

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

KRISTIANE DE CASTRO DIAS DUQUE

**PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO EM UMA ÁREA COBERTA
PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

JUIZ DE FORA

2013

KRISTIANE DE CASTRO DIAS DUQUE

**PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO EM UMA ÁREA COBERTA
PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Teresa Bustamante Teixeira

Juiz de Fora

2013

Duque, Kristiane de Castro Dias.

Prevenção do câncer de colo do útero em uma área coberta pela
Estratégia de Saúde da família / Kristiane de Castro Dias Duque.
– 2013.

123 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de
Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

1. Neoplasias do Colo do Útero. 2. Programas de Rastreamento.
3. Esfregaço Vaginal. 4. Cuidado à Saúde. I. Título.

KRISTIANE DE CASTRO DIAS DUQUE

**“PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO EM UMA ÁREA COBERTA
PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da
Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, como partes dos requisitos necessários à
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 28/02/2013

Maria Teresa Bustamante Teixeira – UFJF

Gulnar Azevedo e Silva - UERJ

Isabel Cristina Gonçalves Leite - UFJF

AGRADECIMENTOS

À Deus, que sempre guiou meu caminho. Luz, que direciona minhas ações e me presenteia com o mundo ao meu redor.

Ao Rafael, meu companheiro de sempre, minha metade. Sua força, parceria, compreensão, apoio e incentivo são o que fazem caminhar. Obrigada por tudo! Te amo!

À minha princesa, Rafaela, que na sua ingênua infância não compreendia por quê a mamãe tinha que estudar tanto. Desculpe pela ausência em tantos momentos. Te amo!

À minha mais que orientadora Teíta, por me apresentar e ensinar o mundo da pesquisa quantitativa. Pela paciência, dedicação e incentivo em todos os momentos. Isso mudou minha vida. Muito obrigada pela oportunidade e por tudo!

À professora Gulnar, pela imensa oportunidade de aprendizado estando ao seu lado. A Déia, pessoa fascinante e cativante, sempre entusiasmada e dedicada. Você é um exemplo! A todos os profissionais da UERJ, que tive oportunidade de conhecer e aprender com suas experiências.

Aos parceiros e irmãos da UAPS Parque Guarani, que compreenderam minhas ausências e me apoiaram neste sonho. Meyre, Jader, Regina e Zelia, que assumiram comigo este grande projeto que transformou nosso serviço, foram muitos desafios e vencemos todos. A Tânia, Auber, Dayse e Solange, pelo apoio e compreensão. A todos os Agentes Comunitários de Saúde, que foram fundamentais no desenvolvimento do projeto, com envolvimento e dedicação alcançaram um resultado vitorioso. Aos residentes, que assumiram o projeto junto conosco. Amaralina, Queren e Nádia, muito obrigada pelo apoio, incentivo e compreensão pelas minhas ausências.

À população dos bairros Parque Guarani e Granjas Betanea, pela parceria e confiança de sempre.

A toda equipe do Nates que sempre me acolheu com carinho e apoio.

A todos que de alguma forma contribuíram para realização deste grande sonho, meu muito obrigada!

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação estuda sobre a prevenção do câncer de colo do útero em uma área coberta pela Estratégia de Saúde da Família, no município de Juiz de Fora, MG. Trata-se de uma abordagem epidemiológica transversal com recrutamento domiciliar e coleta de dados em Unidade de Saúde.

A motivação para realização desta pesquisa surgiu da necessidade de avaliar a cobertura de exames preventivos de câncer na área adscrita da Unidade. Como Enfermeira de Saúde da Família, trabalhando na referida Unidade há nove anos, tinha a inquietação de estudar a relação das mulheres com o exame preventivo, a real cobertura do rastreamento na área e ainda descobrir as razões da baixa adesão ao exame. Apenas observando a realidade, percebia que muitas mulheres apresentavam resistência à marcação do exame, o número de faltas nas consultas agendadas também era considerável e, além disso, devido ao conhecimento da população adscrita, suspeitava que eram sempre as mesmas mulheres que realizavam o procedimento anualmente.

Apesar dos muitos esforços da equipe e da criação de estratégias de intervenção, esta realidade não sofria alterações. Assim, era necessária uma atitude mais eficaz, com determinação e principalmente fundamentada em estudos científicos e diagnósticos situacionais. Através da parceria das Universidades Federal de Juiz de Fora e Estadual do Rio de Janeiro, foi possível elaborar e executar uma grande intervenção na comunidade.

Foi montada uma ampla estratégia de ação, com levantamento de dados, estudo da realidade, diagnóstico, planejamento, avaliações contínuas e estabelecimento de metas. Além disso, todo o processo de trabalho do serviço foi alterado.

Os resultados foram positivos. Conseguimos avaliar que 76,29% nas mulheres estavam com exame de rastreamento dentro dos parâmetros estabelecidos pelo MS e após a esta intensificação dados atuais mostram que a Razão de Exames realizados na Unidade elevou de 0,1 em 2011 para 0,4 em 2012. Além disso, as mulheres que realizavam seus exames preventivos na rede suplementar ou em outras instituições do SUS sentiram-se motivadas a atualizar suas consultas. Foi possível também, aproximar do serviço mulheres que por diversas razões não frequentavam a Unidade e fortalecer o vínculo com aquelas já conhecidas. Conhecemos um pouco mais nossa comunidade, suas fragilidades, dificuldades, crenças, hábitos e comportamentos de cuidado com a saúde, mas principalmente compreendemos sua relação e conhecimento a respeito do exame preventivo e o câncer de

colo do útero.

Atualmente, trabalhamos com fundamentação e segurança as atividades de controle e prevenção do câncer de colo. E ainda com a certeza que podemos replicar esta experiência para outros agravos à saúde.

RESUMO

O câncer de colo de útero é um grave problema de saúde pública mundial. No Brasil, constitui-se na terceira causa de mortalidade após correções das taxas a partir das causas mal definidas. É um agravo passível de prevenção através da detecção precoce de lesões precursoras, por meio do exame de colpocitologia. A alta cobertura das mulheres pelo exame de rastreamento pode reduzir as taxas de incidência de lesão invasora, assim, justifica-se a realização de pesquisas que contribuam para melhor avaliação do quadro epidemiológico da doença, determinando a prevalência, a cobertura de exames preventivos, fatores associados que esclareçam e fundamentem medidas de intervenção, além de análises que contribuam para maior esclarecimento das razões pelas quais algumas mulheres ainda são resistentes a realização do exame preventivo. Deste modo, foi realizado um estudo transversal com 776 mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, em uma Unidade de Saúde da Família, no município de Juiz de Fora, MG. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um amplo questionário que possibilitou avaliar os hábitos e comportamentos de cuidado à saúde, permitindo estabelecer como objetivos: avaliar a prevalência e os fatores associados a não realização do exame de preventivo de câncer de colo de útero; analisar a cobertura destes exames; associar a não realização de exames preventivos de câncer de colo de útero a hábitos de cuidado à saúde realizados pelas mulheres. Os dados foram analisados pelo programa *Stata 11,0* verificando as Razões de Prevalência (RP) com respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) e valores de p , utilizando-se na análise multivariada a regressão de Poisson. Verificou-se que 76,29% das mulheres estavam com exame Papanicolaou dentro dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, as variáveis independentes que apresentaram associação com o desfecho foram: maior nível de escolaridade, prática regular de atividade física e procurar atendimento na Unidade de Saúde no último ano. O consumo de bebida alcoólica foi um fator de risco para não realização do exame. Ainda apresentou significância estatística possuir apoio social. Em relação à cobertura de exames, após a intensificação do rastreamento de câncer de colo do útero, através de estratégias de ação específicas, foi possível elevar a Razão de Exames citopatológicos na Unidade de Saúde de 0,1 para 0,4 no período de 1 ano. Observou-se também que as mulheres que apresentam como hábitos e comportamentos de cuidado à saúde, atitudes ligadas à prevenção e promoção, tem mais possibilidade em realizar o exame preventivo de câncer de colo do útero. Conclui-se que, ainda existe uma parcela da população, considerada epidemiologicamente de risco, que não realiza o exame de rastreamento dentro dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e que a análise das variáveis associadas a esta condição pode auxiliar na elaboração de estratégias de intervenção. O rastreamento organizado destas mulheres permite o alcance das metas estabelecidas, a organização das informações, a estruturação do serviço, a ampliação do acesso e o aprimoramento do vínculo com a comunidade adscrita. O maior conhecimento dos hábitos e comportamentos desta população possibilita o incentivo a atitudes de promoção e prevenção de cuidados à saúde, assim como, a intervenção específica nas situações potencialmente prejudiciais. Portanto, estudos sobre a prevenção do câncer de colo do útero são de extrema relevância, a fim de analisar a cobertura do rastreamento em áreas atendidas pela Estratégia de Saúde da Família e compreender os fatores associados a não adesão nas mulheres à realização do exame Papanicolaou.

Descritores: Neoplasias do Colo do Útero; Programas de Rastreamento; Esfregaço Vaginal; Cuidado à saúde.

ABSTRACT

Cancer of the cervix is a serious public health problem worldwide. In Brazil, constitutes the third leading cause of mortality after correction of rates from ill-defined causes. It is a grievance preventable through early detection of precursor lesions through Pap test. The high coverage of women by examining screening can reduce the incidence rates of invasive lesion thus justified conducting research that contributes to better assess the epidemiological situation of the disease, determining the prevalence, coverage of preventive tests, factors associated to clarify and justify intervention, and analysis that contribute to further clarification of the reasons why some women are still resistant to completion of screening. Thus, we conducted a cross-sectional study with 776 women aged 20-59 years in a Family Health Unit in the city of Juiz de Fora, MG. It was used as an instrument of data collection a comprehensive questionnaire that allowed us to evaluate the habits and behaviors of health care, establishing objectives: to evaluate the prevalence and factors associated with lack of test preventative of cancer of the cervix; analyzing the coverage of these tests; associate no preventive examinations of cancer of the cervix the habits of health care performed by women. Data were analyzed using *Stata* 11.0 checking Prevalence ratios (PR) with respective confidence intervals of 95% (95% CI) and *p* values, using the multivariate Poisson regression. It was found that 76.29% of women with Pap smear within the criteria established by the Ministry of Health, the independent variables that were associated with the outcome were: higher education level, regular physical activity and seek the Unit Health last year. The alcohol consumption was a risk factor for non-examination. Although statistical significance has social support. Regarding the coverage tests, following the intensification of cancer screening cervical cancer through specific strategies of action, it was possible to raise the ratio of cytological examinations at the Health Unit of 0.1 to 0.4 for the period 1 year. It was also observed that women have as habits and behaviors of health care, attitudes related to prevention and promotion, is more likely to perform preventive screening for cancer of the cervix. We conclude that there is still a portion of the population, considered epidemiologically risk, which does not perform screening examination within the criteria established by the Ministry of Health and the analysis of the variables associated with this condition can assist in developing intervention strategies. Tracing these women organized allows achievement of established goals, the organization of information, the structuring of the service, increasing access and improving the relationship with the community enrolled. Greater knowledge of the habits and behaviors of this population provides the incentive to attitudes of promotion and preventive health care, as well as a specific intervention in potentially harmful situations. Therefore, studies on the prevention of cervical cancer are extremely relevant in order to analyze the coverage of screening in areas served by the Family Health Strategy and to understand the factors associated with non-adherence in women with Pap smear.

Descriptors: Uterine Cervical Neoplasms; Mass Screening; Vaginal Smears; Health Care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

DISSERTAÇÃO

Figura 1- Razão entre exames citopatológicos e mulheres da população, por Estados no Brasil 2012.	22
Figura 2 - Série histórica da Razão de exames citopatológicos no Brasil, 2002 – 2012	22
Quadro 1 - Relatório Gerencial dos Exames Citológicos do Colo de Útero por Macrorregional MG – Todas 2012.	23
Quadro 2 - Relatório Gerencial dos Exames Citológicos do Colo de Útero - GRS Juiz de Fora MG – 2012.	23
Quadro 3 – Descrição dos estabelecimentos de saúde do município de Juiz de Fora, MG 2012	24
Quadro 4 – Descrição das variáveis selecionadas em blocos de análise, com apresentação original do questionário e agrupamento estabelecido para o estudo.	32

ARTIGO 2

Gráfico 1 - Razão de Exames citopatológicos segundo indicadores do SISCOLO, competência 2012.	68
---	----

LISTA DE TABELAS

DISSERTAÇÃO

Tabela 1 – Cálculo da Razão de exames citopatológicos realizados na competência 2012 para município e estado, a partir de informações do DATASUS.	24
Tabela 2 – Descrição da situação das mulheres da amostra em relação ao exame citopatológico e cálculo da cobertura.	38
Tabela 3: Análise de cobertura por estratificação de faixa etária.	38
Tabela 4 - Descrição das mulheres participantes do estudo. Análise univariada: caracterização das mulheres da amostra.	39
Tabela 5 – Distribuição por faixa etária de interesse da população feminina total residente no município de Juiz de Fora, ano 2012.	40
Tabela 6 – Distribuição por faixa etária de interesse da população feminina total da área de abrangência da UAPS Parque Guarani, ano 2012.	40
Tabela 7- Prevalência da não realização do exame de Papanicolaou nos últimos 3 anos segundo variáveis selecionada em mulheres da área de abrangência de Unidade de Saúde da Família, Juiz de Fora, MG, ano 2012.	41
Tabela 8 – Análise multivariada: Distribuição das Razões de prevalência, intervalos de confiança e <i>valor p</i> segundo as variáveis selecionadas.	44
Tabela 9 – Descrição dos motivos relatados pelas mulheres como justificativas para não realização do exame preventivo.	45
ARTIGO 1	
Tabela 1 - Descrição das mulheres participantes do estudo. Análise univariada: caracterização das mulheres da amostra.	49
Tabela 2- Prevalência da não realização do exame de Papanicolaou nos últimos 3 anos segundo variáveis selecionada em mulheres da área de abrangência de Unidade de Saúde da Família, Juiz de Fora, MG, ano 2012.	51
Tabela 3 – Análise multivariada: Distribuição das Razões de prevalência, intervalos de confiança e <i>valor P</i> segundo as variáveis selecionadas.	54
Tabela 4 – Descrição dos motivos relatados pelas mulheres como justificativas para não realização do exame preventivo.	55
ARTIGO 2	
Tabela 1 – Descrição da situação das mulheres em relação ao exame citopatológico.	66
ARTIGO 3	
Tabela 1 - Caracterização das mulheres da amostra.	75

Tabela 2. Não realização do exame preventivo de Papanicolaou segundo variáveis independentes em mulheres de área de abrangência da ESF, Juiz de Fora, MG. 76

Tabela 3 – Análise multivariada: Distribuição das Razões de prevalência, intervalos de confiança e *valor p* segundo as variáveis selecionadas. 78

LISTA DE ABREVIATURAS

SIM – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION

HPV – PAPILOMA VÍRUS HUMANO

NIC – NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL

AIS - ADENOCARCINOMA *IN SITU*

SISCOLO – SISTEME DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

DATASUS – DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS

ESF – ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SIAB – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

ACS- AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

UAPS – UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

USF – UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

IMS – INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

UERJ – UNIVERSIDADE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

NATES – NÍCLEO DE APOIO E TREINAMENTO EM SAÚDE

UFJF – UNIVERSIDADE FEDERLA DE JUIZ DE FORA

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	15
1.2 SUS E A SAÚDE DA MULHER	16
1.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA E A SAÚDE DA MULHER	16
1.4 ACESSO AO SERVIÇO E A INFORMAÇÃO	17
1.5 FATORES DE RISCO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	19
1.6 PREVENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA PARA O CÂNCER	19
1.7 RASTREAMENTO	20
1.8 FATORES DE RISCO PARA NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	25
1.9 CUIDADO À SAÚDE	25
2. JUSTIFICATIVA	27
3 OBJETIVOS	28
4 METODOLOGIA	29
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	29
4.2 LOCAL DO ESTUDO	29
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	30
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	31
4.5 VARIÁVEIS	31
4.6 COLETA DE DADOS	35
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	35
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	36
5 RESULTADOS	37
5.1 ARTIGO 1	46
5.2 ARTIGO 2	62
5.3 ARTIGO 3	72
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
7. REFERÊNCIAS DO ESTUDO	85
8. ANEXOS	89

1 INTRODUÇÃO

1.1 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O câncer de colo de útero é o segundo tumor mais frequente em mulheres e a quarta causa de mortes por câncer no Brasil, vitimando 4.986 mulheres em 2010 e com uma estimativa de 17.540 casos novos em 2012, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer - BRASIL (2012a). Considerando dados de registros oficiais, o INCA analisou a série histórica da incidência e mortalidade por câncer do colo de útero em algumas capitais brasileiras e observou o predomínio de queda nas taxas na maioria das cidades. BRASIL (2012b)

Mas de acordo com Schmidt et.al. (2011) em estudo sobre as doenças crônicas no Brasil, a mortalidade por câncer de colo de útero até o ano de 2004 foi a segunda causa mais frequente, sendo que, em 2005 houve uma pequena diminuição nos índices que o classificou como terceira causa. Estudos de Silva et.al. (2010; 2011) mostraram que através da redistribuição proporcional dos óbitos por câncer de útero e de 50% das mortes mal definidas em mulheres, informados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) no ano de 2006, foi possível classificar o câncer de colo de útero como a terceira causa de mortalidade no país. A análise e correção das taxas de mortalidade informadas pelo SIM mostram deficiências na qualidade das informações obtidas nas declarações de óbitos, pois em estudo realizado por Gamarra et.al. (2010) verificou-se um aumento percentual acima de 100% na taxa corrigida de mortalidade por câncer de colo de útero.

São dados que qualificam esta situação como um importante problema de saúde pública e assim deve ser considerado como uma prioridade para o desenvolvimento de ações de controle, prevenção e tratamento.

Segundo dados do INCA a taxa de mortalidade ajustada por idade no Brasil no período de 2009 a 2010 como de 4,54/100.000 e no mesmo período para o estado de Minas Gerais 3,11/100.000. (BRASIL, 2012). Um estudo de série temporal no município de Juiz de Fora, mostrou uma queda na mortalidade por câncer de colo do útero entre 1980 e 2006. Foi a quarta causa de mortes no ano de 2006, representando 7,7% dos óbitos (RODRIGUES, 2011)

1.2 SUS E A SAÚDE DA MULHER

O Brasil vem estabelecendo políticas públicas para controlar a incidência do câncer de colo de útero desde 1984 com o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que ampliou o cuidado para além da tradicional abordagem ao ciclo gravídico-puerperal. Em 1986 foi criado o Programa de Oncologia do Instituto Nacional do Câncer (Pro-Onco), que em 1990 tornou-se Coordenação de Programas de Controle de Câncer tendo como linhas de trabalho a informação e educação sobre os quatro tipos de câncer mais incidentes, entre eles o de colo de útero. Devido à necessidade de um programa de âmbito nacional, em 1995 o Ministério da Saúde (MS) elaborou um estudo piloto denominado Viva Mulher, que subsidiou a elaboração do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e priorizou a realização de exames preventivos em mulheres de 35 a 49 anos que estavam sem fazê-lo ou nunca tinham feito, em seis localidades do país. Em 1998 foi instituído o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo de Útero através da Portaria GM/MS nº 3040/98, com estruturação da rede assistencial, desenvolvimento de um sistema de informação, mecanismos de funcionamento e definição de competências dos três níveis de governo. Com o fortalecimento e qualificação da rede de Atenção Básica e ampliação dos centros de referência, em 2002, houve uma intensificação da oferta de serviços. Em 2005 a Política Nacional de Atenção Oncológica estabeleceu como um dos componentes fundamentais nos planos estaduais e municipais o controle do câncer de colo de útero, propondo diretrizes estratégicas. A importância da detecção precoce foi reafirmada no Pacto pela Saúde, em 2006, incluindo indicadores e metas a serem alcançados pelos estados e municípios. O objetivo é diminuir a incidência, a mortalidade e melhorar a qualidade de vida das mulheres já diagnosticadas (BRASIL, 2012c).

1.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA E A SAÚDE DA MULHER

No Brasil a principal porta de entrada e ordenadora do Sistema de Saúde é a Atenção Básica ou Atenção Primária por meio das Unidades de Saúde descentralizadas em todo o país, próximas ao usuário, dentro de seu território fazendo interface com suas condições de vida, possuindo ou não a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2013).

A ESF possui a especificidade de ser composta por uma equipe multiprofissional que se responsabiliza por uma área com delimitações geográficas e populacionais determinadas,

onde todos os usuários são cadastrados. Esta equipe se responsabiliza pela atenção integral à saúde e o cuidado longitudinal, através da educação e vigilância em saúde (BRASIL, 2012).

A eficácia e impacto nas condições de saúde apresentadas pela implantação da ESF nos municípios são confirmados, por vários estudos e avaliação de indicadores de saúde (BRASIL, 2013). Em relação ao câncer de colo de útero a cobertura da ESF na população apresenta potencialidades para ampliar e qualificar práticas preventivas (OLIVEIRA, et.al. 2007).

Além de questões relacionadas com cobertura da ESF, estudos como os de Pinho et.al. (2003b), Oliveira et.al. (2006), Amorim et.al. (2006), Gamarra et.al. (2010b) e Schimdt et.al. (2011) mostram que, de uma maneira geral, a cobertura de exames preventivos na população ainda não é a esperada o que reflete em altas taxas de mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil.

1.4 ACESSO AO SERVIÇO E À INFORMAÇÃO

Acesso ao serviço ou ações de saúde pode ser analisado por duas formas. A primeira referente a possibilidade do uso do serviço, que inclui disponibilidade, localização, estrutura física e recursos humanos, entre outras. E a segunda que se refere à compreensão do indivíduo sobre suas condições e necessidades de ações de saúde, através da conscientização suscitada pelo acesso à informação.

Travassos (2006, p.976) refere que na primeira condição,

Acesso expressa características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade das pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitam. Barreiras de acesso originam-se das características dos sistemas e dos serviços de saúde. A disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso.

Neste sentido, o acesso está vinculado a questões de gestão do sistema de saúde que deve avaliar minuciosamente a realidade demográfica, social, cultural, epidemiológica e econômica de cada localidade para decidir a melhor forma de implantação de ações e serviços de saúde. Possibilitando que os investimentos e instalações sejam coerentes e adequados à singularidade da comunidade, otimizando recursos e atendendo as necessidades locais. Esta avaliação pode ser realizada através da elaboração do Diagnóstico Local e Municipal, que

reúne todas as informações necessárias para conhecimento do território e população residente, a fim de que ações de saúde possam ser avaliadas quanto ao seu impacto na situação de saúde local e municipal (ESPMG, 2008)

Mas a simples oferta de serviços e ações de saúde não é suficiente para garantir o seu uso e principalmente impactar e modificar a situação de saúde dos indivíduos e comunidade. É preciso que as pessoas tenham conhecimento e informação para compreender e detectar suas necessidades de saúde.

Ainda existem atividades, principalmente as relacionadas à prevenção de agravos, que funcionam aquém de sua capacidade de atendimento. E algumas que apresentam alta produtividade em números brutos de atendimentos, mas que quando são avaliados detalhadamente buscando a caracterização de seus usuários, detecta-se que é sempre a mesma população. São pessoas que já possuem o hábito de realizar ações de prevenção e por isso retornam com frequência ao serviço.

Para que o indivíduo procure o serviço de saúde, principalmente para ações de prevenção, é necessário que ele tenha conhecimento e informações suficientes para motivá-lo a buscar atendimento. Trabalhar com prevenção significa compreender que atitudes e práticas podem mudar a condição de saúde atual e futura, assim, é preciso estar sensibilizado para a realização destas condutas. É diferente quando existe uma necessidade de doença, onde, devido ao incômodo intenso ou a dificuldade de realizar as atividades diárias, torna-se imperativa a busca por atendimento.

Oliveira et. al. (2007) inferem que a educação em saúde ajuda as mulheres a terem mais autonomia sobre seu corpo e sua saúde, portanto para o sucesso de ações de rastreamento é necessário que ocorra a divulgação de informações prévias e orientação adequada à população.

No caso específico do exame preventivo, diversos estudos levantaram as razões pelas quais as mulheres não realizam o exame Papanicolaou e obtiveram como um dos resultados a falta de conhecimento sobre a importância do exame. (CESAR, et. al. 2003; FERREIRA, 2009; GAMARRA, et. al. 2005).

Isso confirma que não basta apenas oferecer e garantir o acesso a Unidade de Serviço, é necessário também garantir o acesso ao seu uso, por meio da educação em saúde, divulgação de informações e o comprometimento na formação de cidadãos participativos e controladores do seu processo de saúde/doença.

Por isso o acesso ao exame preventivo de câncer de colo de útero deve ser avaliado quanto à disponibilidade do serviço e também quanto ao acesso a informações que possibilitem seu uso.

1.5 FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Alguns fatores e comportamentos de risco estão associados ao desenvolvimento e progressão do câncer de colo do útero, como o início precoce de atividade sexual, a multiplicidade de parceiros sexuais, o tabagismo, a baixa condição socioeconômica, imunossupressão, uso prolongado de contraceptivos orais e higiene íntima inadequada, sendo que a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) está associada à causa necessária para o surgimento da doença (BRASIL, 2006).

1.6 PREVENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA PARA O CÂNCER

As modalidades de prevenção para o câncer ainda são muito discutidas, mas existem evidências suficientes que comprovam que hábitos saudáveis, eliminação do tabaco e no caso específico do câncer de colo de útero, o uso de preservativos em todas as relações sexuais são fatores de proteção à saúde. Justifica-se esta recomendação devido ao fato desta doença estar associada à infecção pelo HPV, um vírus com alta capacidade oncogênica em alguns de seus subtipos e de transmissibilidade sexual (BRASIL, 2011).

Existem no mercado dois tipos de vacinas de HPV, com recomendação e uso em diversos países. Sua inserção na política de saúde traz desafios diferentes que dependem da infraestrutura do sistema de saúde, questões culturais e vontade política de cada país (MARKOWITZ, 2009). No Brasil ainda não está disponível na rede pública.

Apesar de ser uma doença grave e com consequências devastadoras físicas e emocionais o câncer de colo de útero, pode ser detectado precocemente. Através do exame de rastreio – Papanicolaou - podem ser diagnosticadas alterações celulares ainda na fase inicial, que tratadas adequadamente apresentam um alto grau de cura, evitando mutilações e mortes desnecessárias.

A colpocitologia, ou citologia do esfregaço vaginal, também conhecida como Exame Preventivo ou Teste de Papanicolaou, foi proposto por George N. Papanicolaou em 1942, como uma nova técnica para o diagnóstico de tumores malignos e outras condições ginecológicas (PAPANICOLAOU, 1942). Trata-se da coleta de amostra cérvico-vaginais e

inspeção visual do colo do útero, sendo um método de rastreamento considerado eficaz, de baixo custo, de fácil descentralização devido à difusão da habilidade técnica e com amplo acesso às mulheres. É considerado de grande efetividade, sendo referenciado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e adotado pelo Ministério da Saúde Brasileiro como a principal ação de controle e detecção do câncer de colo de útero (BRASIL, 2011).

Assim, particularmente no câncer de colo de útero, pode-se falar em prevenção secundária, definida por Leavell e Clark (1976, p.21) como “o diagnóstico precoce e o tratamento imediato tendo como finalidades (...) curar ou estacionar o processo evolutivo da doença, a fim de evitar complicações ou sequelas e evitar a invalidez prolongada”. O que significa neste caso a detecção precoce do agravo, ainda na fase das lesões precursoras que com tratamento adequado reduzem a mortalidade.

O câncer do colo do útero inicia-se a partir de uma lesão precursora, curável na quase totalidade dos casos. Trata-se de anormalidades epiteliais conhecidas como neoplasias intraepiteliais cervicais de graus II e III (NIC II/III), além do AIS. (BRASIL, 2011, p.32)

1.7 RASTREAMENTO

A partir do rastreamento de mulheres assintomáticas para detecção precoce do agravo, associado ao tratamento nos estágios iniciais pode-se considerar que uma doença é passível de prevenção. Através da alta cobertura da população-alvo é possível obter uma significativa redução nas taxas de incidência (BRASIL, 2013).

A colpocitologia é considerada o método de rastreamento ou *screening* mais efetivo e eficiente para ser aplicado coletivamente sendo orientada pela lógica epidemiológica aliada a análise custo-benefício, ou seja, otimizando os recursos financeiros associados ao alcance das mulheres de maior risco para o desenvolvimento da doença (PINHO, et.al. 2003, BRASIL, 2013). Prioriza-se o oferecimento do exame às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que já tiveram atividade sexual. A determinação desta faixa etária como população alvo dos programas de rastreamento de câncer de colo de útero, justifica-se segundo BRASIL (2012c, p.6)

Por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas efetivamente para não evoluírem para o câncer. Segundo a OMS, a incidência deste câncer aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos de idade e atinge seu pico na quinta ou sexta décadas de vida. Antes dos 25 anos prevalecem às infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regredirão

espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. Após os 64 anos, por outro lado, se a mulher tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido dada a sua lenta evolução.

É essencial ressaltar que até meados de 2012 a faixa etária considerada de risco para câncer de colo de útero era de 25 a 59 anos, assim sendo, dados oficiais de cobertura e vários estudos, incluindo esta pesquisa, possuem como população alvo mulheres deste grupo. Portanto, diversos dados e informações apresentados no desenvolvimento desta pesquisa farão referência a faixa etária de 25 a 59 anos. A ampliação da idade segue uma tendência mundial devido ao aumento da longevidade e hoje as brasileiras apresentam uma expectativa de vida de 76 anos (BRASIL, 2012c)

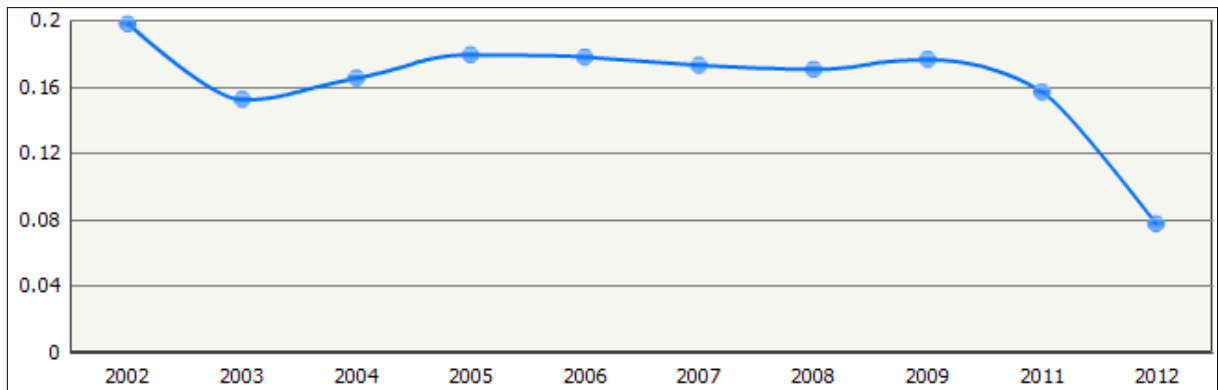
Apesar do exame preventivo possuir ampla divulgação e ser um procedimento descentralizado nos serviços de saúde, ele ainda apresenta variações na cobertura populacional entre as regiões do Brasil. A Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) Suplemento Saúde (2008) refere que a cobertura de exames preventivos em mulheres entre 25 a 59 anos de idade é de 82%. Mas a estratificação por capitais segundo dados do VIGITEL (2011) para a mesma faixa etária, apresenta São Paulo (90,4%), Curitiba (90,0%) e Florianópolis (88,7%) com as maiores frequências de mulheres que referiram ter realizado o exame nos últimos três anos e Maceió (67,9%), João Pessoa (70,8%) e Teresina (71,5%) com as menores taxas do país. Estes dados foram obtidos por meio de entrevista, portanto estão sujeitos a vieses de memória e de informação.

Outro critério utilizado para analisar a oferta de exames à população alvo é o cálculo da Razão¹ entre o número de exames citopatológico realizados e a população feminina na faixa etária. Este é um indicador empregado para pactuação de metas que devem ser alcançadas pelos estados e municípios a fim de garantir a oferta de exames. Não informa precisamente a cobertura, pois avalia apenas o número de exames realizados, podendo haver repetição de exames em uma mesma mulher, periodicidade fora dos critérios recomendados e não considera a cobertura pela saúde suplementar, mas é um parâmetro que permite a comparação entre as regiões (BRASIL, 2012 d).

A meta pactuada é de 0,3 e como apresentado na Figura 1 confirma-se uma grande variação entre os estados.

¹ Razão de exames, método de cálculo:
número total de exames realizados na faixa etária de 25 a 64 anos em determinado local e período de 1 ano
população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos no mesmo local e período

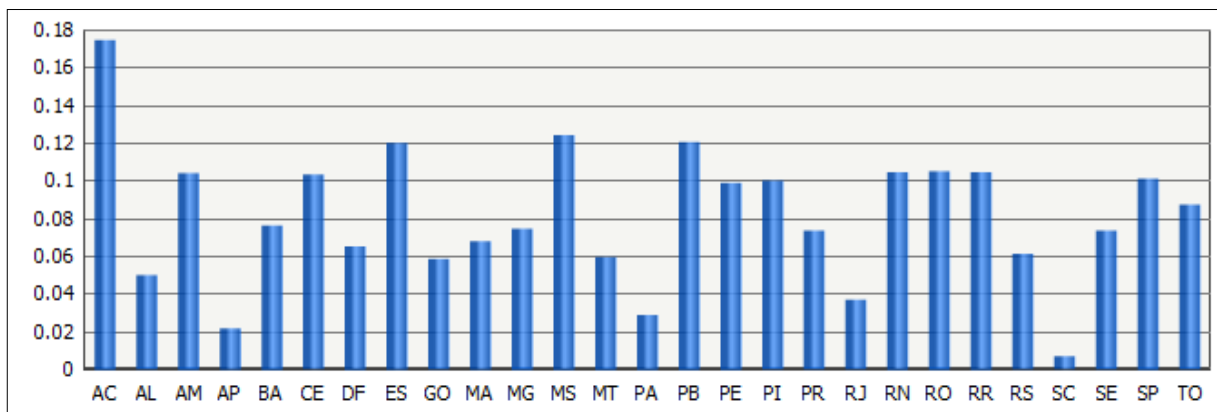
Figura 1- Razão entre exames citopatológicos e mulheres da população, por Estados no Brasil 2012.



Fonte: Indicadores SISCOLO – INCA

Pode-se perceber também que nenhum estado alcançou a meta pactuada no ano de 2012, o que representou uma queda na análise na série histórica da Razão de exames no Brasil no período de 2002 a 2012, com evidente declínio no ano 2010, como pode ser observado na Figura 2.

Figura 2 - Série histórica da Razão de exames citopatológicos no Brasil, 2002 – 2012.



Fonte: Indicadores SISCOLO – INCA

Especificamente para o Estado de Minas Gerais os dados da Razão de exames podem ser obtidos através do site do Programa Estadual Viva Mulher²– Prevenção do câncer de colo do útero e mama de Minas Gerais - que em relação ao ano de 2012 apresenta o alcance da meta pactuada com uma razão de 0,53 e um percentual de 74,13% de exames realizados, como mostrado no Quadro 1.

² Programa específico do Estado de Minas Gerais que visa reforçar as ações de controle do câncer de colo do útero.

Quadro 1 - Relatório Gerencial dos Exames Citológicos do Colo de Útero por Macrorregional MG – Todas 2012.

Macrorregional	Na Faixa etária de 25 à 64 anos					
	Meta Mensal	Meta para 12 meses	Total Realizado no Período	População ¹	Razão no Período	% de Exames Realizados
Centro	27.677	332.124	238.174	1.729.571	0,41	71,71%
Centro Sul	4.289	51.468	35.776	198.531	0,54	69,51%
Jequitinhonha	1.699	20.388	15.397	64.438	0,71	75,51%
Leste	8.467	101.604	66.287	378.990	0,52	65,24%
Leste do Sul	4.148	49.776	35.738	169.705	0,63	71,79%
Nordeste	5.338	64.056	42.099	205.959	0,61	65,72%
Noroeste	3.995	47.940	30.141	166.856	0,54	62,87%
Norte	9.523	114.276	81.517	373.122	0,65	71,33%
Oeste	6.350	76.200	68.187	324.202	0,63	89,48%
Sudeste	8.583	102.996	74.094	431.738	0,51	71,93%
Sul	14.672	176.064	150.607	697.229	0,64	85,54%
Triângulo do Norte	6.318	75.816	63.865	327.451	0,58	84,23%
Triângulo do Sul	3.824	45.888	31.120	191.251	0,48	67,81%
Total MG	104.883	1.258.596	933.002	5.259.043	0,53	74,13%

1) Cálculo da população: população feminina, na faixa etária de 25 à 64 anos, do ano de 2012

(<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popmg.def>)

Para o cálculo da razão é utilizado 1/3 (um terço) da população.

Fonte: Siscolo/www.vivamulher.com.br em 29/12/2012

Analisando as informações apresentadas em relação ao estado de Minas Gerais na competência 2012, percebe-se uma discordância entre os resultados. Pelos dados do SISCOLO o estado possui a Razão 0,07 exames, enquanto pelo Viva Mulher este indicador é apresentado como 0,53 exames. Ambos são informações oficiais e alimentados pelos dados fornecidos obrigatoriamente pelos municípios.

Comparativamente, o Quadro 2 apresenta os dados do município sede da pesquisa, Juiz de Fora, referentes ao ano de 2012 disponíveis na Base de dados do Programa Estadual Viva Mulher.

Quadro 2 - Relatório Gerencial dos Exames Citológicos do Colo de Útero - GRS Juiz de Fora MG – 2012.

Municípios	Na Faixa etária de 25 à 64 anos					
	Meta Mensal	Meta para 12 meses	Total Realizado no Período	População ¹	Razão no Período	% de Exames Realizados
Juiz de Fora	2.365	28.380	19.097	153.168	0,37	67,29%
Total GRS	3.929	47.148	32.607	217.416	0,44	69,15%

1) Cálculo da população: população feminina, na faixa etária de 25 à 64 anos, do ano de 2012

(<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popmg.def>)

Para o cálculo da razão é utilizado 1/3 (um terço) da população.

Fonte: Siscolo/www.vivamulher.com.br em 28/12/2012

Através de dados fornecidos pelo DATASUS sobre número total de exames realizados e a população feminina na faixa, o cálculo da Razão de exames também mostra resultados divergentes dos fornecidos pelo Programa Viva Vida, como mostrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Cálculo da Razão de exames citopatológicos realizados na competência 2012 para município e estado, a partir de informações do DATASUS.

Município/estado	Número de exames realizados	Total da população feminina na faixa etária 25 a 64 anos	Razão de exames
Juiz de Fora	13.735	153.168	0,09
Minas Gerais	634.869	5.259,043	0,12

Fonte: a autora

Tomando como base de análise os dados do DATASUS observa-se que tanto o estado (0,09) quanto o município (0,12) estão aquém da meta pactuada (0,3) para Razão de exames realizados.

Trata-se de um município pólo, de médio porte, que é referência para outros municípios menores ao redor e sedia a Regional de Saúde. Apresenta uma rede de atenção à saúde hierarquizada e descentralizada, composta por estabelecimentos de saúde nos níveis primário, secundário e terciário, que propiciam um sistema de saúde completo, como detalhado no Quadro 3.

Quadro 3 – Descrição dos estabelecimentos de saúde do município de Juiz de Fora, MG 2012

Descrição	Total
Posto de saúde	12
Centro de saúde/unidade básica	53
Policlínica	98
Hospital geral	14
Hospital especializado	4
Unidade mista	3
Consultório isolado	630
Clinica/centro de especialidade	127
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	111
Unidade móvel terrestre	7
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	8
Farmácia	3
Unidade de vigilância em saúde	2
Cooperativa	4
Hospital/dia - isolado	6
Secretaria de saúde	2
Centro de atenção hemoterapia e ou hematológica	1
Centro de atenção psicossocial	4
Pronto atendimento	4
Central de regulação medica das urgências	1
Central de regulação	1
Total	1095

Fonte: <http://cnes.datasus.gov.br>

Na estratificação das Unidades Básicas de Saúde o município é composto por 78 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) o que representa uma cobertura populacional de 52,13% em janeiro de 2012 (DAB, 2012).

1.8 FATORES DE RISCO PARA NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO DE CANCER DO COLO DO ÚTERO

Apesar do exame preventivo possuir ampla divulgação, ser um procedimento descentralizado nos serviços de saúde e principalmente ser reconhecido como principal ação de controle e prevenção do câncer de colo de útero, a adesão das mulheres ao procedimento ainda é um desafio para os profissionais.

Diversas pesquisas mostram que as mulheres não realizam o exame preventivo, por várias razões inclusive devido a mitos que o envolvem. Arteaga (2008) infere que a falta de acesso ao serviço, falta de consciência de sua importância, vergonha, tempo de espera para agendamento e consulta, além de uma questão cultural e comportamental são razões que interferem para a não realização do exame.

A idade, cor da pele, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, trabalho, história reprodutiva, tabagismo, percepção do estado de saúde, obesidade e utilização da Unidade de Saúde de referência são alguns dos fatores de risco apresentados em estudos anteriores. (AMORIM, et.al. 2006; MULLER, et.al. 2008; MARTINS, et.al. 2009; GONÇALVES, et.al. 2011; AUGUSTO, et.al. 2012; DIÓGENES, et.al. 2011; BRENNAN; et.al. 2001).

1.9 CUIDADO À SAÚDE

O cuidado é intrínseco ao ser humano, existe antes mesmo da fala e da escrita, é como um instinto de preservação das espécies, uma condição inerente e original do ser humano. Boff (1999, p. 89) traz a seguinte reflexão,

Não se trata de pensar e falar *sobre* o cuidado como objeto independente de nós. Mas de pensar e falar *a partir* do cuidado como é vivido e se estrutura em nós mesmos. Não *temos* cuidado. *Somos* cuidado. Isso significa que o cuidado possui uma dimensão ontológica que entra na constituição do ser humano.

Assim, o cuidado não significa apenas uma ação recebida, este termo também pode ser compreendido de forma mais ampla, significando atitudes e práticas do próprio indivíduo em relação à condução de sua vida cotidiana.

O cuidar é abrangente, permeando o corpo, a mente, o espírito e as relações interpessoais dos indivíduos, formando uma rede, onde a cada atitude corresponde uma reação que influencia todas as outras partes. Assim, o cuidado à saúde é muito mais que a realização de ações curativas e o tratamento de enfermidades. É preciso compreender que as atitudes de cuidar da saúde envolvem ações realizadas pelo indivíduo para propiciar sua qualidade de vida, sejam elas, físicas, emocionais, socioeconômicas, culturais, relacionais e/ou biológicas.

Na vida cotidiana podem ser percebidas várias atitudes que refletem os hábitos de cuidado à saúde, que vão desde manter uma alimentação saudável e equilibrada à realização de testes e exames para detecção precoce de algum agravo à saúde. A análise e estudo destas atitudes permite avaliar como os indivíduos cuidam de sua saúde, compreendida amplamente e definida através do somatório de uma série de fatores como alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, liberdade, lazer e acesso a serviços de saúde. (BRASIL, 1986)

A atitude de realizar o exame preventivo de câncer do colo do útero pode ser compreendida como uma ação de cuidado à própria saúde. Assim, analisar os fatores associados à não realização deste procedimento, como também, associá-lo a outras atitudes de cuidado à saúde realizadas no cotidiano, são relevantes para a elaboração de estratégias de ação que promovam a adesão das mulheres ao rastreamento. É preciso ampliar a análise para além das razões diretamente relacionadas ao exame, a fim de fortalecer comportamentos positivos e agir sobre aqueles que são prejudiciais à saúde.

2. JUSTIFICATIVA

Considerando a magnitude do problema do câncer de colo do útero, justifica-se a realização de pesquisas que contribuam para melhor avaliação do quadro epidemiológico da doença, determinando a prevalência, a cobertura de exames preventivos específica da área, fatores associados que esclareçam e fundamentem medidas de intervenção, além de análises que contribuam para maior esclarecimento das razões pelas quais algumas mulheres ainda são resistentes a realização do exame preventivo.

O olhar do cuidado através de ações de promoção e prevenção da saúde realizadas pelo próprio indivíduo, ainda é muito escasso na literatura científica, portanto espera-se contribuir para incentivo de pesquisas com este foco.

3 OBJETIVOS

Avaliar a prevalência e os fatores associados à não realização do exame preventivo de câncer de colo de útero em mulheres da área de abrangência da UAPS Parque Guarani, Juiz de Fora, MG.

Analisar a cobertura de exames preventivos de câncer de colo de útero na UAPS Parque Guarani, Juiz de Fora, MG.

Analisar os hábitos de cuidado à saúde e sua associação com a não realização de exames preventivos de câncer de colo de útero das mulheres da área de abrangência da UAPS Parque Guarani, Juiz de Fora, MG

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal que segundo Medronho (2009) é caracterizado pela observação direta de uma quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade, num prazo determinado de tempo, o mais curto possível, decorrido da observação entre o primeiro e o último indivíduo. Infere ainda que a análise de mais de duas variáveis tem por estratégia avaliar a relação entre elas para elucidar a associação de um agravo e de um fator de exposição específico considerando a influência exercida pelas demais variáveis.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado na Unidade de Atenção Primária à Saúde de Parque Guarani, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Esta é uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), composta por duas equipes multiprofissionais, que contém como área de abrangência dois bairros o que delimita claramente seus limites geográficos. Tem uma população adscrita de aproximadamente 6.628 pessoas, sendo 2.030 mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos (SIAB, 2012). Apresenta características socioeconômicas que variam de classe média à população carente de recursos financeiros, observando-se situações de vulnerabilidade social.

Esta Unidade sediou a pesquisa “Avaliação de estratégias para o rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres cobertas pela Estratégia de Saúde da Família no município de Juiz de Fora, Minas Gerais”, uma parceria do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade de São Paulo e o Núcleo de Assessoria e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, da qual se originou esta proposta de estudo. Seu objetivo é avaliar estratégias de rastreamento do câncer de colo de útero comparando através de randomização o método tradicional com testes para detecção de HPV.

Para o desenvolvimento destas pesquisas houve o envolvimento de todos os profissionais do serviço, garantindo a operacionalização e o êxito de todas as atividades. Além de trabalhar com a ESF, a Unidade abriga há 10 anos o Programa de Residência em Saúde da Família, pós-graduando enfermeiros, assistentes sociais e médicos. É composta por duas

enfermeiras, duas assistentes sociais e dois médicos, que são profissionais da rede municipal e preceptores de serviço, conta também com dois auxiliares de enfermagem e dez Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além das equipes de residentes. Possui duas áreas adscritas, cada uma com seis micro-áreas, havendo então a falta de dois ACS o que dificultou a obtenção de alguns dados, mas não impossibilitou o trabalho.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

O recrutamento das mulheres para participação na pesquisa ocorreu através de ampla divulgação nos bairros do movimento de saúde denominado Campanha de Preventivos para Rastreamento de Câncer de Colo de Útero, com exposição de cartazes na UAPS e centros comerciais, sala de espera, meios de comunicação comunitários, parcerias com lideranças comunitárias, orientações individuais em todos os atendimentos profissionais e principalmente orientações nas Visitas Domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde.

Para controle e acompanhamento, os ACS listaram todas as mulheres elegíveis de suas micro-áreas, constando dados básicos de contato e data do último preventivo, seguida da instituição de realização do exame. A oferta de vagas para os exames foi ampliada ao máximo possível, horários noturnos e aos finais de semana foram criados para facilitar o acesso e a marcação de livre demanda em todas as modalidades (telefone, pessoalmente, por terceiros, pelo ACS, etc.).

Terminada a resposta ao recrutamento, teve início a busca ativa específica por cada mulher individualmente, pois através do monitoramento da lista nominal foi possível identificar as ausentes e faltosas. Respeitou-se a vontade de participar da pesquisa, assim como de realizar o exame, mas todas as informações de saúde foram fornecidas, principalmente com o objetivo de captar aquelas mulheres que não estavam com exames dentro do intervalo recomendado. Também foram aceitas aquelas mulheres que mesmo com exame em dia desejaram participar da pesquisa, assim como, houve respeito às que não quiseram participar da pesquisa sendo oferecida e realizada apenas a coleta de citopatológico dentro dos critérios de qualidade já estabelecidos pelo serviço.

Foram elegíveis mulheres da área de abrangência da Unidade na faixa etária de 20 a 59 anos, excetuando as grávidas, as hysterectomizadas e as virgens, que responderam o questionário e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado. É válido ressaltar que a decisão por esta faixa etária foi fundamentada nos critérios de risco estabelecidos na época de elaboração e início da pesquisa.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Concomitantemente com a coleta de amostras cérvico-vaginais as participantes do estudo responderam a um amplo questionário que aborda fatores sociodemográficos, apoio social, auto-avaliação de estado de saúde, estilo de vida, morbidade, saúde da mulher e comportamento sexual. É composto por uma grande variedade de perguntas o que permite a descrição de hábitos e comportamentos de saúde. A partir deste questionário foram selecionadas as perguntas que compuseram as variáveis do estudo, aquelas que melhor representam os objetivos da pesquisa.

4.5 VARIÁVEIS

Dentre as possibilidades foi escolhida como variável dependente o fato da mulher nunca ter realizado ou realizado a mais de três anos o exame preventivo de câncer de colo de útero, também conhecido como Exame de Papanicolaou (questão G11).

A justificativa para seleção desta variável respalda-se na orientação do Ministério da Saúde que recomenda a periodicidade anual do exame e após dois resultados consecutivos negativos permite-se ampliar o intervalo para três anos. (BRASIL, 2011)

A seleção das variáveis independentes ocorreu analisando quais melhor representam os critérios para o alcance dos objetivos estabelecidos de forma a traçar um perfil das mulheres participantes.

Foram selecionadas como variáveis sócio-demográficas: idade, grau de instrução, situação conjugal, cor/raça, religião.

As variáveis que melhor representam os hábitos e comportamentos de saúde são: número de partos, idade da primeira relação sexual, gravidez, avaliação do estado de saúde (auto referido), tempo da última aferição de peso corporal, tempo do último exame clínico das mamas, consumo semanal de frutas, uso de bebida alcoólica, prática regular de atividade física, tabagismo, tempo da última aferição de pressão arterial, uso de método contraceptivo, relação sexual no último ano, uso de preservativo na primeira relação sexual, resultado do índice de massa corporal (IMC).

Para identificar o acesso foram escolhidas: frequência de visita domiciliar de profissional de saúde, utilização da Unidade Básica de Saúde nos últimos doze meses, trabalho remunerado, participação em grupo de planejamento familiar e apoio social.

As variáveis referentes aos motivos da não realização do exame, contidas na questão G12, também foram incluídas no estudo.

O quadro 4 apresenta a descrição de cada variável selecionada, sua localização no questionário, a estratificação original como foi colhida a informação e o agrupamento estabelecido para o estudo. A determinação de cada agrupamento foi decidida baseada em critérios utilizados por pesquisas clássicas, como VIGITEL, por exemplo, e fundamentada na literatura.

Quadro 4 – Descrição das variáveis selecionadas em blocos de análise, com apresentação original do questionário e agrupamento estabelecido para o estudo.

BLOCO	VARIÁVEIS	VARIÁVEL ORIGINAL	AGRUPAMENTO
DEPENDENTE	G11 - Último exame preventivo	1. Menos de 1 ano atrás 2. De 1 ano a menos de 2 anos 3. De 2 anos a menos de 3 anos 4. 3 anos ou mais atrás 5. Nunca fez	Em dia (1,2,3) Em atraso (4,5)
SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	A2 - Idade	Resposta aberta	20 a 29 anos 30 a 39anos 40 a 49 anos 50 a 59 anos
	B2 - Grau de instrução	1. Analfabeto/Menos de um ano de instrução 2. Elementar Incompleto 3. Elementar Completo e Fundamental Incompleto 4. Fundamental Completo e Ensino Médio Incompleto 5. Ensino Médio Completo e Superior Incompleto 6. Superior Completo ou mais	Até elementar incompleto (1,2) Elementar completo a ensino médio incompleto (3,4) Ensino médio completo e mais (5,6)
	B1 - Vive com companheiro	1. Nunca foi casado (a) 2. Casado (a) ou vive com companheiro (a) 3. Separado (a) ou divorciado (a) 4. Viúvo (a)	Solteira (1, 3,4) Casada (2)
	B4 - Cor / raça	1. Branca 2. Negra 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena	Branca (1) Não branca (2, 3, 4,5)
	B5 – Religião	Resposta aberta	Sim Não

HÁBITOS E COMPORTAMENTOS	G43 - Número de partos	Resposta aberta	Nenhum ou até 1 2 ou mais
	H1 - Idade 1ª relação	Resposta aberta	≤ 19 anos ≥ 20
	G40 - Gravidez	1. Sim 2. Não	Sim Não
	D1 - Auto- avaliação do estado de saúde	1. Muito boa 2. Boa 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim	Muito boa (1,2) Ruim (3, 4,5)
	E1 - Tempo da última aferição de peso	1. Menos de 1 semana 2. Entre 1 semana e menos de 1 mês 3. Entre 1 mês e menos de 6 meses 4. 6 meses ou mais atrás	Menos de 1 mês (1,2) Entre 1 mês e menos de 6 meses (3) 6 meses ou mais atrás (4)
	G23 - Tempo Exame clínico das mamas	1. Menos de 1 ano atrás 2. De 1 ano a menos de 2 anos 3. De 2 anos a menos de 3 anos 4. 3 anos ou mais atrás 5. Nunca fez	Em dia (1, 2, 3) Em atraso (4, 5)
	E16 - Consumo semanal de frutas	_____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias) 0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Nunca ou menos de 5 vezes por semana 5 ou mais vezes por semana
	E25 - Uso de bebida alcoólica	1. Não bebo nunca 2. Menos de uma vez por mês 3. Uma vez ou mais por mês	Sim (1) Não (2,3)
	E30 - Prática regular de atividade física	1. Sim 2. Não	Sim Não
	E41 - Tabagismo	1. Sim, diariamente 2. Sim, menos que diariamente. 3. Não fumo atualmente	Sim (1,2) Não (3)
	F1 - Tempo da última aferição de PA	1. Há menos de 6 meses 2. Entre 6 meses menos de 1 ano 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos 5. 3 anos ou mais 6. Nunca	Há menos de 6 meses (1) Entre 6 meses e menos de 3 anos (2, 3,4) 3 anos ou mais /nunca (5,6)
	G38 - Uso de método contraceptivo	1. Sim 2. Não	Sim Não
	G36 - Relação sexual último ano	1. Sim 2. Não	Sim Não
	H3 - Preservativo na 1ª relação	1. Sim 2. Não	Sim Não

	IMC – dados aferidos	Peso/ altura ²	≤ 24,9 baixo peso + eutrófico* ≥ 25,0 excesso de peso
ACESSO	F40 - Frequência de VD por profissional de saúde	1. Mensalmente 2. A cada dois meses 3. Duas a quatro vezes por ano 4. Uma vez por ano 5. O domicilio foi cadastrado há menos de 2 meses. 6. Nunca recebeu 7. Não sabe informar	Mensalmente (1) Poucas vezes no ano (2, 3,4) Nunca recebeu (5, 6,7)
	D4 - Procurou atendimento na UAPS nos últimos 12 meses	1. Sim 2. Não	Sim Não
	B6 - Trabalha atualmente	1. Trabalha atualmente (inclui estagio remunerado). 2. Trabalha, mas não está em atividade atualmente. 3. Já trabalhou, mas não trabalha mais. 4. Nunca trabalhou em atividade diferente aos afazeres doméstico	Trabalha atualmente (1) Não trabalha, nunca trabalhou (2, 3,4)
	G37 – Grupo de planejamento familiar (GDR)	1.Sim 2.Não	Sim Não
	Apoio social (união de C1 e C2 – quantos amigos ou parentes se senta a vontade para falar sobre quase tudo)	Resposta aberta	Nenhum 1 ou mais
EXAME	G12 – g12 outro - Razão da não realização do exame	1. Nunca teve relações sexuais 2. Não acha necessário 3. Nunca foi orientada para fazer o exame 4. Teve dificuldades para marcar consulta. 5. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande 6. O serviço de saúde é muito distante 7. Tem dificuldades financeiras 8. Tem dificuldades de transporte 9. O horário de funcionamento do serviço é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas 10. O plano de saúde não cobre a consulta 11. Não sabe quem procurar ou aonde ir 12. Nunca antes escutou falar	Não houve agrupamento

		do exame 13. Outro (especifique)	
--	--	-------------------------------------	--

* Esta classificação deveu-se a poucas mulheres na condição baixo peso. Fonte: a autora

4.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por profissionais de nível superior, devidamente treinados, e antes da realização do exame ginecológico, em local reservado e individualizado.

Após o término da entrevista o instrumento foi examinado e revisado por supervisores de campo, a fim de garantir o controle de qualidade. Os questionários foram então guardados em local seguro até o envio para a digitação.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram armazenados em um banco de dados no programa *Epi Info* (versão 6.04b) e posteriormente realizadas as análises univariada, bivariada e multivariada pelo programa *Stata 11.0*.

O percentual de mulheres com exame preventivo em dia, entre as que compareceram à UAPS, foi avaliado pela proporção de mulheres que relataram ter se submetido ao exame nos últimos três anos, entre as elegíveis.

A análise seguiu os seguintes passos:

- Análise univariada, para a descrição da distribuição das variáveis dependente e independentes na população estudada;
- Análise bivariada, para identificação da associação de cada uma das variáveis independentes com o desfecho em pauta, efetuada pelo cruzamento da variável dependente, dicotômica, com cada uma das variáveis independentes, de acordo com sua natureza, por meio de tabelas de contingência (teste qui-quadrado e quando necessário, o teste exato de Fisher). Foram verificadas as Razões de Prevalência (RP) com respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) e valores de p . Para testar a diferença de médias foi utilizado o teste t de *Student*;
- Análise multivariada por meio de regressão de Poisson, para identificar todas as variáveis associadas com a não realização do exame. Sendo testadas no modelo aquelas que apresentaram valor de $p < 0,20$ e foram consideradas relevantes para o estudo.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A fim de garantir as questões éticas a presente pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) conforme parecer número 0026.1.259.180-09 (ANEXO 1).

5 RESULTADOS

A pesquisa foi realizada no período de setembro de 2011 a agosto de 2012. A amostra foi composta de 1.527 mulheres, usuárias pertencentes à área adscrita da UAPS, classificadas como elegíveis e constantes na listagem realizada pelos ACS. A diferença percebida no número de mulheres listadas e o número total de mulheres descrito pelo SIAB, deve-se a dificuldade de atualização dos dados do SIAB relacionada à problemas organizacionais do município e ausência de três profissionais ACS durante o decorrer da pesquisa devido a, duas micro-áreas descobertas e uma com o profissional afastado por longo período para tratamento de saúde. Estes profissionais não foram repostos pelo município o que obrigou a outros ACS, em esquema de mutirão, realizarem as atividades (cadastro, sensibilização e busca ativa) nestas micro-áreas. A falta de vínculo com estas mulheres e a ausência diária do profissional na micro-área dificultou a sensibilização e troca de informações. Houve também algumas poucas usuárias que se recusaram a receber o ACS, assim como, a sua inclusão nas listas de mulheres elegíveis.

Foram sujeitos da pesquisa 776 mulheres, que realizaram a entrevista e a coleta de colpocitologia. Além disso, 23 mulheres realizaram a coleta de colpocitologia na UAPS, mas recusaram a participar da pesquisa, por razões diversas. O que mostra um total de 799 exames realizados na UAPS. Devido à listagem nominal e intensa busca ativa foi possível verificar também que 93 mulheres realizaram o exame no mesmo período, mas em outras instituições de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) do município e 265 realizaram na rede suplementar (planos de saúde e particular). Totalizando 1157 exames realizados no período, proporcionando uma cobertura de 75,8% da amostra.

Das mulheres que não realizaram exame 31 relataram resistência na realização do colpocitológico, 151 não fizeram por razões diversas e 188 não justificaram a ausência, o que resulta em 370 mulheres sabidamente sem cobertura de exame preventivo de câncer de colo de útero na área de abrangência da UAPS. Tabela 2.

Tabela 2 – Descrição da situação das mulheres da amostra em relação ao exame citopatológico e cálculo da cobertura. N=1.527

SITUAÇÃO	N	%
Total de mulheres elegíveis	1527	100
Total de mulheres que realizaram Papanicolaou	1157	75,8
Na UAPS (sujeitos da pesquisa)	776	67,1
Na UAPS (recusa da pesquisa)	23	2,0
SUS (outras unidades)	93	8,0
Rede particular	265	22,9
Mulheres que não realizaram o exame	370	24,2
Recrutadas mas recusaram exame	31	8,4
Não atenderam ao recrutamento	339	91,6

A partir de redistribuição proporcional da população SUS dependente, nas mulheres que não realizaram o exame, obtém-se um total de 1.177 mulheres que dependem do SUS para realização do exame preventivo.

Como nesta pesquisa a faixa etária de estudo difere da estratificação epidemiológica de risco definida pelo MS, é válido mostrar que o cálculo de cobertura das mulheres participantes do estudo considerando apenas a faixa etária 25 a 59 anos alcançou 76,28%, semelhante àquela de população do estudo (Tabela 3).

Tabela 3: Análise de cobertura por estratificação de faixa etária.

FAIXA ETÁRIA	N	COBERTURA
25 a 59 anos	666	76,28
20 a 59 anos	776	76,29

A média de idade das 776 entrevistadas foi de 37,8 anos (desvio padrão=10,8) e a faixa etária predominante foi a de 30 e 39 anos com 29,77% das mulheres. A maioria declarou possuir cor da pele branca (42,27%), ser casada ou viver com companheiro (64,95%) e trabalhar atualmente (58,25%). No critério de escolaridade a distribuição revelou que grande parte das mulheres possui entre ensino elementar completo à superior incompleto, mas o maior percentual encontra-se entre ensino elementar completo e fundamental incompleto (32,99%). Em relação à realização de exames preventivos de câncer de colo de útero observa-se que a grande maioria estava com a periodicidade dentro dos critérios estabelecidos pelo

MS (76,29%), apenas 23,71% (n=184) estavam como os exames de rastreamento em atraso, sendo que destas 4,25% nunca o realizaram. Tabela 4.

Tabela 4 - Descrição das mulheres participantes do estudo. Análise univariada: caracterização das mulheres da amostra. N=776

VARIÁVEL	N	%
Idade		
20 a 29 anos	208	26,80
30 a 39anos	231	29,77
40 a 49 anos	197	25,39
50 a 59 anos	140	18,04
Cor/raça		
Branca	328	42,27
Negra	235	30,28
Amarela	18	2,32
Parda	195	25,13
Indígena	0	0
Escolaridade		
Analfabeto/Menos de um ano de instrução	14	1,80
Elementar Incompleto	82	10,57
Elementar Completo e Fundamental Incompleto	256	32,99
Fundamental Completo e Ensino Médio Incompleto	187	24,10
Ensino Médio Completo e Superior Incompleto	214	27,58
Superior Completo ou mais	13	1,68
Sem informação	10	1,29
Situação conjugal		
Nunca foi casado (a)	133	17,14
Casado (a) ou vive com companheiro (a)	504	64,95
Separado (a) ou divorciado (a)	109	14,05
Viúvo (a)	30	3,87
Trabalho		
Trabalha atualmente (inclui estagio remunerado).	453	58,38
Trabalha, mas não está em atividade atualmente.	68	8,76
Já trabalhou, mas não trabalha mais.	215	27,71
Nunca trabalhou em atividade diferente aos afazeres doméstico	40	5,15
Realização de exame preventivo		
Menos de 1 ano atrás	146	18,81

De 1 ano a menos de 2 anos	309	39,82
De 2 anos a menos de 3 anos	137	17,65
3 anos ou mais atrás	151	19,46
Nunca fez	33	4,25

* Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis.

Para fins de comparação e localização as tabelas abaixo apresentam dados populacionais do município de Juiz de Fora, obtidos pelo DATASUS (Tabela 5) e da área de abrangência da UAPS Parque Guarani fornecidos pelo SIAB municipal (Tabela 6), referentes à população feminina total residente no ano de 2012 estratificada pela faixa etária de interesse. Nota-se que devido a critérios organizacionais estabelecidos pelo próprio sistema de informação, a estratificação de faixas etárias pelo SIAB aglomera as mulheres de 20 a 39 anos, mas ainda assim é possível analisar comparativamente os dados.

Tabela 5 – Distribuição por faixa etária de interesse da população feminina total residente no município de Juiz de Fora, ano 2012.

FAIXA ETÁRIA	DATASUS	
	N	%
20 a 29 anos	46.532	28,40
30 a 39 anos	40.761	24,88
40 a 49 anos	41.113	25,10
50 a 59 anos	35.422	21,62
Total	163.828	100,00

Fonte: DATASUS

Tabela 6 – Distribuição por faixa etária de interesse da população feminina total da área de abrangência da UAPS Parque Guarani, ano 2012.

FAIXA ETÁRIA	SIAB	
	N	%
20 a 39 anos	1.118	55,07
40 a 49 anos	497	24,48
50 a 59 anos	415	20,44
Total	2.030	100,00

Fonte: SIAB

Na tabela 7 são apresentadas as prevalências da não realização do exame de Papanicolaou nos últimos 3 anos, segundo variáveis selecionadas. As mulheres com maior escolaridade tem mais possibilidade de realizar o exame preventivo dentro dos parâmetros estabelecidos.

Ter realizado o exame clínico das mamas apresenta-se como um fator de proteção para a não realização do exame preventivo de câncer de colo de útero. Achado coerente com a realidade, pois é normatizado pelo sistema de saúde que haja o rastreamento oportuno nestes tipos de exames, ou seja, ao realizar o exame colpocitológico na mulher o profissional de saúde

também aproveita sua presença no consultório para realizar simultaneamente o exame clínico das mamas. (BRASIL, 2013)

Em relação aos hábitos de vida, o fato da mulher consumir bebida alcoólica e ser tabagista mostram-se como fatores de risco para a não realização do exame preventivo.

As mulheres que realizam atividade física regularmente têm 37% mais probabilidade em realizar o exame preventivo. Assim como, procurar a UAPS no último ano mostrou-se como um fator de proteção para a não realização do exame.

Tabela 7- Prevalência da não realização do exame de Papanicolaou nos últimos 3 anos segundo variáveis selecionada em mulheres da área de abrangência de Unidade de Saúde da Família, Juiz de Fora, MG, ano 2012.

	Total	Não realizou		RP Brutas	(IC- 95%)	p
		N	%			
Faixa etária						
20 a 29	208	50	24,04	1		
30 a 39	231	57	24,68	1,02	0,70 – 1,50	0,89
40 a 49	197	40	20,30	0,84	0,55 – 1,28	0,42
50 a 59	140	37	26,43	1,09	0,71 – 1,68	0,66
Escolaridade						
Até elementar incompleto	96	32	33,33	1		
Elementar completo e mais	670	152	22,69	0,68	0,46 – 0,99	0,04
Situação conjugal						
Solteira e outros	272	62	22,79	1		
Casada	504	122	24,21	1,06	0,78 – 1,44	0,70
Cor						
Branca	328	71	21,65	1		
Não branca	448	113	25,22	1,16	0,86 – 1,56	0,31
Religião						
Não	24	8	33,33	1		
Sim	737	172	23,34	0,70	0,34 – 1,42	0,32
Número de partos						
Nenhum até 1	290	69	23,79	1		
2 ou mais	486	115	23,66	0,99	0,73 – 1,34	0,97
Idade primeira relação						
≤19 anos	587	132	22,49	1		
≥20 anos	172	46	26,74	1,18	0,85 – 1,66	0,31
Gravidez						
Não	100	25	25,00	1		
Sim	675	158	23,41	0,93	0,61 – 1,42	0,76

Auto avaliação saúde							
Regular/ruim/muito ruim	339	80	23,60	1			
Muito boa/boa	437	104	23,80	1,00	0,75 – 1,34	0,95	
Tempo da última aferição de peso							
6 meses ou mais	260	73	28,08	1			
Entre 1 mês menos 6 meses	260	52	20,00	0,71	0,49 – 1,01	0,06	
Menos 1 mês	254	58	22,83	0,81	0,57 – 1,14	0,24	
Exame das mamas							
Em atraso	211	171	81,04	1			
Em dia	559	9	1,61	0,01	0,01 – 0,03	0,00	
Consumo semanal de frutas							
Nunca, menos de 5 vezes semana	472	118	25,00	1			
5 ou mais vezes na semana	304	66	21,71	0,86	0,64 – 1,17	0,35	
Consumo de álcool							
Não	485	101	20,82	1			
Sim	291	83	28,52	1,36	1,02 – 1,83	0,03	
Prática regular de atividade física							
Não	600	155	25,83	1			
Sim	176	29	16,48	0,63	0,42 – 0,94	0,02	
Tabagismo							
Não	625	137	21,92	1			
Sim	150	47	31,33	1,42	1,02 – 1,99	0,03	
Tempo da última aferição de PA							
3anos ou mais ou nunca	22	9	40,91	1			
Entre 6 meses menos de 3 anos	243	62	25,51	0,62	0,30 – 1,25	0,18	
Menos 6 meses	508	113	22,24	0,54	0,27 – 1,07	0,07	
Método anticoncepcional							
Não	236	63	26,69	1			
Sim	540	121	22,41	0,83	0,61 – 1,13	0,26	
Relação sexual no último ano							
Não	94	26	27,66	1			
Sim	682	158	23,17	0,83	0,55 – 1,26	0,40	
Preservativo primeira relação							
Não	506	120	23,72	1			
Sim	261	61	23,37	0,98	0,72 – 1,34	0,92	
IMC							
≤ 24,9 baixo peso + eutrófico**	296	67	22,64	1			

≥25,0 excesso de peso	470	113	24,04	1,06	0,78 – 1,43	0,69
Frequência de VD por profissional de saúde						
Sem cadastro, nunca, não sabe	129	29	22,48	1		
Entre 2 meses e 1 vez ano	153	29	18,95	0,84	0,50 – 1,41	0,51
Mensalmente	486	125	25,72	1,14	0,76 – 1,71	0,51
Procurou atendimento na UAPS nos últimos 12 meses						
Não	246	76	30,89	1		
Sim	529	108	20,42	0,66	0,49 – 0,88	0,00
Trabalho						
Não trabalha/nunca trabalhou	323	77	23,84	1		
Trabalha atual	452	106	23,45	0,98	0,73 – 1,31	0,91
GDR						
Não	698	167	23,93	1		
Sim	77	17	22,08	0,92	0,56 – 1,51	0,75
Apoio social						
Nenhum	100	31	31,00	1		
1 ou mais	674	152	22,55	0,72	0,49 – 1,07	0,10

* Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis.

** Esta classificação deveu-se a poucas mulheres na condição baixo peso.

A análise multivariada foi realizada com as variáveis acima que apresentaram valor de $p < 0,20$ e a faixa etária. Optou-se por não incluir a variável exame clínico das mamas, devido a sua associação intrínseca ao desfecho em pauta, visto que por razões protocoladas pelo Ministério da Saúde estes dois exames devem ser realizados simultaneamente.

Dentre as variáveis que apresentaram $p < 0,20$, aferir o peso entre 1 mês e menos de 6 meses, assim como, aferir a pressão arterial com certa frequência e apoio social (possuir algum familiar ou amigo que se sente a vontade para falar sobre quase tudo), foram testados.

Em seguida foram retiradas da análise, uma a uma, as variáveis que apresentaram valor de $p > 0,20$ pela ordem crescente de significância, até alcançar o modelo em que todas as variáveis tivessem o valor de $p < 0,20$, conforme descrito na tabela 8.

Tabela 8 – Análise multivariada: Distribuição das Razões de prevalência bruta e ajustada, intervalos de confiança e *valor p* segundo as variáveis selecionadas.

Variável	RP Brutas	(IC- 95%)	<i>p</i>	RP Ajus	(IC – 95%)	<i>p</i>
Escolaridade						
Até elementar incompleto	1			1		
Elementar completo e mais	0,68	0,46 – 0,99	0,04	0,66	0,45 – 0,97	0,03
Consumo de álcool						
Não	1			1		
Sim	0,73	0,54 – 0,97	0,03	1,41	1,05 – 1,90	0,02
Prática regular de atividade física						
Não	1			1		
Sim	0,63	0,42 – 0,94	0,02	0,65	0,44 – 0,98	0,04
Procurou atendimento na UAPS nos últimos 12 meses						
Não	1			1		
Sim	0,66	0,49 – 0,88	0,00	0,66	0,49 – 0,88	0,00
Apoio social						
Nenhum	1			1		
1 ou mais	0,72	0,49 – 1,07	0,10	0,73	0,49 – 1,08	0,11

Na análise multivariada confirmou-se a associação entre o maior nível de escolaridade, o consumo de bebida alcoólica, a prática regular de atividade física e procurar atendimento na Unidade de Saúde, sendo ainda que possuir apoio social teve significância marginal.

O questionário permitiu ainda a análise de uma questão (G12) que apresenta as razões relatadas pelas mulheres para a não realização do exame preventivo de câncer de colo de útero, inclusive com um campo (G12 outro) que permitiu a inclusão de razões que fossem contempladas na descrição. Por se tratar de uma variável diferenciada e por seu valor explicativo ser de grande interesse ao estudo, optou-se por analisá-la separadamente.

A Tabela 9 apresenta a frequência de respostas das entrevistadas de acordo com as possibilidades apresentadas pelo instrumento de coleta de dados e expõe as razões incluídas no item **Outro**, campo que possibilitou a inclusão de respostas.

Tabela 9 – Descrição dos motivos relatados pelas mulheres como justificativas para não realização do exame preventivo. N=184

MOTIVO	N	%
Não acha necessário	57	30,4
O horário de funcionamento do serviço é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas.	53	28,8
Teve dificuldades para marcar a consulta	23	12,5
Vergonha	13	7,1
Descuido	10	5,4
Dificuldade com o exame	9	4,9
Medo	9	4,9
O serviço de saúde é muito distante	4	2,2
Questão pessoal	3	1,6
Nunca foi orientada a fazer o exame	2	1,1
Tem dificuldades de transporte	1	0,5
Dificuldades físicas	1	0,5
Total	184	100

A maior justificativa apresentada para não realização do exame colpocitológico é o fato da mulher não achar necessário fazê-lo. Fato bastante preocupante que demonstra falha no processo educativo de conscientização para hábitos de cuidado e proteção à saúde.

Acompanhado pelo relato de incompatibilidade de horários pessoais foi o funcionamento de serviço e da dificuldade de marcar a consulta. O que demonstra claramente a inadequação do horário de funcionamento da UAPS para atender as mulheres que trabalham formalmente.

Vergonha, descuido, dificuldade com o exame e medo também foram relatados como fatores dificultadores.

5.1 ARTIGO 1

Prevalência e fatores associados a não realização do exame preventivo de câncer de colo de útero em uma área coberta pela Estratégia de Saúde da Família, MG.

Resumo

Foi realizado um estudo epidemiológico transversal com recrutamento domiciliar de coleta de dados em Unidade de saúde, realizado com mulheres de 20 a 59 anos em Unidade de Saúde da Família em Minas Gerais. Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um amplo questionário que permitiu conhecer o perfil e comportamento das mulheres. Foram calculadas a Razão de Prevalência e Intervalos de Confiança (95%). Encontrou-se uma cobertura de exames em dia de 76,28% e como fatores de proteção para a não realização do procedimento um maior nível de escolaridade, prática regular de atividade física, procurar atendimento na USF no último ano e ter apoio social. O consumo de bebida alcoólica foi um fator de risco para a não realização do preventivo. A descoberta destes fatores permite a elaboração de estratégias de ação direcionadas e fundamentadas a fim de melhorar a cobertura dos exames de rastreamento para câncer de colo do útero.

Descritores: Neoplasias do Colo do Útero; Programas de Rastreamento; Esfregaço Vaginal

Introdução

O câncer de colo de útero é um grave problema de saúde pública mundial. No Brasil, é a quarta causa de mortalidade segundo dados do Instituto Nacional do Câncer, (BRASIL, 2012) mas estudos de correções destas taxas realizados a partir das causas mal definidas classificaram-no como a terceira causa de morte a partir de 2005 (SCHMIDT, et.al. 2011; SILVA, et.al. 2010 e 2011).

É um agravo passível de prevenção através da detecção precoce de lesões precursoras. Considerada uma modalidade de prevenção secundária (LEAVELL e CLARK, 1976) o rastreamento de lesões ainda na fase inicial através do exame de Papanicolaou (PAPANICOLAOU, 1942) ou colpocitologia permite o diagnóstico de alterações celulares pré-cancerosas (BRASIL, 2013). Através da alta cobertura das mulheres pelo exame de rastreio pode-se reduzir as taxas de incidência de lesão invasora (BRASIL, 2013).

O Brasil possui desde 1984 programas que subsidiam, incentivam e normatizam as ações de controle, detecção e tratamento que vem sendo ampliados e aprimorados a fim de reduzir as taxas de incidência no país. As últimas recomendações mantiveram a indicação do rastreamento em mulheres a partir de 25 e ampliaram de 59 para 64 anos (BRASIL 2012c).

Uma forte aliada na modalidade de acesso ao rastreamento é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que oferece assistência à saúde a uma população adscrita e dentro das próprias comunidades. O vínculo estabelecido entre as equipes e a população é um fator facilitador para que as mulheres realizem os exames, que muitas vezes são considerados constrangedores e cercados de mitos. (AMORIM, et.al. 2006)

Este estudo tem o objetivo de avaliar a prevalência e os fatores associados a não realização do exame de preventivo de câncer de colo de útero em mulheres da área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família em Minas Gerais.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal com recrutamento domiciliar e coleta de dados realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) em um município de médio porte em Minas Gerais, no período de setembro de 2011 à agosto de 2012. É uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família há 10 anos, composta por duas equipes multiprofissionais com uma população adscrita de 6.628 pessoas, sendo 2.030 mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos (SIAB, 2012). Do total de mulheres, foram recrutadas para o estudo 1.527, captadas em listagem nominal realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde.

É importante ressaltar que na época de delineamento do projeto e realização da coleta de dados a faixa etária considerada de risco era de mulheres entre 25 a 59 anos determinada por órgãos oficiais (MS, INCA, WHO) o que influenciou decisivamente na seleção da amostra. Desde julho de 2012 a faixa etária foi redefinida para 25 a 64 anos devido ao aumento da longevidade da população (BRASIL, 2012c). A inclusão de mulheres de 20 a 25 anos ocorreu por ser parte da rotina da UAPS realizar exames preventivos em todas as mulheres com atividade sexual a pelo menos 1 ano e por esta faixa etária buscar frequentemente o serviço. A fim de garantir a fidedignidade dos dados e a comparação dos resultados, calculou-se a cobertura nos dois estratos etários, (25 a 59 anos cobertura de 76,29% e 20 a 59 anos cobertura de 76,28%) o que garante a confiabilidade da amostra.

Foram incluídas na amostra todas as mulheres adscritas na faixa etária de 20 a 59 anos, excetuando-se as grávidas, virgens e histerectomizadas. Este estudo é parte integrante da pesquisa “Avaliação de estratégias para o rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres cobertas pela Estratégia de Saúde da Família no município de Juiz de Fora, Minas Gerais”, uma parceria do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade de São Paulo e o Núcleo de Assessoria e Estudos em Saúde da

Universidade Federal de Juiz de Fora, assim todas as mulheres convidadas a participar foram entrevistadas e submetidas posteriormente ao exame Papanicolaou.

Como instrumento de coleta de dados utilizou um amplo questionário que aborda fatores sócio-demográficos, apoio social, auto-avaliação de estado de saúde, estilo de vida, morbidade, saúde da mulher e comportamento sexual, que foi aplicado por profissionais de nível superior previamente treinados.

Os dados foram armazenados em um banco de dados no programa *Epi Info* (versão 6.04b) e posteriormente realizadas as análises univariada, bivariada e multivariada pelo programa *Stata 11.0*.

Determinou-se como variável dependente o fato da mulher nunca ter realizado ou realizado a mais de três anos o exame preventivo de câncer de colo de útero. A justificativa para seleção desta variável respalda-se na orientação do Ministério da Saúde que recomenda a periodicidade anual do exame e após dois resultados consecutivos negativos permite-se ampliar o intervalo para três anos. (BRASIL, 2011)

A escolha das variáveis independentes buscou atender os critérios para o alcance do objetivo do estudo. A fim de melhor organização estas variáveis foram classificadas nas seguintes categorias.

Variáveis de sócio-demográficas: idade, grau de instrução, situação conjugal, cor/raça, religião.

As variáveis que melhor representam os hábitos e comportamentos de saúde são: número de partos, idade da primeira relação sexual, gravidez, avaliação do estado de saúde (auto referido), tempo da última aferição de peso corporal, tempo do último exame clínico das mamas, consumo semanal de frutas, uso de bebida alcoólica, prática regular de atividade física, tabagismo, tempo da última aferição de pressão arterial, uso de método contraceptivo, relação sexual no último ano, uso de preservativo na primeira relação sexual, resultado do índice de massa corporal (IMC).

Para identificar o acesso foram escolhidas: frequência de visita domiciliar de profissional de saúde, utilização da Unidade Básica de Saúde nos últimos doze meses, trabalho remunerado, participação em grupo de planejamento familiar e apoio social.

Foram também incluídas as variáveis referentes aos motivos da não realização do exame. Esta questão foi respondida apenas pelas mulheres que nunca tinham realizado o exame ou estavam em atraso.

A análise multivariada foi realizada com as variáveis acima que apresentaram significância estatística, valor de $p < 0,20$. Optou-se por não incluir a variável exame clínico

das mamas, devido a sua associação intrínseca ao desfecho em pauta, visto que por razões protocoladas pelo Ministério da Saúde estes dois exames são realizados simultaneamente.

Em seguida foram retiradas da análise, uma a uma, as variáveis que apresentaram valor de $p > 0,20$ pela ordem crescente de significância, até alcançar o modelo em que todas as variáveis tivessem o valor de $p < 0,20$.

A fim de garantir as questões éticas a presente pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, conforme parecer número 0026.1.259.180-09.

Resultados

Das 799 mulheres que compareceram à unidade após o recrutamento, 23 recusaram participar da pesquisa, portanto, foram entrevistadas 776 mulheres que correspondem a 66% da população SUS dependente elegível para o estudo.

A maior frequência de idade foi entre 30 e 39 anos (29,77%), tendo em média 37,8 anos, desvio padrão 10,8. A maioria declarou possuir cor da pele branca (42,27%), ser casada ou viver com companheiro (64,95%) e trabalhar atualmente (58,25%). No critério de escolaridade a distribuição apresentou que grande parte das mulheres possui entre ensino elementar completo à superior incompleto, mas o maior percentual encontra-se entre ensino elementar completo e fundamental incompleto (32,99%). Em relação à realização de exames preventivos de câncer de colo de útero observa-se que a grande maioria está com a periodicidade dentro dos critérios estabelecidos pelo MS (76,28%), apenas 23,72% (N=184) estão como os exames de rastreamento em atraso, sendo que destas 4,25% nunca o realizaram. (Tabela 1)

Tabela 1 - Descrição das mulheres participantes do estudo. Análise univariada: caracterização das mulheres da amostra.

N=776		
VARIÁVEL	N	%
Idade		
20 a 29 anos	208	26,80
30 a 39anos	231	29,77
40 a 49 anos	197	25,39
50 a 59 anos	140	18,04
Cor/raça		
Branca	328	42,27
Negra	235	30,28
Amarela	18	2,32
Parda	195	25,13

Indígena	0	0
Escolaridade		
Analfabeto/Menos de um ano de instrução	14	1,80
Elementar Incompleto	82	10,57
Elementar Completo e Fundamental Incompleto	256	32,99
Fundamental Completo e Ensino Médio Incompleto	187	24,10
Ensino Médio Completo e Superior Incompleto	214	27,58
Superior Completo ou mais	13	1,68
Sem informação	10	1,29
Situação conjugal		
Nunca foi casado (a)	133	17,14
Casado (a) ou vive com companheiro (a)	504	64,95
Separado (a) ou divorciado (a)	109	14,05
Viúvo (a)	30	3,87
Trabalho		
Trabalha atualmente (inclui estágio remunerado).	453	58,38
Trabalha, mas não está em atividade atualmente.	68	8,76
Já trabalhou, mas não trabalha mais.	215	27,71
Nunca trabalhou em atividade diferente aos afazeres doméstico	40	5,15
Realização de exame preventivo		
Menos de 1 ano atrás	146	18,81
De 1 ano a menos de 2 anos	309	39,82
De 2 anos a menos de 3 anos	137	17,65
3 anos ou mais atrás	151	19,46
Nunca fez	33	4,25

* Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis.

Focando na variável estabelecida como dependente, nunca ter realizado ou realizado há três anos ou mais o exame preventivo de câncer de colo de útero, o N a ser analisado soma um total de 184 mulheres. Assim, fazendo associação com as variáveis independentes escolhidas através de análise bivariada para a verificação de significâncias estatísticas e relevância para alcance dos objetivos propostos pelo estudo obtiveram-se os dados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2- Prevalência da não realização do exame de Papanicolaou nos últimos 3 anos segundo variáveis selecionada em mulheres da área de abrangência de Unidade de Saúde da Família, Juiz de Fora, MG, ano 2012.

	Total	Não realizou		RP Brutas	(IC- 95%)	p
		N	%			
Faixa etária						
20 a 29	208	50	24,04	1		
30 a 39	231	57	24,68	1,02	0,70 – 1,50	0,89
40 a 49	197	40	20,30	0,84	0,55 – 1,28	0,42
50 a 59	140	37	26,43	1,09	0,71 – 1,68	0,66
Escolaridade						
Até elementar incompleto	96	32	33,33	1		
Elementar completo e mais	670	152	22,69	0,68	0,46 – 0,99	0,04
Situação conjugal						
Solteira e outros	272	62	22,79	1		
Casada	504	122	24,21	1,06	0,78 – 1,44	0,70
Cor						
Branca	328	71	21,65	1		
Não branca	448	113	25,22	1,16	0,86 – 1,56	0,31
Religião						
Não	24	8	33,33	1		
Sim	737	172	23,34	0,70	0,34 – 1,42	0,32
Número de partos						
Nenhum até 1	290	69	23,79	1		
2 ou mais	486	115	23,66	0,99	0,73 – 1,34	0,97
Idade primeira relação sexual						
≤19 anos	587	132	22,49	1		
≥20 anos	172	46	26,74	1,18	0,85 – 1,66	0,31
Gravidez						
Não	100	25	25,00	1		
Sim	675	158	23,41	0,93	0,61 – 1,42	0,76
Auto avaliação saúde						
Regular/ruim/muito ruim	339	80	23,60	1		
Muito boa/boa	437	104	23,80	1,00	0,75 – 1,34	0,95
Tempo da última aferição de peso						
6 meses ou mais	260	73	28,08	1		
Entre 1 mês menos 6 meses	260	52	20,00	0,71	0,49 – 1,01	0,06
Menos 1 mês	254	58	22,83	0,81	0,57 – 1,14	0,24
Exame das mamas						
Em atraso	211	171	81,04	1		

Em dia	559	9	1,61	0,01	0,01 – 0,03	0,00
Consumo semanal de frutas						
Nunca, menos de 5 vezes semana	472	118	25,00	1		
5 ou mais vezes na semana	304	66	21,71	0,86	0,64 – 1,17	0,35
Consumo de álcool						
Não	485	101	20,82	1		
Sim	291	83	28,52	1,36	1,02 – 1,83	0,03
Prática regular de atividade física						
Não	600	155	25,83	1		
Sim	176	29	16,48	0,63	0,42 – 0,94	0,02
Tabagismo						
Não	625	137	21,92	1		
Sim	150	47	31,33	1,42	1,02 – 1,99	0,03
Tempo da última aferição de PA						
3anos ou mais ou nunca	22	9	40,91	1		
Entre 6 meses menos de 3 anos	243	62	25,51	0,62	0,30 – 1,25	0,18
Menos 6 meses	508	113	22,24	0,54	0,27 – 1,07	0,07
Método anticoncepcional						
Não	236	63	26,69	1		
Sim	540	121	22,41	0,83	0,61 – 1,13	0,26
Relação sexual no último ano						
Não	94	26	27,66	1		
Sim	682	158	23,17	0,83	0,55 – 1,26	0,40
Preservativo na primeira relação sexual						
Não	506	120	23,72	1		
Sim	261	61	23,37	0,98	0,72 – 1,34	0,92
IMC						
≤ 24,9 baixo peso + eutrófico**	296	67	22,64	1		
≥25,0 excesso de peso	470	113	24,04	1,06	0,78 – 1,43	0,69
Frequência de VD por profissional de saúde						
Sem cadastro, nunca, não sabe	129	29	22,48	1		
Entre 2 meses e 1 vez ano	153	29	18,95	0,84	0,50 – 1,41	0,51
Mensalmente	486	125	25,72	1,14	0,76 – 1,71	0,51
Procurou atendimento na UAPS nos últimos 12 meses						
Não	246	76	30,89	1		

Sim	529	108	20,42	0,66	0,49 – 0,88	0,00
Trabalho						
Não trabalha/nunca trabalhou	323	77	23,84	1		
Trabalha atual	452	106	23,45	0,98	0,73 – 1,31	0,91
GDR						
Não	698	167	23,93	1		
Sim	77	17	22,08	0,92	0,56 – 1,51	0,75
Apoio social						
Nenhum	100	31	31,00	1		
1 ou mais	674	152	22,55	0,72	0,49 – 1,07	0,10

* Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis.

** Esta classificação deveu-se a poucas mulheres na condição baixo peso.

Dentre as variáveis analisadas percebe-se que mulheres com maior escolaridade tem mais possibilidade de realizar o exame preventivo dentro dos parâmetros estabelecidos.

Ter realizado o exame clínico das mamas apresenta-se como um fator de proteção para a não realização do exame preventivo de câncer de colo de útero. O que é coerente com a realidade, pois é normatizado pelo sistema de saúde que haja o rastreamento oportuno nestes tipos de exames, ou seja, ao realizar o exame colpocitológico na mulher o profissional de saúde também aproveita sua presença no consultório para realizar simultaneamente o exame clínico das mamas. (BRASIL, 2013)

Pensando em hábitos de vida, o fato da mulher consumir bebida alcoólica e ser tabagista surgem como fatores de risco para a não realização do exame preventivo.

As mulheres que realizam atividade física regularmente têm 37% mais probabilidade em realizar o exame preventivo. Assim como, procurar a UAPS no último ano mostrou-se como um fator de proteção para a não realização do exame.

Dentre as variáveis que apresentaram $p < 0,20$, aferir o peso entre 1 mês e menos de 6 meses, assim como, aferir a pressão arterial com certa frequência mostraram-se significantes em relação a variável dependente.

Da mesma forma, mulheres que relataram possuir algum familiar ou amigo que se sente a vontade para falar sobre quase tudo, o que mostra apoio social, também apresentaram relevância.

Na análise multivariada confirmou-se a associação entre o maior nível de escolaridade, o consumo de bebida alcoólica, a prática regular de atividade física e procurar atendimento na Unidade de Saúde, sendo ainda que possuir apoio social teve significância marginal. Tabela 3

Tabela 3 – Análise multivariada: Razões de prevalência, intervalos de confiança e *valor P* segundo as variáveis.

Variável	RP Brutas	(IC- 95%)	<i>p</i>	RP Ajus	(IC – 95%)	<i>p</i>
Escolaridade						
Até elementar incompleto	1			1		
Elementar completo e mais	0,68	0,46 – 0,99	0,04	0,66	0,45 – 0,97	0,03
Consumo de álcool						
Não	1			1		
Sim	1,36	1,02 – 1,83	0,03	1,41	1,05 – 1,90	0,02
Prática regular de atividade física						
Não	1			1		
Sim	0,63	0,42 – 0,94	0,02	0,65	0,44 – 0,98	0,04
Procurou atendimento na UAPS nos últimos 12 meses						
Não	1			1		
Sim	0,66	0,49 – 0,88	0,00	0,66	0,49 – 0,88	0,00
Apoio social						
Nenhum	1			1		
1 ou mais	0,72	0,49 – 1,07	0,10	0,73	0,49 – 1,08	0,11

O questionário permitiu ainda a análise de uma questão que apresenta as razões relatadas pelas mulheres para a não realização do exame preventivo de câncer de colo de útero, inclusive com um campo **Outro** que permitiu a inclusão de razões que fossem contempladas na descrição. Por se tratar de uma variável diferenciada e por seu valor explicativo de grande interesse ao estudo, optou-se por analisá-la separadamente.

A Tabela 4 apresenta a frequência de respostas das entrevistadas de acordo com as possibilidades apresentadas pelo instrumento de coleta de dados e expõe as razões incluídas no item **Outro**, campo que possibilitou a inclusão de respostas.

Tabela 4 – Descrição dos motivos relatados pelas mulheres como justificativas para não realização do exame preventivo. N=184

MOTIVO	N	%
Não acha necessário	57	30,4
O horário de funcionamento do serviço é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas.	53	28,8
Teve dificuldades para marcar a consulta	23	12,5
Vergonha	13	7,1
Descuido	10	5,4
Dificuldade com o exame	9	4,9
Medo	9	4,9
O serviço de saúde é muito distante	4	2,2
Questão pessoal	3	1,6
Nunca foi orientada a fazer o exame	2	1,1
Tem dificuldades de transporte	1	0,5
Dificuldades físicas	1	0,5
Total	184	100

A maior justificativa apresentada para não realização do exame colpocitológico é o fato da mulher não achar necessária fazê-lo. Fato bastante preocupante que demonstra falha no processo educativo de conscientização para hábitos de cuidado e proteção à saúde.

Acompanhado pelo relato de incompatibilidade de horários pessoais e o funcionamento de serviço e da dificuldade de marcar a consulta. O que demonstra claramente a inadequação do horário de funcionamento da UAPS para atender as mulheres que trabalham formalmente.

Vergonha, descuido, dificuldade com o exame e medo também foram relatados como fatores dificultadores.

Discussão

Ao analisar as mulheres da área de abrangência da UAPS verificou-se que 23,71% não se encontravam com a periodicidade da colpocitologia como preconizado pelo MS. No total de 776 mulheres entrevistadas 592 relataram periodicidade adequada na realização do exame o que estabelece uma cobertura de 76,29%. Comparativamente a PNAD (2008) apresentou um percentual de 82% de cobertura informada de exames em mulheres de 25 a 59 anos e dados do VIGITEL (2011) demonstraram uma cobertura de 80,5% de exames em mulheres de 25 a 59 anos nos últimos 3 anos, sendo que Belo Horizonte apresentou cobertura de 81,1%.

Uma das possíveis limitações deste estudo foi o fato de se trabalhar com informações referidas e não comprovadas em documentos, pois estas estão sujeitas a vieses de memória.

Com o objetivo de determinar os fatores associados a não realização do exame preventivo na periodicidade preconizada, pelas mulheres da amostra (N=184) percebeu-se que a maior escolaridade está associada à diminuição do risco para a não realização do exame, o que também foi mostrado em outros estudos (MARTINS, et.al. 2005; AMORIM, et.al. 2006; NOVAES, et.al. 2006; NETO, et.al. 2008; ALBUQUERQUE, et.al. 2009; MARTINS, et.al. 2009; GASPERIN, et.al. 2011; GONÇALVES, et.al. 2011; OZAWA, et.al. 2011; AUGUSTO, et.al. 2012). O nível de escolaridade influencia diretamente na compreensão e no discernimento das ações de prevenção à saúde, pois permite melhor entendimento das informações divulgadas sobre a doença, utilização do serviço e medidas de prevenção, provocando mudanças de atitude e adesão a medidas saudáveis de cuidado a saúde. (PELLOSO, et.al. 2004; LEAL, et.al. 2005; JORGE, et.al. 2011).

Em relação a hábitos saudáveis, a prática de atividade física mostrou-se como um fator de proteção para a não realização do exame, assim como no estudo realizado em 2009 em Florianópolis também com mulheres de 20 a 59 anos, onde o exame de Papanicolaou em atraso foi associado a não praticar atividade física regular (GASPERIN, et.al. 2011). Pode-se pensar que ambas as ações retratam medidas de proteção e prevenção de agravos à saúde o que explica a sua associação. No mesmo sentido da promoção e prevenção o fato da mulher consumir bebida alcoólica representou um risco de 41% para a não realização do exame preventivo.

Considerando o cenário da pesquisa, uma Unidade de Saúde da Família, procurou-se associar a influência desta estratégia de ação com a realização ou não do exame preventivo. E ficou evidente que o fato de procurar a Unidade no último ano aumentou em 44% as probabilidades da mulher realizar o exame. Isto reflete o quanto esta Unidade influencia positivamente nas condutas e decisões da sua população adscrita, oferecendo informações através da educação em saúde que sensibilizam e influenciam diretamente no comportamento e adoção de medidas preventivas.

Outra influência marcante para a realização do exame preventivo é o apoio social que as mulheres possuem em seu cotidiano, sendo conceituado como “um sistema de relações formais e informais pelas quais indivíduos recebem ajuda emocional, material ou de informação, para enfrentarem situações geradoras de tensão emocional” (Caplan, 1974 apud GRIEP, et.al. 2003). Achado que corrobora com o estudo de Silva (2009) onde mulheres com maiores níveis de apoio social apresentaram maior adesão às práticas de rastreamento de câncer uterino.

Neste estudo não foi verificada associação entre a não realização do colpocitologia oncótica e idade, situação conjugal, cor/raça e trabalho das mulheres, frequentemente referida em outros estudos (OZAWA, et.al. 2011; DIOGENES, et.al. 2011; DIAS-DA-COSTA, et.al. 2003; GASPERIN, et.al. 2011). Tais achados poderiam ser atribuídos ao modelo de atenção da estratégia de saúde da família que valoriza e desenvolve as atividades de educação para a saúde.

Dentro das possibilidades descritivas que as mulheres relataram para justificar as razões para não realização do exame Papanicolaou, a mais frequente foi não achar necessário a realização do exame. Fato que mostra a necessidade de melhoria nas informações e ações de educação em saúde, visto que da forma que tem sido realizada não tem alcançado eficazmente toda a população. Estudos de Brenna, et.al.(2001), Amorim, et.al. (2006) e Ferreira (2009) encontraram resultados semelhantes nos quais as mulheres não percebem a importância da realização do exame preventivo. Este é um desafio para as equipes de saúde, aprimorar suas ações educativas de forma a sensibilizar as mulheres sobre as ações de prevenção e promoção da saúde.

O horário de funcionamento do serviço também foi destacado como uma razão para a não realização do exame, visto que as UAPS do município funcionam no mesmo horário comercial (07:00 às 11:00 e 13:00 às 17:00h). A mulher que trabalha fora de casa ou mesmo a que tem dificuldades em conciliar suas atividades domésticas, devido a cuidar dos filhos, por exemplo, não consegue acesso fácil ao serviço. Pelloso, et.al. (2004), Diógenes, et.al. (2011) e Augusto, et.al. (2012) também detectaram esta dificuldade, o que serve de alerta para que os gestores reflitam sobre a organização de seus serviços de saúde.

Os sentimentos de vergonha, medo e dificuldade com o exame também apareceram como importantes empecilhos para a realização do exame, o que corrobora com outros achados (AUGUSTO, et.al. 2012; DIÓGENES, et.al. 2011; BRENNNA, et.al. 2001), demonstrando que ainda é necessário trabalhar os sentimentos que são aflorados nas mulheres em relação ao exame, assim como os mitos que o envolvem, repetindo as crenças e valores culturais de cada mulher.

Considerações finais

Foi evidente a importância da Unidade de Saúde da Família na decisão para a realização do exame, o que pode ser ampliado para outras ações de prevenção e promoção da

saúde das populações. Através da educação em saúde e facilidade no acesso, podem-se melhorar os índices de morbimortalidade da população.

Portanto é preciso que profissionais, gestores e mulheres se conscientizem dos benefícios, eficácia e importância do exame preventivo de câncer de colo do útero (GAMARRA, et.al. 2005), pois só assim com a participação efetiva de todos será possível a redução nas taxas de incidência e mortalidade por esta doença passível de prevenção.

Referências

ALBUQUERQUE, Kamila Matos de; FRIAS, Paulo Germano; Andrade, Carla Lourenço Tavares; Aquino, Estela ML; Menezes, Greice. **Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil.** Cad. Saúde Pública [online]. 2009, vol.25, suppl.2, pp. s301-s309. ISSN 0102-311X.

AMORIM, Vivian Mae Schmidt Lima; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; CÉSAR, Chester Luiz Galvão; CARANDINA, Luana; GOLDBAUM, Moíses. **Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2329-2338, nov, 2006.

AUGUSTO, Everton F ; ROSA, Maria L G; CAVALCANTI, Silvia M B; OLIVEIRA, Ledy H S. **Barriers to cervical cancer screening in women attending the Family Medical Program in Niterói, Rio de Janeiro.** Archives of Gynecology and Obstetrics, 2012, Vol.287(1), pp.53-58.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 132 p.: il.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Ações e programas no Brasil. Painel de indicadores do câncer de colo de útero. Nota técnica. Disponível em:< http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/indicadores/p1_razao_entre_examenes_citopatologicos_e_mulheres_da_populacao> Acesso em: 12 de maio 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero.** Rio de Janeiro, RJ. 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro, RJ. 2011.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.** Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços de saúde e fatores de risco e proteção á saúde. Rio de Janeiro. 2010. 245 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres de colo de útero e mama.** Cad. de Atenção Básica n. 13. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRENNNA, Sylvia Michelina Fernandes; HARDY, Ellen; ZEFERINO, Luiz Carlos; NAMURA, Iara. **Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4):909-914, jul-ago, 2001.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares; OLINTO, Maria Teresa Anselmo; GIGANTE, Denise Petrucci; MENEZES, Ana Maria Baptista; MACEDO, Silvia; BORBA, Andresa Thier de; MOTTA, Gledis Lisiane Silveira da; FUCHS, Sandra Costa. **Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.** Cad. Saúde Pública [online]. 2003, vol.19, n.1, pp. 191-197. ISSN 0102-311X.

DIÓGENES, Maria Albertina Rocha; JORGE, Roberta Jeane Bezerra; SAMPAIO, Luis Rafael Leite; MENDONÇA, Francisco Antonio da Cruz; SAMPAIO, Lucijane Leite. **Barreiras a realização periódica do Papanicolaou: Estudo com mulheres de uma cidade do nordeste do Brasil.** Rev. APS; 2011; jan/mar; 14(1); 12-18.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques. **Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres.** Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 abr-jun; 13 (2): 378-84.

GAMARRA, Carmem Justina; PAZ, Elisabete Pimenta Araújo; GRIEP, Rosane Harter. **Conhecimentos, atitudes e práticas do exame Papanicolaou entre mulheres argentinas.** Revista de Saúde Pública. v. 39, n. 2, p. 270-276, 2005.

GASPERIN, Simone Iara; BOING, Antonio Fernando e KUPEK, Emil. **Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional.** Cad. Saúde Pública [online]. 2011, vol.27, n.7, pp. 1312-1322. ISSN 0102-311X.

GONCALVES, Carla Vitola; SASSI, Raul Mendoza; NETTO, Isabel Oliveira; CASTRO, Natalia Bolbadilha de; BORTOLOMEDI, Ana Paula. **Cobertura do citopatológico do colo uterino em Unidades Básicas de Saúde da Família.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2011, vol.33, n.9, pp. 258-263. ISSN 0100-7203.

GRIEP, Rosane Harter; CHOR, Dóra; FAERSTEIN, Eduardo; LOPES, Cláudia. **Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(2):625-634, mar-abr, 2003 .

JORGE, Roberta Jeane Bezerra; DIÓGENES, Maria Albertina Rocha; MENDONÇA, Francisco Antonio da Cruz; SAMPAIO, Luis Rafael Leite; JUNIOR, Roberto Jorge. **Exame Papanicolaou: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(5):2443-2451, 2011.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; FRIAS, Paulo; SZWARCOWALD, Celia Landmann. **Healthy lifestyles and access to periodic health exams among Brazilian women.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 Sup:S78-S88, 2005.

LEAVELL, Hugh Rodman; CLARK, Edwin Gurney. **Medicina Preventiva.** Tradutores: Maria Cecilia Ferro Donnangelo, Moisés Goldbaum e Uraci Simões Ramos. Ver técnico: Lucio de Vascelos Costa. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, Rio de Janeiro, 1976. p.21.

MARTINS, Luis Felipe Leite; THULER, Luiz Claudio Santos; VALENTE, Joaquim Gonçalves. **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

_____, Luís Felipe Leite; VALENTE, Joaquim Gonçalves e THULER, Luiz Claudio Santos. **Factors related to inadequate cervical cancer screening in two Brazilian state capitals.** Rev. Saúde Pública [online]. 2009, vol.43, n.2, pp. 318-325. ISSN 0034-8910.

NETO João Felício Rodrigues; FIGUEIREDO Maria Fernanda Santos; SIQUEIRA Leila das Graças. **Exame citopatológico do colo do útero: fatores associados a não realização em ESF.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008;10(3):610-21. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a07.htm>

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; BRAGA, Patricia Emilia; SCHOUT, Denise. **Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003.** Ciência & Saúde Coletiva, 11(4):1023-1035, 2006.

OZAWA, Carolina; MARCOPITO, Luiz Francisco. **Teste de Papanicolaou: cobertura em dois inquéritos domiciliários realizados no município de São Paulo em 1987 e em 2001-2002.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2011, vol.33, n.5, pp. 238-245. ISSN 0100-7203.

PAPANICOLAOU, N. G. **A new procedure for staining vaginal smears.** Science Vol. 95: 2 Jan 1942: 438-439. Disponível em:<<http://www.sciencemag.org/content/95/2469.toc>> Acesso em: 29 dez. 2011.

PELLOSO, Sandra Marisa; CARVALHO, Maria Dalva de Barros; HIGARASHI, Ieda Hamuri. **Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino.** Acta Sci Health Sci 2004; 26(2):319-24.

SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce Bartholow; SILVA, Gulnar Azevedo e; MENEZES, Ana Maria; MONTEIRO, Carlos Augusto; BARRETO, Sandhi Maria; CHOR, Dora; MENEZES, Paulo Rossi. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais.** The Lancet. Saúde no Brasil p.61-74. Maio de 2011.

SILVA, Gulnar Azevedo e; GAMARRA, Carmem Justina; GIRIANELLI, Vânia Reis; VALENTE, Joaquim Gonçalves. **Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006.** Rev Saúde Pública 2011;45(6):1009-18

_____, Gulnar Azevedo e; GIRIANELLI, Vânia Reis; GAMARRA, Carmem Justina; TEIXEIRA, Maria Teresa Bustamante. **Cervical cancer mortality trends in Brazil,1981-2006.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26 (12):2399-2407, dez, 2010.

SILVA, Isis Teixeira; GRIEP, Rosane Harter; ROTENBERG, Lúcia. **Apoio social e rastreamento de câncer uterino e de mama entre trabalhadoras de enfermagem.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2009, vol.17, n.4, pp. 514-521. ISSN 0104-1169.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Consolidado 2010, 2011 e 2012.

STATA Corporation, College Station, Estados Unidos. versão 11.0

5.2 ARTIGO 2

Programa Organizado de Rastreamento do câncer de colo do útero em Unidade de Saúde da Família: análise de resultados e cobertura

Resumo

Trata-se de um estudo descritivo realizado com mulheres de 20 a 59 anos em uma Unidade de Saúde da Família em Minas Gerais a partir da intensificação de exames Papanicolaou. Os dados foram colhidos pelos Agentes Comunitários de Saúde através da listagem nominal das mulheres da área, constando dados básicos de contato e data do último exame preventivo de câncer de colo do útero. Após análise foi possível construir o diagnóstico situacional e elaborar as estratégias de ação. Alcançou-se uma cobertura de 76,42% das mulheres listadas, elevando a Razão de Exames da Unidade de 0,1 em 2011 para 0,4 em 2012, confirmando o alcance da meta pactuada. A realização do Programa de Rastreamento Organizado permitiu organizar as informações, estruturar o serviço, ampliar o acesso e aprimorar o vínculo com a comunidade.

Descritores: Neoplasias do Colo do Útero; Programas de Rastreamento; Esfregaço Vaginal; Programa Saúde da Família.

Introdução

O câncer de colo de útero apresenta altas taxas de mortalidade no Brasil e no mundo. De acordo com dados do BRASIL (2013) estimam-se para 2012, 17.540 casos novos de câncer de colo do útero sendo o segundo tipo de tumor mais incidente na população feminina brasileira. No ano de 2010 foram registradas 4.986 mortes pela doença,

Devido a sua grande relevância epidemiológica e grave problema de saúde pública, o Brasil apresenta desde 1984 ações e programas que visam detectar, monitorar e tratar este agravo, com o objetivo de diminuir as taxas de incidência e mortalidade (BRASIL, 2013). E os resultados já podem ser observados, pois de acordo com os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) existe um predomínio de queda nestas taxas para a maioria das cidades avaliadas (BRASIL, 2012b).

Especificamente no caso do tumor do colo de útero, pode-se dizer em prevenção secundária (LEAVELL e CLARK, 1976) que é a detecção precoce da lesão através do exame de colpocitologia, também conhecido como Papanicolaou. Este rastreamento permitiu um grande avanço nos índices de detecção precoce no Brasil, pois na década de 90, 70% dos casos diagnosticados eram de doença invasiva e atualmente 44% são de lesões precursoras. O

diagnóstico das lesões precursoras seguido do tratamento adequado tem praticamente 100% de chance de cura (BRASIL, 2013), isso além de refletir nas taxas de mortalidade, influencia diretamente na qualidade de vida destas mulheres.

O desafio enfrentado pelos profissionais de saúde está na captação das mulheres para realizar o exame de detecção, pois se preconiza que com uma alta cobertura da população alvo pode reduzir as taxas de incidência (BRASIL, 2013). Mas existem grandes dificuldades no monitoramento e captação destas mulheres, devido a resistências em relação ao exame, que muitas vezes é arraigado de mitos e influenciado por valores culturais, além da dificuldade em avaliar a cobertura de cada região.

Preconiza-se uma periodicidade trienal para a realização do exame, após dois resultados anuais normais (BRASIL, 2011), mas na maioria dos casos ocorre uma repetição anual dos exames pelas mesmas mulheres. A análise dos dados do SISCOLO para Brasil e regiões no período de 2007 a 2011 mostrou que apenas 8% dos exames são realizados a cada 3 anos, enquanto aproximadamente 50% são repetidos anualmente, comprovando que algumas mulheres repetem excessivamente o procedimento, enquanto outras permanecem sem o exame (BRASIL, 2012e)

Outra dificuldade para o cálculo da cobertura de exames é que os bancos de dados oficiais, como o do SISCOLO, fornecem o quantitativo de exames realizados no período, não diferenciando e especificando a mulher que foi submetida ao procedimento, de forma que pode haver repetições de exames na mesma mulher e este não será quantificado isoladamente. Então, a fim de permitir a comparação entre regiões e expressar a produção de exames oferecidos à população alvo, trabalha-se com a Razão de Exames (BRASIL, 2012d)

Um fator facilitador para análise de cobertura, controle da periodicidade e captação das mulheres para a realização do exame, é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que trabalha com população adscrita e cadastrada, possibilitando maior domínio e acesso às informações. No cotidiano das Unidades de Saúde com esta Estratégia são colhidos vários dados que servem para alimentar vários sistemas de vigilância à saúde e também monitorar ações específicas e direcionadas para sua população de cobertura. A utilização destes dados pela equipe permite diagnosticar problemas, elaborar estratégias de ação e traçar metas a serem alcançadas a fim de melhorar os indicadores de saúde de sua região. (BRASIL, 2013)

O rastreamento baseado em informações sócio-epidemiológicas é denominado de Programa Organizado de Rastreamento, sendo definido pelo MS (2010) como aquele em que tem maior controle das ações e informações, é sistematizado e voltado para o controle de uma

determinada doença, isso garante mais efetividade, pois permite avaliar seu impacto, fazer ajustes e aprimorar a execução (BRASIL, 2010).

Fundamentando-se nesta proposta foi possível realizar uma ação para o rastreamento e detecção precoce do câncer de colo de útero, idealizada a partir de uma parceria com o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade de São Paulo e o Núcleo de Assessoria e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, no âmbito da pesquisa “Avaliação de estratégias para o rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres cobertas pela Estratégia de Saúde da Família no município de Juiz de Fora, Minas Gerais”.

Várias foram às estratégias e ações utilizadas para alcançar o maior índice de cobertura de exames possível, ampliando o acesso, promovendo saúde e prevenindo agravos, a fim de reduzir as taxas de incidência e risco para câncer de colo de útero. Portanto, ao término das ações este estudo tem como objetivo analisar a cobertura de exames preventivos de câncer de colo de útero em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Juiz de Fora, MG após campanha de intensificação do rastreamento.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo realizado em conjunto a um estudo de prevalência do HPV em mulheres de 20 a 59 anos, da área de abrangência de Unidade de Saúde da Família (USF), do município de Juiz de Fora, MG no período de setembro de 2011 à agosto de 2012. A USF é composta por duas equipes multiprofissionais, que tem como área de abrangência dois bairros o que delimita claramente seus limites geográficos. Tem uma população adscrita de aproximadamente 6.628 pessoas, sendo 2.030 mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos (SIAB, 2012). Apresenta características socioeconômicas que variam de classe média à população carente de recursos financeiros, observando-se situações de vulnerabilidade social.

O recrutamento das mulheres para a pesquisa ocorreu através de ampla divulgação nos bairros do movimento de saúde denominado Campanha de Preventivos para Rastreamento de Câncer de Colo de Útero, com exposição de cartazes na USF e centros comerciais, sala de espera, meios de comunicação comunitários, parcerias com lideranças comunitárias, orientações individuais em todos os atendimentos profissionais e principalmente orientações nas Visitas Domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Para controle e acompanhamento, os ACS listaram todas as mulheres elegíveis (exceto as virgens, grávidas e hysterectomizadas) de suas micro-áreas, constando dados básicos de contato e data do último preventivo, seguida da instituição de realização do exame.

Estes dados foram digitados a fim de permitir melhor organização e visibilidade, gerando uma lista que continha todas as informações necessárias sobre as mulheres das micro-áreas. Isso possibilitou uma análise detalhada de cada situação e gerou o diagnóstico situacional de cada micro-área, permitindo a elaboração de estratégias de ação específicas, avaliação contínua e intensificação das ações nos casos necessários.

A oferta de vagas para os exames citopatológicos foi ampliada ao máximo possível, horários noturnos e aos finais de semana foram criados para facilitar o acesso e a marcação de livre demanda em todas as modalidades (telefone, pessoalmente, por terceiros, pelo ACS etc.).

Terminada a resposta ao recrutamento teve início a busca ativa específica por cada mulher individualmente, pois através do monitoramento da lista nominal foi possível identificar as ausentes e faltosas, focando principalmente naquelas que estavam com o exame atrasado e eram mais resistentes a realização do procedimento. Neste momento também foram levantadas informações sobre a realização do exame preventivo em outras unidades de saúde (SUS ou particular).

Ao final do rastreamento todos os dados da lista foram consolidados e analisados a fim de calcular a cobertura de mulheres que realizaram o exame, através dos dados obtidos pela pesquisa. Assim como, a Razão de Exames, que é obtida pelo número de exames citopatológico realizados dividido pela população feminina na faixa etária. Este indicador trabalha apenas com os exames realizados na Unidade de Saúde, com os seus dados de população e procedimentos registrados no SIAB.

A fim de garantir as questões éticas o presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) conforme parecer número 0026.1.259.180-09.

Resultados

Foram listadas 1.527 mulheres, usuárias pertencentes à área adscrita da USF A diferença percebida no número de mulheres listadas e o número total de mulheres descrito pelo SIAB, deve-se a dificuldade de atualização dos dados do SIAB relacionada a problemas organizacionais do município e ausência de três profissionais ACS durante o período da pesquisa devido a, duas micro-áreas descobertas e uma com o profissional afastado por longo

período para tratamento de saúde. Estes profissionais não foram repostos pelo município o que obrigou a outros ACS, em esquema de mutirão, realizarem as atividades (cadastro, sensibilização e busca ativa) nestas micro-áreas. A falta de vínculo com estas mulheres e a ausência diária do profissional na micro-área dificultou a sensibilização e troca de informações. Houve também algumas poucas usuárias que se recusaram a receber o ACS, assim como, a sua inclusão nas listas de mulheres elegíveis.

A tabela 1 mostra todas as informações colhidas pelos ACS em relação à situação das mulheres e o exame preventivo. Estes dados foram coletados na USF no momento da realização do exame, nas visitas domiciliares e ou em todas as oportunidades de contato com as mulheres com o objetivo de alimentar e atualizar a lista de controle.

Tabela 1 – Descrição da situação das mulheres em relação ao exame citopatológico.

SITUAÇÃO	N	%
Realizou USF	799	52,32
Realizou SUS	93	6,09
Realizou Particular	265	17,35
Não realizou	151	9,89
Recusou realizar a coleta	31	2,03
Sem informação	188	12,31
Total de mulheres	1527	100

Das 1.527 mulheres listadas 52,32% responderam ao recrutamento realizaram os exames na USF. Em outras instituições de saúde vinculadas ao SUS no município, como o Serviço Especializado de Atenção a Saúde da Mulher, realizou-se 6,09% dos exames. Cabe ressaltar que é comum no município a mulher ser cadastrada em um Serviço Especializado, principalmente devido a vínculo estabelecido com o profissional de referência. Além disso, algumas mulheres possuíam acesso a rede de Saúde Suplementar, principalmente planos particulares, resultando que 17,35% dos exames foram colhidos nestas instituições.

Foi possível também determinar quantas mulheres deixaram de realizar o exame, mesmo como a oferta ampliada e intensa busca ativa, totalizando 9,89%, além daquelas que os ACS e os profissionais não conseguiram informações que justificassem sua ausência, na maioria das vezes devido a dificuldade de encontrá-las, representando 12,31%.

Apesar de todos os esforços da equipe, 31 mulheres recusaram realizar o exame preventivo de câncer de colo de útero. As razões mais comuns relatadas aos ACS foram por

não achar necessário e sentir *medo* do procedimento, mesmo assim, todas as informações e argumentos foram utilizados, mas sem sucesso.

Ao final do período contabilizaram-se 1.167 exames realizados, o que propiciou uma cobertura de 76,42% das mulheres relacionadas. Utilizando o cálculo da Razão de Exames, a fim de permitir análises comparativas, obteve-se o indicador de 0,4 para este período, enquanto para o período anterior a campanha o indicador foi 0,1, sendo que a meta pactuada é de 0,3.

Discussão

O grande desafio para os profissionais de saúde em relação ao rastreamento do câncer de colo de útero é a captação das mulheres para realização da coleta de material para o teste Papanicolaou. São muitas as barreiras que dificultam a adesão ao exame que podem estar vinculadas ao profissional e serviço (AMORIM, et.al. 2006; DIÓGENES, et.al. 2011; BRENNAN, et.al. 2001), como rejeição, falta de vínculo e demora no atendimento, ou ao exame por ser constrangedor e invasivo, (BRITO, et.al. 2007; FERREIRA, et.al. 2006; JORGE, et.al. 2011) como também as questões da própria mulher, em relação a sua cultura e crenças, como a falta de conscientização sobre a necessidade de realizar o exame (MATÃO, et.al. 2011; FERREIRA, 2009; AMORIM, et.al. 2006).

A fim de ultrapassar estas barreiras a ESF tem o potencial para realizar ações que possibilitem a captação destas mulheres, através da criação de vínculos, garantia de acesso e atendimento integral. (AMORIM, et.al. 2006)

O acesso à informação, por meio da educação em saúde consciente, ou seja, o processo que considera o indivíduo com suas dificuldades, culturas e crenças, de forma a transformar sua realidade (VASCONCELOS, 2012) também é fundamental para que as mulheres repensem suas atitudes e modifiquem seus comportamentos de saúde.

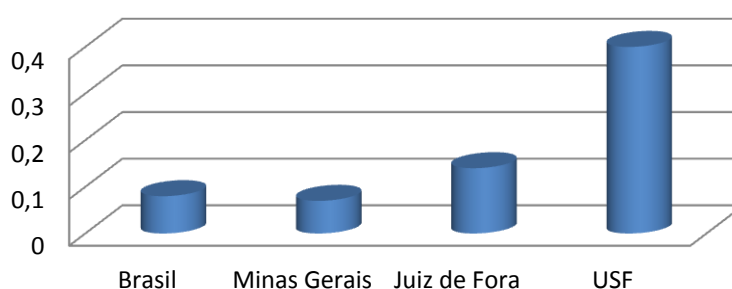
Através deste rastreamento conseguiu-se alcançar um grande número de mulheres, pois mesmo as que não realizaram preventivo na USF sentiram-se motivadas a realiza-lo em sua instituição de vínculo. Assim como, trouxe para o serviço mulheres que antes não frequentavam a Unidade, seja por dificuldades no acesso devido ao horário de funcionamento ou por não se sentirem motivadas e vinculadas a instituição.

Devido à forma de organização das informações foi possível conhecer, atuar e acompanhar cada situação, seja individual, em nível de micro-área ou toda a área adscrita. Estimou-se assim, a cobertura de exames citopatológicos na área, o que é complicado no dia-

a-dia, pois os dados disponíveis para análise não caracterizam a repetição de exames, o que impede separar as mulheres que realizam o exame em excesso, das que não realizam. Isso considerando a periodicidade trienal estabelecida pelo Ministério da Saúde. O maior domínio da informação possibilita a efetividade das ações dos programas de rastreamento (BRASIL, 2010).

Portanto a análise comparativa deve ser realizada através da Razão de Exames com dados brutos do SIAB, como mostrado no gráfico 1.

Gráfico 1 - Razão de Exames citopatológicos segundo indicadores do SISCOLO, competência 2012.



Observa-se que segundo dados obtidos pelo Painel de Indicadores do Câncer de Colo Útero (BRASIL, 2012d), fornecidos pelo SISCOLO, na competência de 2012, a Razão de Exames no Brasil foi de 0,08, no Estado de Minas Gerais 0,07, o município sede do estudo, Juiz de Fora, alcançou 0,14, enquanto após a campanha de rastreamento a USF chegou a razão de 0,4. Considerando que a meta pactuada para este indicador é de 0,3 (BRASIL, 2012d) conclui-se que a estratégia adotada na pesquisa com a intensificação do rastreamento de câncer de colo de útero a partir do recrutamento domiciliar feito pelos ACS alcançou resultados satisfatórios e eficazes.

Considerações finais

Após o rastreamento organizado foi possível alcançar a cobertura 76,42% de exames preventivos para câncer de colo do útero nas mulheres relacionadas, elevando a razão de exames de 0,1 em 2011 para 0,4 em 2012.

Além dos dados quantitativos, este trabalho permitiu conhecer individualmente cada realidade e traçar o diagnóstico situacional por microárea e área adscrita, o que facilitou o planejamento e adequação das ações. Estruturou o serviço de prevenção, controle e rastreamento do câncer do colo do útero na Unidade, organizando o processo de trabalho.

Esta proposta de ação em saúde propiciou mais que o alcance das metas pactuadas. Aumentou e melhorou o acesso ao serviço, trazendo mulheres que antes nunca haviam frequentado a Unidade, seja por dificuldade de horários, resistência ao serviço público ou mesmo desconhecimento das ações realizadas.

Mostrou que ações bem planejadas e fundamentadas no diagnóstico situacional, divulgação de informações e educação em saúde, aumentam a cobertura de exames preventivos de câncer de colo de útero, organizam o trabalho, facilitam o acesso e principalmente impactam nas taxas de incidência de agravos à saúde.

Referencias

AMORIM, Vivian Mae Schmidt Lima; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; CÉSAR, Chester Luiz Galvão; CARANDINA, Luana; GOLDBAUM, Moíses. **Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2329-2338, nov, 2006.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento.** Cad. de Atenção Básica n. 29. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres de colo de útero e mama.** Cad. de Atenção Básica n. 13. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Ações e programas no Brasil. Painel de indicadores do câncer de colo de útero. Nota técnica. Disponível em:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/indicadores/p1_razao_entre_exames_citopatologicos_e_mulheres_da_populacao> Acesso em: 12 de maio 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Informativo quadrimestral Vigilância do Câncer.** n.3 maio a novembro de 2012 Rio de Janeiro, RJ. 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro, RJ. 2011. p.32.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Informativo Trimestral Detecção Precoce.** Boletim ano 3, n 3 agosto a dezembro, 2012. Rio de Janeiro, RJ. 2012e.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/colo_uterio/definicao> Acesso em 30 jan 2013

BRENNA, Sylvia Michelina Fernandes; HARDY, Ellen; ZEFERINO, Luiz Carlos; NAMURA, Iara. **Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4):909-914, jul-ago, 2001.

BRITO, Cleidiane Maria Sales de; NERY, Inez Sampaio; TORRES, Leydiana Costa. **Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da Citologia Oncótica.** Rev Bras Enferm, Brasília 2007 jul-ago; 60(4): 387-90.

DIÓGENES, Maria Albertina Rocha; JORGE, Roberta Jeane Bezerra; SAMPAIO, Luis Rafael Leite; MENDONÇA, Francisco Antonio da Cruz; SAMPAIO, Lucijane Leite. **Barreiras a realização periódica do Papanicolaou: Estudo com mulheres de uma cidade do nordeste do Brasil.** Rev. APS; 2011; jan/mar; 14(1); 12-18.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques. **Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres.** Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 abr-jun; 13 (2): 378-84.

FERREIRA, Maria de Lourdes Marques; OLIVEIRA, Cristiane. **Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama.** Revista Brasileira de Cancerologia 2006; 52(1): 5-15

JORGE, Roberta Jeane Bezerra; DIÓGENES, Maria Albertina Rocha; MENDONÇA, Francisco Antonio da Cruz; SAMPAIO, Luis Rafael Leite; JUNIOR, Roberto Jorge. **Exame Papanicolaou: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(5):2443-2451, 2011.

LEAVELL, Hugh Rodman; CLARK, Edwin Gurney. **Medicina Preventiva.** Tradutores: Maria Cecilia Ferro Donnangelo, Moisés Goldbaum e Uraci Simões Ramos. Ver técnico: Lucio de Vascelos Costa. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, Rio de Janeiro, 1976. p.21.

MATÃO, Maria Eliane Liégio; MIRANDA, Denismar Borges de; CAMPOS, Pedro Humberto Faria; MACHADO, Allyne Ferreira; ORNELAS, Érica dos Reis. **Percepção de mulheres acerca do exame colpocitológico.** R. Enferm. Cent. O. Min. 2011 jan/mar; 1(1):47-58.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Consolidado 2010, 2011 e 2012.

VASCONCELOS, Eymar Mourão. **Educação Popular, um jeito especial de conduzir o processo educativo no setor saúde.** Disponível em <http://xa.yimg.com/kq/groups/17929366/2020584321/name/Vasconcelos+-+ED.popular+em+saude.pdf> Acesso em: 22 dez 2012

6.3 ARTIGO 3

Associação do exame preventivo de câncer de colo útero a ações de cuidado à saúde.

Resumo

Trata-se de um estudo transversal com recrutamento domiciliar e coleta de dados em Unidade, realizado com mulheres de 20 a 59 anos da área adscrita de uma Unidade de Saúde da Família em Minas Gerais. O instrumento de coleta de dados foi um amplo questionário que permitiu identificar o perfil, hábitos e comportamento de cuidados à saúde realizados pelas mulheres no seu cotidiano. Verificou-se a associação da não realização do exame preventivo de câncer de colo do útero com outras ações de cuidado à saúde. Mulheres que possuem o seu cotidiano atitudes de prevenção e promoção da saúde como maior nível de escolaridade, praticar atividade física, procurar Unidade de Saúde e ter apoio social apresentaram maior possibilidade de realizar o exame. Enquanto que hábitos prejudiciais como o consumo de bebida alcoólica foi associado a não realização. Confirma-se a necessidade de incentivar atitudes de promoção e prevenção da saúde e combater os hábitos prejudiciais.

Descritores: Neoplasias do Colo do Útero; Esfregaço Vaginal; Cuidado à saúde

Introdução

O cuidado à saúde é um tema muito debatido atualmente, apresentando algumas vertentes como a visão do profissional de saúde e a visão do indivíduo que recebe os cuidados. Em ambas as situações, o termo cuidado é compreendido como uma ação ou atitude ligada ao processo de doença, ou seja, modalidades de atenção à doença propiciando e almejando à saúde.

Mas além do cuidado técnico existente nas relações profissionais/pacientes existe o cuidado de si, ou seja, o cuidado que o indivíduo tem consigo mesmo. Trata-se da realização de ações no cotidiano da vida diária que promovam e protejam a saúde, propiciando uma melhor qualidade de vida no presente e no futuro.

O cuidado é intrínseco ao ser humano, existe antes mesmo da fala e da escrita, é como um instinto de preservação das espécies, uma condição inerente e original do ser humano. Segundo Boff (1999), não se deve pensar o cuidado como objeto independente do ser humano e sim de como é vivido e se estrutura em cada um.

O cuidar é abrangente, permeando o corpo, a mente, o espírito e as relações interpessoais dos indivíduos, formando uma rede, onde a cada atitude corresponde uma reação que influencia todas as outras partes. Assim, o cuidado à saúde é muito mais que a realização

de ações curativas e o tratamento de enfermidades. É preciso compreender que as atitudes de cuidar da saúde envolvem ações realizadas pelo indivíduo para propiciar sua qualidade de vida, sejam elas, físicas, emocionais, socioeconômicas, culturais, relacionais e/ou biológicas.

Na vida cotidiana podem ser percebidas várias atitudes que refletem os hábitos de cuidado à saúde, que vão desde manter uma alimentação saudável e equilibrada à realização de testes e exames para detecção precoce de algum agravo à saúde. A análise e estudo destas atitudes permitem avaliar como os indivíduos cuidam de sua saúde, compreendida amplamente e definida através do somatório de uma série de fatores como alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, liberdade, lazer e acesso a serviços de saúde. (VIII CNS, 1986)

Devido a esta amplitude de possibilidades, foram selecionadas mulheres a serem avaliadas e escolhidas algumas atitudes e ações de cuidado à saúde. São atitudes e práticas que refletem cuidados de atenção à saúde no cotidiano, muitas vezes simples ações que passariam despercebidas, mas quando avaliadas e associadas a outras medidas demonstram preocupação com a condição de saúde, como por exemplo, controle do peso corporal, aferição de pressão arterial, realização de atividade física, realização de exames para detecção de agravos à saúde, entre outras.

Portanto este estudo visou associar estas práticas de cuidado à saúde com a realização de exames preventivos de câncer de colo de útero, também conhecidos como colpocitologia ou Exame Papanicolaou, de forma a estabelecer a relação entre estas variáveis.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal com recrutamento domiciliar e coleta de dados em uma Unidade de Saúde da Família (USF), em um município de médio porte do Estado de Minas Gerais.

A amostra foi representada por mulheres de 20 a 59 anos que residiam na área de abrangência da Unidade. A escolha desta população ocorreu por este estudo ser parte integrante da pesquisa “Avaliação de estratégias para o rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres cobertas pela Estratégia de Saúde da Família no município de Juiz de Fora, Minas Gerais”, uma parceria do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade de São Paulo e o Núcleo de Assessoria e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora.

As mulheres participantes responderam um amplo questionário que abordava fatores sócio-demográficos, apoio social, auto-avaliação de estado de saúde, estilo de vida, morbidade, saúde da mulher e comportamento sexual, permitindo a seleção de variáveis que representassem os hábitos de cuidado à saúde.

Foi escolhida como variável dependente a não realização da citologia oncótica que compreende as mulheres que nunca realizaram o exame e aquelas que o fizeram a mais de três anos. A justificativa para seleção desta variável respalda-se na orientação do Ministério da Saúde que recomenda a periodicidade anual do exame e após dois resultados consecutivos negativos permite-se ampliar o intervalo para três anos. (BRASIL, 2011)

Como variáveis sócio-demográficas selecionaram-se: faixa etária, escolaridade, situação conjugal e trabalho regular.

As variáveis melhor representativas de hábitos e comportamentos de cuidado à saúde foram: idade da primeira relação sexual, auto-avaliação do estado de saúde, tempo da última aferição de peso, realização de exame clínico das mamas, consumo semanal de frutas, consumo de bebida alcoólica, prática regular de atividade física, tabagismo, tempo a última aferição de pressão arterial, uso de método anticoncepcional, uso de preservativo na primeira relação sexual, índice de massa corporal, procurar atendimento na USF no último ano e apoio social.

Os dados foram armazenados em um banco de dados no programa *Epi Info* (versão 6.04b) e posteriormente realizadas as análises univariada, bivariada e multivariada pelo programa *Stata 11.0*.

A análise multivariada foi realizada com as variáveis acima que apresentaram significância estatística, valor de $p < 0,20$. Optou-se por não incluir a variável exame clínico das mamas, devido a sua associação intrínseca ao desfecho em pauta, visto que por razões protocoladas pelo Ministério da Saúde estes dois exames são realizados simultaneamente.

Em seguida foram retiradas da análise, uma a uma, as variáveis que apresentaram valor de $p > 0,20$ pela ordem crescente de significância, até alcançar o modelo em que todas as variáveis tivessem o valor de $p < 0,20$.

A fim de garantir as questões éticas a presente pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, conforme parecer número 0026.1.259.180-09.

Resultados

Foram entrevistadas 776 mulheres, sendo a maioria (29,77%) na faixa etária de 30 a 39 anos, com média de idade de 37,8 anos, desvio padrão 10,8. O nível de escolaridade mais frequente situou-se entre ensino elementar completo e fundamental incompleto (32,9%). Em relação a situação conjugal, 64,95% identificaram-se como casadas ou que vivem com o companheiro e 58,25% referiram trabalhar atualmente. A maioria (76,28%) relatou estar com o exame preventivo de câncer do colo de útero dentro dos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde e 23,72% das mulheres (n=184) informaram estar com o exame de rastreamento em atraso. Tabela 1

VARIÁVEL	N	%
Idade		
20 a 29 anos	208	26,80
30 a 39anos	231	29,77
40 a 49 anos	197	25,39
50 a 59 anos	140	18,04
Escolaridade		
Analfabeto/Menos de um ano de instrução	14	1,80
Elementar Incompleto	82	10,57
Elementar Completo e Fundamental Incompleto	256	32,99
Fundamental Completo e Ensino Médio Incompleto	187	24,10
Ensino Médio Completo e Superior Incompleto	214	27,58
Superior Completo ou mais	13	1,68
Sem informação	10	1,29
Situação conjugal		
Nunca foi casado (a)	133	17,14
Casado (a) ou vive com companheiro (a)	504	64,95
Separado (a) ou divorciado (a)	109	14,05
Viúvo (a)	30	3,87
Trabalho		
Trabalha atualmente (inclui estágio remunerado).	453	58,38
Trabalha, mas não está em atividade atualmente.	68	8,76
Já trabalhou, mas não trabalha mais.	215	27,71
Nunca trabalhou em atividade	40	5,15

diferente aos afazeres
doméstico

Realização de exame preventivo

Menos de 1 ano atrás	146	18,81
De 1 ano a menos de 2 anos	309	39,82
De 2 anos a menos de 3 anos	137	17,65
3 anos ou mais atrás	151	19,46
Nunca fez	33	4,25

* Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis.

Mulheres com exame preventivo de câncer de colo de útero em atraso, a fim de estabelecer as significâncias estatísticas e associação das variáveis independentes, procedeu-se a análise bivariada cujos resultados são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Não realização do exame preventivo de Papanicolaou segundo variáveis independentes em mulheres de área de abrangência da ESF, Juiz de Fora, MG.

	Total	Não realizou		RP Brutas	(IC- 95%)	p
		N	%			
Faixa etária						
20 a 29	208	50	24,04	1		
30 a 39	231	57	24,68	1,02	0,70 – 1,50	0,89
40 a 49	197	40	20,30	0,84	0,55 – 1,28	0,42
50 a 59	140	37	26,43	1,09	0,71 – 1,68	0,66
Escolaridade						
Até elementar incompleto	96	32	33,33	1		
Elementar completo e mais	670	152	22,69	0,68	0,46 – 0,99	0,04
Situação conjugal						
Solteira e outros	272	62	22,79	1		
Casada	504	122	24,21	1,06	0,78 – 1,44	0,70
Trabalho						
Não trabalha/nunca trabalhou	323	77	23,84	1		
Trabalha atual	452	106	23,45	0,98	0,73 – 1,31	0,91
Idade primeira relação sexual						
≤19 anos	587	132	22,49	1		
≥20 anos	172	46	26,74	1,18	0,85 – 1,66	0,31
Auto avaliação saúde						
Regular/ruim/muito ruim	339	80	23,60	1		
Muito boa/boa	437	104	23,80	1,00	0,75 – 1,34	0,95
Tempo da última aferição de peso						
6 meses ou mais	260	73	28,08	1		

Entre 1 mês menos 6 meses	260	52	20,00	0,71	0,49 – 1,01	0,06
Menos 1 mês	254	58	22,83	0,81	0,57 – 1,14	0,24
Exame das mamas						
Em atraso	211	171	81,04	1		
Em dia	559	9	1,61	0,01	0,01 – 0,03	0,00
Consumo semanal de frutas						
Nunca, menos de 5 vezes semana	472	118	25,00	1		
5 ou mais vezes na semana	304	66	21,71	0,86	0,64 – 1,17	0,35
Consumo de álcool						
Não	485	101	20,82	1		
Sim	291	83	28,52	1,36	1,02 – 1,83	0,03
Prática regular de atividade física						
Não	600	155	25,83	1		
Sim	176	29	16,48	0,63	0,42 – 0,94	0,02
Tabagismo						
Não	625	137	21,92	1		
Sim	150	47	31,33	1,42	1,02 – 1,99	0,03
Tempo da última aferição de PA						
3anos ou mais ou nunca	22	9	40,91	1		
Entre 6 meses menos de 3 anos	243	62	25,51	0,62	0,30 – 1,25	0,18
Menos 6 meses	508	113	22,24	0,54	0,27 – 1,07	0,07
Método anticoncepcional						
Não	236	63	26,69	1		
Sim	540	121	22,41	0,83	0,61 – 1,13	0,26
Preservativo na primeira relação						
Não	506	120	23,72	1		
Sim	261	61	23,37	0,98	0,72 – 1,34	0,92
IMC						
≤ 24,9 baixo peso + eutrófico**	296	67	22,64	1		
≥25,0 excesso de peso	470	113	24,04	1,06	0,78 – 1,43	0,69
Procurou atendimento na UAPS nos últimos 12 meses						
Não	246	76	30,89	1		
Sim	529	108	20,42	0,66	0,49 – 0,88	0,00
Apoio social						
Nenhum	100	31	31,00	1		
1 ou mais	674	152	22,55	0,72	0,49 – 1,07	0,10

* Diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis.

** Esta classificação deveu-se a poucas mulheres na condição baixo peso.

Pode-se observar que um maior nível de escolaridade, realizar exame clínico das mamas, praticar atividade física regular e procurar atendimento na USF diminuíram a probabilidade da não realização do exame de Papanicolaou, enquanto que, consumir bebidas alcoólicas e fumar aumentaram este risco. Aferir o peso e a pressão arterial com frequência, assim como, possuir uma rede de apoio social apresentaram valor $p < 0,20$.

Com a seleção destas variáveis realizou-se a análise multivariada conforme descrito na tabela 3.

Tabela 3 – Análise multivariada: Distribuição das Razões de prevalência, intervalos de confiança e valor p segundo as variáveis selecionadas.

Variável	RP Brutas	(IC- 95%)	p	RP Ajus	(IC – 95%)	p
Escolaridade						
Até elementar incompleto	1			1		
Elementar completo e mais	0,68	0,46 – 0,99	0,04	0,66	0,45 – 0,97	0,03
Consumo de álcool						
Não	1			1		
Sim	1,36	1,02 – 1,83	0,03	1,41	1,05 – 1,90	0,02
Prática regular de atividade física						
Não	1			1		
Sim	0,63	0,42 – 0,94	0,02	0,65	0,44 – 0,98	0,04
Procurou atendimento na UAPS nos últimos 12 meses						
Não	1			1		
Sim	0,66	0,49 – 0,88	0,00	0,66	0,49 – 0,88	0,00
Apoio social						
Nenhum	1			1		
1 ou mais	0,72	0,49 – 1,07	0,10	0,73	0,49 – 1,08	0,11

Confirmou-se a associação protetora para a não realização do exame de Papanicolaou do maior nível de escolaridade, da prática regular de atividade física e da procura de atendimento na Unidade de Saúde e ter apoio social, enquanto que o consumo de bebida alcoólica manteve-se como fator de risco.

Discussão

O cuidado em saúde é uma variável subjetiva e por isso para ser examinado, precisa de indicadores que consigam traduzir sua realização, transformando-o em dados objetivos, necessitando então, de formas de avaliação que permitam aferi-lo e analisa-lo com segurança, mas ao mesmo tempo garantindo a fidedignidade das informações e que estas descrevam em forma de dados concretos a subjetividade das condições de saúde.

Avaliar o cuidado à saúde que cada um tem consigo mesmo é uma tarefa difícil, pois se trata de examinar as atitudes diárias realizadas muitas vezes por rotina, sem nenhuma intencionalidade direta de promover a saúde. Assim, foi necessário identificar algumas destas atitudes e associa-las com a ação preventiva de realizar o exame de rastreamento de câncer de colo de útero com o objetivo de mostrar suas relações.

O nível de escolaridade, por exemplo, não é uma ação que está intencionalmente relacionada à promoção da saúde, mas assim como em outros estudos (AMORIM, et.al. 2006; ALBUQUERQUE, et.al. 2009; GASPERIN, et.al. 2011; GONÇALVES, et.al. 2011; MARTINS, et.al. 2009; OZAWA, et.al. 2011) constatou que o maior nível de escolaridade propiciou uma diminuição no risco da não realização da colpocitologia.

Outras ações de cuidado à saúde que envolvem atitudes associadas a prevenção e promoção, como realizar atividade física regularmente, mostram uma preocupação da mulher em propiciar uma melhor qualidade de vida, diminuindo a possibilidade do aparecimento de agravos à saúde. Intervenções antecipadas permitem curar ou estacionar o processo evolutivo da doença evitando complicações maiores (LEAVEEL e CLARK, 1976) que exigirão medidas mais complexas alterando o cotidiano e padrão de vida do indivíduo.

Práticas sabidamente prejudiciais à saúde, como o consumo de bebida alcoólica, também foi relacionada à baixa adesão ao exame preventivo, representando um risco maior para o desenvolvimento de câncer.

Procurar a USF para atendimento no último ano representou uma possibilidade de 34% a mais para realização do exame Papanicolaou. Como em outros estudos (MULLER, et. al. 2008; NOVAES, et.al. 2006; GONÇALVES, et.al. 2011; DIAS-DA-COSTA, et.al 2003), fica evidente a capacidade da Unidade em promover a mudança de comportamento, fornecendo informações que auxiliam na decisão e adesão à medidas de cuidado á saúde.

Possuir pessoas que apoiem ou colaborem nas decisões, apresentou-se como relevante para realização do exame preventivo, assim como no estudo de Silva, et.al. (2009).

Considerações finais

Este estudo mostrou que mulheres que possuem rotineiramente inseridas na sua vida cotidiana atitudes e hábitos de cuidado à saúde, têm maiores probabilidades de realizar o exame preventivo de câncer do colo do útero.

Representando ações positivas de cuidado à saúde foram relevantes o fato da mulher possuir um maior nível de escolaridade, praticar regularmente atividade física, procurar atendimento na Unidade de Saúde no último ano e ter apoio social. Como ações prejudiciais à saúde o consumo de bebida alcoólica surgiu como um fator que também prejudica a realização do exame preventivo.

A partir da coleta de dados destas mulheres foi possível traçar um perfil de hábitos e comportamentos de cuidado que influenciam diretamente na realização de práticas de promoção e prevenção da saúde.

O estudo da adesão das mulheres ao exame preventivo de câncer de colo de útero é de fundamental relevância para elaboração de estratégias de ação que incidam sobre as taxas de morbimortalidade. Mas é preciso ampliar a visão de análise para além das razões diretamente relacionadas ao exame, a fim de fortalecer comportamentos positivos e agir sobre aqueles que são prejudiciais à saúde.

Referências

ALBUQUERQUE, Kamila Matos de; FRIAS, Paulo Germano; Andrade, Carla Lourenço Tavares; Aquino, Estela ML; Menezes, Greice. **Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil.** Cad. Saúde Pública [online]. 2009, vol.25, suppl.2, pp. s301-s309. ISSN 0102-311X.

AMORIM, Vivian Mae Schmidt Lima; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; CÉSAR, Chester Luiz Galvão; CARANDINA, Luana; GOLDBAUM, Moíses. **Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2329-2338, nov, 2006.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar. Ética do humano - compaixão pela terra.** 16. ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro, RJ. 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, DF, 1986.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares; OLINTO, Maria Teresa Anselmo; GIGANTE, Denise Petrucci; MENEZES, Ana Maria Baptista; MACEDO, Silvia; BORBA, Andresa Thier de; MOTTA, Gledis Lisiane Silveira da; FUCHS, Sandra Costa. **Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.** Cad. Saúde Pública [online]. 2003, vol.19, n.1, pp. 191-197. ISSN 0102-311X.

GASPERIN, Simone Iara; BOING, Antonio Fernando e KUPEK, Emil. **Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional.** Cad. Saúde Pública [online]. 2011, vol.27, n.7, pp. 1312-1322. ISSN 0102-311X.

GONCALVES, Carla Vitola; SASSI, Raul Mendoza; NETTO, Isabel Oliveira; CASTRO, Natalia Bolbadihla de; BORTOLOMEDI, Ana Paula. **Cobertura do citopatológico do colo uterino em Unidades Básicas de Saúde da Família.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2011, vol.33, n.9, pp. 258-263. ISSN 0100-7203.

LEAVELL, Hugh Rodman; CLARK, Edwin Gurney. **Medicina Preventiva.** Tradutores: Maria Cecília Ferro Donnangelo, Moisés Goldbaum e Uraci Simões Ramos. Ver técnico: Lucio de Vascelos Costa. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, Rio de Janeiro, 1976. p.21.

MULLER, Deise Karine; DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares; LUZ, Anna Maria Hecker; OLINTO, Maria Teresa Anselmo. **Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(11):2511-2520, nov, 2008.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; BRAGA, Patricia Emilia; SCHOUT, Denise. **Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4):1023-1035, 2006.

OZAWA, Carolina; MARCOPITO, Luiz Francisco. **Teste de Papanicolaou: cobertura em dois inquéritos domiciliários realizados no município de São Paulo em 1987 e em 2001-2002.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2011, vol.33, n.5, pp. 238-245. ISSN 0100-7203.

SILVA, Isis Teixeira; GRIEP, Rosane Harter; ROTENBERG, Lúcia. **Apoio social e rastreamento de câncer uterino e de mama entre trabalhadoras de enfermagem.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2009, vol.17, n.4, pp. 514-521. ISSN 0104-1169.

STATA Corporation, College Station, Estados Unidos. versão 11.0

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO ESTUDO

O câncer de colo de útero é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, com altas taxas de mortalidade e incidência. Apesar de muitos esforços de gestores e profissionais, ainda é grande o número de mulheres que estão sujeitas a esta morbidade devido à exposição a fatores de risco e a não realização do exame de detecção precoce.

Como um agravado passível de prevenção, através da realização periódica da colpocitologia que pode detectar precocemente as lesões precursoras melhorando o prognóstico e conseqüentemente a sobrevivência das mulheres, é fundamental o investimento em ações que promovam a adesão a este procedimento.

São muitas as razões que as mulheres apresentam para a não realização do exame e o estudo de cada uma delas com enfoques diferenciados, auxilia na elaboração de medidas de intervenção que visem vencer estes obstáculos e promover a adesão a colpocitologia.

Este estudo permitiu a identificação na população de fatores associados a não realização do exame preventivo de câncer de colo do útero. Para isso foram utilizadas variáveis consideradas relevantes que poderiam influenciar na decisão da mulher.

A prevalência da realização do exame na área estudada é de 76% e mostrou que um maior nível de escolaridade, praticar atividade física, procurar atendimento na Unidade de Saúde, ter apoio social, estão associados à realização da colpocitologia. Enquanto o consumo de bebida alcoólica apresentou-se como fator de risco.

Confirmou-se que a realização do Programa de Rastreamento Organizado contribui para o alcance das metas pactuadas, organiza as informações, estrutura o serviço e, além disso, estreita e aprimora os vínculos entre o serviço de saúde e a comunidade.

Ratificou que as mulheres que possuem no seu cotidiano hábitos e comportamentos de proteção, prevenção e promoção à saúde tem mais possibilidade de realizar o exame preventivo de câncer de colo do útero, mostrando a necessidade investir na educação em saúde, incentivando ações de promoção e intervindo nos hábitos prejudiciais.

A replicação deste estudo em outras comunidades, considerando as características específicas de cada região é de grande valia, visto que, foi possível conhecer melhor a realidade, elaborando estratégias de ação específicas e direcionadas, o que elevou os índices e possibilitou atingir as metas pactuadas.

Com a adoção de políticas públicas eficazes e a adesão das mulheres ao exame de rastreamento é possível diminuir as taxas de morbimortalidade por câncer do colo do útero. Desta forma, estudos que possam aprofundar as razões da não realização dos exames

Papanicolaou pelas mulheres são necessários para dar sustentabilidades as ações e políticas de saúde.

8. REFERÊNCIAS DO ESTUDO

AMORIM, Vivian Mae Schmidt Lima; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; CÉSAR, Chester Luiz Galvão; CARANDINA, Luana; GOLDBAUM, Moíses. **Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2329-2338, nov, 2006.

ARTEAGA, Tatiana Cunha e Silva. **Perfis da população que realiza ou não exame preventivo de câncer de colo uterino: comparação entre os estados do Rio de Janeiro e da Bahia.** Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu- MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

AUGUSTO, Everton F ; ROSA, Maria L G; CAVALCANTI, Silvia M B; OLIVEIRA, Ledy H S. **Barriers to cervical cancer screening in women attending the Family Medical Program in Niteroi, Rio de Janeiro.** Archives of Gynecology and Obstetrics, 2012, Vol.287(1), pp.53-58.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. DAB. Disponível em:< <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>> Acessado em 2012 e 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. Disponível em : < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>> Acessado em 2012 e 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. CNES. Disponível em:< <http://cnes.datasus.gov.br/>> Acessado em 2012 e 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 132 p.: il.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Informativo quadrimestral Vigilância do Câncer.** n.3 maio a novembro de 2012 Rio de Janeiro, RJ. 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero.** Rio de Janeiro, RJ. 2012c.

_____- Ministério da Saúde Instituto Nacional do Câncer. Ações e programas no Brasil. Painel de indicadores do câncer de colo de útero. Nota técnica. Disponível em:< http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/indicadores/p1_razao_entre_exames_citopatologicos_e_mulheres_da_populacao> Acesso em: 12 de maio 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro, RJ. 2011. p.32.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Atlas de mortalidade por câncer. Disponível em< <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>> Acesso em 06 jan 2012.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/colo_uterio/definicao> Acesso em 27 dez 2012

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços de saúde e fatores de risco e proteção á saúde. Rio de Janeiro. 2010. 245 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres de colo de útero e mama**. Cad. de Atenção Básica n. 13. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres de colo de útero e mama**. Cad. de Atenção Básica n. 13. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1986.

BRENNNA, Sylvia Michelina Fernandes; HARDY, Ellen; ZEFERINO, Luiz Carlos; NAMURA, Iara. **Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4):909-914, jul-ago, 2001.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar. Ética do humano - compaixão pela terra**. 16. ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 1999.

CÉSAR, Juraci.A; HORTA, Bernardo.L.; GOMES, Gildo. HOULTHAUSEN Ricardo.S.; WILLRICH Roselaine.M.; KAERCHER Alessandra; IASTRENSKI Francisco. M. **Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo sul do Brasil**. Caderno de Saúde Pública. v. 19, n. 5. p. 365-1372, 2003.

DIÓGENES, Maria Albertina Rocha; JORGE, Roberta Jeane Bezerra; SAMPAIO, Luis Rafael Leite; MENDONÇA, Francisco Antonio da Cruz; SAMPAIO, Lucijane Leite. **Barreiras a realização periódica do Papanicolaou: Estudo com mulheres de uma cidade do nordeste do Brasil**. Rev. APS; 2011; jan/mar; 14(1); 12-18.

ESPMG. Escola de Saúde pública de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária**. Belo Horizonte, MG. 2008

FERREIRA, Maria de Lourdes Silva Marques. **Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres**. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 abr-jun; 13 (2): 378-8

GAMARRA Carmem Justina, VALENTE Joaquim Gonçalves; SILVA, Gulnar Azevedo e. **Magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero na Região Nordeste do Brasil e fatores socioeconômicos**. Rev Panam Salud Publica. 2010b;28(2):100-6.

_____, Carmen Justina; VALENTE, Joaquim Gonçalves e SILVA, Gulnar Azevedo e. **Correção da magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil, 1996-2005**. Rev. Saúde Pública [online]. 2010, vol.44, n.4, pp. 629-638. ISSN 0034-8910

GAMARRA, Carmem Justina; PAZ, Elisabete Pimenta Araújo; GRIEP, Rosane Harter. **Conhecimentos, atitudes e práticas do exa-me Papanicolaou entre mulheres argentinas**. Revista de Saúde Pública. v. 39, n. 2, p. 270-276, 2005

GONCALVES, Carla Vitola; SASSI, Raul Mendoza; NETTO, Isabel Oliveira; CASTRO, Natalia Bolbadilha de; BORTOLOMEDI, Ana Paula. **Cobertura do citopatológico do colo uterino em Unidades Básicas de Saúde da Família**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2011, vol.33, n.9, pp. 258-263. ISSN 0100-7203.

LEAVELL, Hugh Rodman; CLARK, Edwin Gurney. **Medicina Preventiva**. Tradutores: Maria Cecília Ferro Donnangelo, Moisés Goldbaum e Uraci Simões Ramos. Ver técnico: Lucio de Vascelos Costa. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, Rio de Janeiro, 1976. p.21.

MARKOWITZ Lauri E, Unger Elizabeth R, Saraiya Mona. **Primary and secondary prevention of cervical cancer-opportunities and challenges**. J Natl Cancer Inst. 2009 Apr; 7(101):439-40.

MARTINS, Luís Felipe Leite; VALENTE, Joaquim Gonçalves e THULER, Luiz Claudio Santos. **Factors related to inadequate cervical cancer screening in two Brazilian state capitals**. Rev. Saúde Pública [online]. 2009, vol.43, n.2, pp. 318-325. ISSN 0034-8910.

MEDRONHO, R. A. et al. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MINAS GERAIS. Programa Viva Mulher. Disponível em: <http://www.vivamulher.com.br>
Acesso em 29 dez 2012.

MULLER, Deise Karine; DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares; LUZ, Anna Maria Hecker; OLINTO, Maria Teresa Anselmo. **Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(11):2511-2520, nov, 2008.

OLIVEIRA, Márcia Maria Hiluy Nicolau de; SILVA, Antonio Augusto Moura da; BRITO, Luciane Maria Oliveira; COIMBRA, Liberata Campos. **Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão**. Rev Bras Epidemiol 2006; 9(3): 325-34.

OLIVEIRA, Michele Mandagará de; PINTO, Ivone Carvalho. **Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 7 (1): 31-38, jan. / mar., 2007.

PAPANICOLAOU, N. G. **A new procedure for staining vaginal smears**. Science Vol. 95: 2 Jan 1942: 438-439. Disponível em: <<http://www.sciencemag.org/content/95/2469> .toc>
Acesso em: 29 dez. 2011.

PINHO, A.A.; FRANÇA JUNIOR, I.; SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. **Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no município de São Paulo.** Caderno de Saúde Pública. v.19, n. 2, p. S313-S313, 2003b.

PINHO, Adriane .Araújo; FRANÇA JUNIOR, Ivan. **Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papa-nicolaou.** Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil. v. 3, n. 1, p. 95-112, 2003.

RODRIGUES, Anselmo Duarte; TEIXEIRA, Maria Teresa Bustamante . **Mortalidade por câncer de mama e câncer de colo do útero em município de porte médio da Região Sudeste do Brasil, 1980-2006.** Cad. Saúde Pública [online]. 2011, vol.27, n.2, pp. 241-248. ISSN 0102-311X.

SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce Bartholow; SILVA, Gulnar Azevedo e; MENEZES, Ana Maria; MONTEIRO, Carlos Augusto; BARRETO, Sandhi Maria; CHOR, Dora; MENEZES, Paulo Rossi. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais.** The Lancet. Saúde no Brasil p.61-74. Maio de 2011.

SILVA, Gulnar Azevedo e; GAMARRA, Carmem Justina; GIRIANELLI, Vânia Reis; VALENTE, Joaquim Gonçalves. **Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006.** Rev Saúde Pública 2011;45(6):1009-18

SILVA, Gulnar Azevedo e; GIRIANELLI, Vânia Reis; GAMARRA, Carmem Justina; TEIXEIRA, Maria Teresa Bustamante. **Cervical cancer mortality trends in Brazil,1981-2006.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26 (12):2399-2407, dez, 2010.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Consolidado 2010, 2011 e 2012.

STATA Corporation, College Station, Estados Unidos. versão 11.0

TRAVASSOS, Cláudia; OLIVEIRA, Evangelina X. G.; VIACAVA, Francisco. **Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2006, vol.11, n.4, pp. 975-986. ISSN 1413-8123.

9. ANEXOS



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Instituto de Medicina Social
Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Bloco D - Maracanã
CEP: 20550-900 - Rio de Janeiro - BRASIL
TEL: 55-021-2334-0504 ramal 108
FAX: 55-021-2334-2152

IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

DECLARAÇÃO

Declaramos que o protocolo do projeto de pesquisa "Avaliação de estratégias para o rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres cobertas pela ESF no município de Juiz de Fora, Minas Gerais" (CAAE – 0026.1.259.180-09), coordenado por Gulnar Azevedo e Silva Mendonça, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ, em reunião realizada no dia 08/12/2009.

Rio de Janeiro, 09 de dezembro de 2009

MARIA HELENA COSTA-COUTO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Medicina Social