos exames de imagem frente à hipótese diagnóstica alcançada através da anamnese e do exame físico ginecológico.

Correlacionando fatores reprodutivos e endócrinos com o risco de câncer de mama, sabe-se que a primeira menstruação ocorrer até 11 anos de idade, menopausa após 55 anos de idade, primeira gestação após os 30 anos ou não ter filhos, além do uso de hormônios podem ser fatores de risco para o surgimento da doença ⁴. Estudo anterior encontrou maior relação de câncer de mama com mulheres que tiveram menarca precoce em comparação com a amostra de menarca com 12 ou mais anos ¹⁵. Segundo o INCA, o atraso da menarca reduz cerca de 15% por ano o risco de câncer de mama, assim como o atraso da menopausa eleva o risco em torno de 3% por ano ⁵. Nesse contexto reforça-se a ideia de que na amostra geral do Ambulatório Universitário ginecológico não teve esse fator de risco para incremento na incidência de neoplasia mamária. Entretanto, mantém-se a importância de investigar esse dado a cada novo atendimento.

Apenas 57,1% das mulheres atendidas com mais de 50 anos tinham realizado alguma mamografia durante a vida, apesar de ser o câncer mais frequente entre as mulheres, depois do de pele não melanoma ². Tanto na faixa etária recomendada pela Sociedade Brasileira de Mastologia, anual a partir dos 40 anos, quanto na faixa preconizada pelo Ministério da Saúde, bianual a partir dos 50 anos, não houve cobertura adequada sobre o rastreamento de câncer de mama nesse estudo, pois um terço das mulheres de 40 a 50 anos e pouco mais da metade das mulheres com mais de 50 anos haviam realizado alguma mamografia. Dentre as mamografias alteradas, percebeu-

se a predominância nas pacientes acima de 40 anos, o que é coerente com as orientações das instituições de saúde de iniciar rastreamento de doenças da mama a partir dos 40 anos. Entretanto, para implantação de um programa de rastreamento, é necessário organizar a rede assistencial, a disponibilidade de recursos humanos e estruturais para diagnóstico e tratamento, para rastreamento adequado ¹⁶. Dessa maneira, a disponibilidade de equipamentos, instrução e acesso a informações são fatores fundamentais na implementação do rastreio eficaz do câncer de mama, tornando necessários estudos que esclareçam o diagnóstico da rede de saúde e avaliem oferta e utilização dos serviços relacionados à detecção precoce do câncer de mama, e subsidie discussões para melhor gestão do cuidado. Outro fator essencial é seguir as recomendações de rastreio de câncer de mama do Ministério da Saúde para não comprometer sua efetividade nem implicar maior risco às mulheres como já foi relatado em estudos anteriores ¹⁷.

É recomendação do MS ofertar rastreamento para o câncer de colo do útero para mulheres sexualmente ativas com 24 a 65 anos de idade, através da realização do exame citopatológico a cada 3 anos após 2 exames negativos anuais. Essa faixa etária estabelecida pela recomendação respalda-se no tempo de evolução da infecção pelo HPV. Entretanto, nessa pesquisa ambulatorial apenas 73,0% das pacientes nessa faixa etária realizaram exame citopatológico, sendo uma porcentagem aquém da média de cobertura, considerada razoável, alcançada em 13 capitais brasileiras em 2003, que era de 80% das mulheres realizarem o exame citopatológico nos últimos 3 anos ¹⁸. Também foi observado que mais da metade das pacientes com menos de 24 anos tinham realizado exame citopatológico, e nenhuma apresentou alterações citopatológicas. Tal informação reforça os critérios de rastreio preconizados pelos órgãos de saúde não o indicando em mulheres jovens abaixo de 25 anos ^{5, 19}.

Apesar da realização de exames citopatológicos ser essencial para o rastreio do câncer de colo uterino, também é indispensável que a coleta aconteça com a técnica adequada. Dias, Tomazelli e Assis em 2010, analisaram dados do Sistema de Informações do Câncer de Colo Uterino (Siscolo) no Brasil, de 2002 a 2006, e revelaram oferta do exame aquém da necessidade e com periodicidade menor que a recomendada; problemas na qualidade dos dados; percentual elevado de atipias de células escamosas de significado indeterminado (ASC-US); e amostra insatisfatória relacionada a dessecação, material escasso ou hemorrágico, principalmente devido falhas técnicas da coleta ²⁰. Logo, espera-se a capacitação adequada dos profissionais de saúde para a execução do rastreio da neoplasia de colo uterino de maneira eficaz.

Diante dessa pesquisa baseada em dados de prontuários de um Ambulatório Ginecológico Universitário, encontram-se limitações referentes à padronização da coleta de dados durante as consultas, o que pode prejudicar a coleta de dados para estudos futuros mais específicos dentro a ginecologia ambulatorial. Porém, ainda assim observam-se as possibilidades de aproveitar estudos como esse para nortear outros estudos conforme a demanda predominantemente encontrada na comunidade analisada, e até mesmo respaldar projetos de melhoria no atendimento à saúde desta da prevenção ao tratamento de doenças ginecológicas.

Então ao observar o perfil das pacientes atendidas nesse serviço de ginecologia ambulatorial, este deve buscar entender os motivos da prevalência de dor abdominal e pélvica na maioria das pacientes e

formas terapêuticas para aumento da qualidade de vida das mesmas, assim como acompanhamento de vaginoses em mulheres jovens, climatério e miomas em mulheres na 5ª década de vida, além de incontinência urinária, prolapso genital e sangramentos genitais anormais em pacientes com mais de 50 anos. Também é de grande importância buscar aumentar nesse serviço a realização de mamografias para rastreamento de câncer de mama a partir dos 50 anos de idade, solidificar a adesão ao rastreamento de câncer de colo uterino através do preventivo a partir dos 24 aos 65 anos de idade para aumentar a abrangência do rastreamento dos cânceres de mama e do colo uterino. Sem deixar de reforçar a importância do acompanhamento rotineiro da saúde da mulher da prevenção ao tratamento de enfermidades ginecológicas.

CONCLUSÃO

Os dados apresentados valorizam o cuidado amplo da saúde da mulher, além dos fatores influentes nas queixas ginecológicas. Essas mulheres deparam-se com dificuldades pessoais e sociais além das eventuais alterações médicas, e por isso requerem atenção qualificada, pois seus acometimentos ginecológicos podem ser multifatoriais e ter diagnósticos difíceis. Cabem às políticas públicas desenvolver dispositivos de acompanhamento multiprofissional das mulheres e capacitação dos profissionais de saúde, proporcionando estratégias facilitadoras e motivadoras para prevenção e acompanhamento da saúde da mulher. Caso contrário, essas mulheres podem perder a oportunidade da detecção precoce e tratamento adequado de enfermidades ginecológicas importantes. Estudos para elucidar o perfil epidemiológico e clínico da comunidade atendida, são fundamentais para destacar as demandas e as vulnerabilidades. A partir de estudos desse tipo, estudos subsequentes mais específicos dentro da ginecologia podem ser aplicados e mais bem aproveitados.

Sendo assim, conhecer os sinais e sintomas, diagnósticos, comorbidades, pré-disposição familiar e fatores de risco mais prevalentes em determinada comunidade de mulheres atendidas é fundamental para o preparo dos profissionais de saúde, que se tornam capazes de identificá-los mais precocemente, possibilitando também intervenções terapêuticas eficazes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calil LN, Fernandes DSP, Hübner GSS, Buffon A, Cezar JS. Cuidado à saúde da mulher na extensão universitária: abordagem de uma experiência. *Rev. baiana saúde pública*. 2016;40(3):a2246.
2. Ministério Da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília. Editora MS, 2009.
3. Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc Anna Nery Rev. Enferm*. 2009;13(1):154-160.
4. Controle do câncer de mama. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/tratamento>. Acesso em: 20 mai. 2018.
5. Controle do câncer do colo do útero. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterocuidados_paliativos>. Acesso em: 20 mai. 2018.
6. Alves MR, Tsuchiya CT, Lawrence T, Klen MS, Fernandes RA. O câncer de colo do útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher J. bras. econ. Saúde. 2017;9(1):137-147.
7. Chow S, Shao J, Wang H. Sample Size Calculations in Clinical Research. 2nd Ed. Chapman & Hall/CRC Biostatistics Series. 2008

8. Ferreira JEL, Alves MC, Martins MCV, Rosa, MPRS, Gonçalves MC. Perfil da população atendida em um consultório de atendimento integral à saúde da mulher. *Ciências Biológicas e de Saúde*. 2015;3(1):127-140.
9. Barcelos PR, Conde DM, Deus JM, Martinez EZ. Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica: estudo analítico transversal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2010;32(5):247-253.
10. Febrasgo (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia). Sangramento uterino anormal. Série de Orientações e Recomendações FEBRASGO. 2017, n. 7.
11. Fernandez RC, Moore VM, Van Ryswyk EM, Varcoe TJ, Rodgers RJ, Março WA, et al. Sleep disturbances in women with polycystic ovary syndrome: prevalence, pathophysiology, impact and management strategies. *Nat Sci Sleep*. 2018;10:45-64.
12. Horst W, Silva JC. Prolapsos de órgãos pélvicos: revisando literatura. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2016;45(2):91-101.
13. Dourado I, Maccarthy S, Reddy M, Calazans G, Gruskin S. Revisitando o uso do preservativo no Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2015;18(sup1):63-88.
14. Anjos SJSB, Vasconcelos CTM, Franco ES, Almeida PC, Pinheiro AKB. Fatores de Risco Para Câncer de Colo do Útero Segundo Resultados de IVA, Citologia e Cervicografia. *Rev. Escola de Enfermagem USP*. 2010;44(4):912-920.
15. Souza NHA, Falcão LMN, Nour GFA, Brito JO, Castro MM, Oliveira MS. Câncer de mama em mulheres jovens: estudo epidemiológico no Nordeste Brasileiro. *SANARE-Rer. Políticas Públicas* 2017;16(2):1-8.
16. Tomazelli JG, Silva GA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: uma avaliação da oferta e utilização da rede assistencial do Sistema Único de Saúde no período 2010-2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2017;26(4):713-724.
17. Tomazelli JG, Migowski A, Ribeiro CM, Assis M, Abreu DMF. Avaliação das ações de detecção precoce do câncer de mama no Brasil por meio de indicadores de processo: estudo descritivo com dados do Sismama, 2010-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2017;26(1):61-70.
18. Silva KB, Bezerra AFB, Chaves LDP, Tanaka OY. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. *Rev. Saúde Pública*. 2014;48(2):240-248.
19. Lima, A. N. F; Nascimento, E. G. C; Alchieri, J. C. Adesão ao exame de citologia oncológica: Um olhar sobre a Saúde da Mulher. *Rev. APS*. 2014;17(3):303-310.
20. Dias MBK, Tomazelli JG, Assis M. Rastreamento do câncer de colo de útero no Brasil: análise de dados do Siscolo no período de 2002 a 2006. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2010;19(3):293-306.