

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LUCIANE RIBEIRO

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME
CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO NA ZONA NORTE DO MUNICÍPIO DE
JUIZ DE FORA**

JUIZ DE FORA
2012

Luciane Ribeiro

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME
CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO NA ZONA NORTE DO MUNICÍPIO DE
JUIZ DE FORA**

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

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Rocha Bastos

Juiz de Fora

2012

Ribeiro, Luciane.

Prevalência e fatores associados a não realização do exame citopatológico do colo do útero na Zona Norte do Município de Juiz de Fora /
Luciane Ribeiro - 2012.
125 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

1. Neoplasias do colo do útero. 2. Esfregaço vaginal. 3. Saúde da Mulher. 4. Inquérito epidemiológico. 5. Análise multivariada . I. Título.

LUCIANE RIBEIRO

“Prevalência e Fatores Associados a não Realização do Exame Citopatológico do Colo do Útero na Zona Norte do Município de Juiz de Fora”.

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

Aprovado em 22/03/2012



Ronaldo Rocha Bastos - UFJF



Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva – ENSP-FIOCRUZ



Maria Tereza Bustamante Teixeira - UFJF

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida e por me permitir fazer novas conquistas. Concluir essa etapa foi um grande privilégio.

Ao meu orientador Prof.Dr. Ronaldo Rocha Bastos por me guiar nessa caminhada, pelo profissionalismo, pelos ensinamentos e pela convivência agradável que me proporcionou um enorme crescimento acadêmico. Obrigada por entender minhas dificuldades e ajudar a superá-las.

Aos professores docentes do Mestrado em Saúde Coletiva que contribuíram significativamente para minha formação.

Ao Rodolfo, companheiro em todos os momentos e à minha família pelo incentivo e apoio.

Ao diretor clínico do Hospital Ascomcer, Dr. João Paulo Vieira, e à Gerente de Enfermagem, Enf^a. Adriana Moreira de Carvalho Barcelos, pela confiança e por permitirem as trocas de horário para que as exigências do curso fossem cumpridas.

Aos enfermeiros do Hospital Ascomcer (Adriene, Cheila, Fábio, Mariana, Maria Paula e Rachel) pelas inúmeras trocas de plantão, pela amizade e convivência diária.

Às amigas Elisa, Érica, Deíse, Flávia e Charlene pela motivação nos momentos difíceis, pelas leituras e sugestões.

Aos professores Maria Teresa Bustamante Teixeira e Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva pela participação na banca de defesa e pelas sugestões valiosas que aprimoraram este estudo.

RESUMO

Dentre os diversos tipos de neoplasias, o câncer do colo do útero é considerado um problema de saúde pública no Brasil por apresentar elevada incidência e ser responsável pelo óbito de uma parcela significativa de mulheres. Por ter uma história natural conhecida, conta com um exame capaz de detectá-lo em fase inicial quando há possibilidade de cura. No entanto observa-se que ao longo do tempo, a incidência por esse tipo de neoplasia permanece elevada e o diagnóstico muitas vezes é feito em estádios avançados, suscitando questionamentos quanto às ações de prevenção do câncer do colo do útero. A partir dessa realidade, este estudo teve o objetivo de estimar a prevalência de não realização do exame citopatológico do colo do útero na Zona Norte do Município de Juiz de Fora/MG e identificar possíveis fatores associados a esta não realização e à situação de estar com o exame em atraso (último exame realizado há mais de três anos). Para tanto, optou-se por um estudo de corte transversal por meio de um inquérito domiciliar. Como instrumento de coleta dos dados foi utilizado um questionário padronizado buscando obter informações referentes ao domicílio e à mulher. A amostra foi calculada através de amostragem complexa com estratificação geográfica e conglomeração, perfazendo um total de 308 mulheres com filhos menores de 2 anos. Foram escolhidos dois desfechos: “não realização do exame citopatológico” e “exame em atraso”. A análise estatística foi realizada utilizando o pacote estatístico SPSS versão 15.0 que possibilitou a utilização de um banco de dados ponderado que considerou o peso de cada unidade amostral em amostra complexa. Inicialmente realizou-se uma análise bivariada através da aplicação do teste do Qui-quadrado para medir a associação das variáveis independentes com os desfechos. Para análise multivariada optou-se pelo modelo de regressão logística buscando medir a associação de cada variável independente com os desfechos, controlada pelas demais variáveis independentes. Ao final do estudo encontrou-se uma prevalência de não realização do exame citopatológico de 21,3% (IC_{95%}: 17,0-26,4). A variável que mostrou associação significativa com o desfecho não realização do exame, no modelo de regressão logística, foi a escolaridade da mulher (OR:0,413; IC_{95%}: 0,223-0,766). Já para o desfecho exame em atraso, as variáveis que se apresentaram estatisticamente significativas no modelo final foram: estado civil (OR: 0,152; IC_{95%}: 0,027-0,845), realização de exame ginecológico no pré-natal (OR 0,341; IC_{95%}: 0,185-0,629) e número de consultas de pré-natal (OR 0,092; IC_{95%}: 0,034-0,252). Verificou-se que a prevalência de realização do exame citopatológico encontrada está ligeiramente abaixo do indicado pela Organização Mundial de Saúde e que esta variou conforme algumas características das mulheres apontadas neste estudo. Além disso, merece atenção especial o achado de que a realização do acompanhamento pré-natal não foi determinante para garantir a realização do exame citopatológico segundo periodicidade recomendada.

Palavras-chave: Neoplasias do colo do útero. Esfregaço vaginal. Saúde da Mulher. Inquéritos Epidemiológicos. Análise multivariada.

ABSTRACT

Among the various types of neoplasias, cervix cancer is considered a public health problem in Brazil having high incidence and it is responsible for the death of a significant number of women yearly. Since the disease natural evolution is well known and its testing at early stages available (when there is chance of cure), it has been observed that over time the incidence of this type of cancer remains high and its diagnosis often made at advanced stages, raising concerns then as to how effective the actions of prevention are. Based on this fact, this study aimed to estimate the prevalence of non-performance of such tests in the population north of the city of Juiz de Fora / MG and identify possible factors associated with such non-performance and the situation of not being up-to-date with Pap smear test (more than three years overdue). As such, we opted to carry out a cross-sectional study through a household survey. The data collection instrument used was a standardized questionnaire seeking information focusing on the household and the woman. The sample was calculated with complex geographical stratification and clustering totaling 308 women with children under two years. Two outcomes have been chosen: "no Pap smear testing" and "test taken on delay." The bivariate statistical analysis was performed by applying the chi-square statistic to measure the association between independent variables and the outcomes. For multivariate analysis logistic regression was adopted, seeking to measure the association of each independent variable with outcomes controlled by other independent variables. At the end of the study it has been found a prevalence of non-performance of such tests of 21.3% (IC_{95%}: 17.0-26.4). The variable that showed significant association with the outcome not undergoing the test in the logistic regression model was the education of women (OR:0,413; IC_{95%}: 0,223-0,766). As to the outcome review in arrears, the variables that were statistically significant in the final model were: marital status (OR: 0,152; IC_{95%}: 0,027-0,845), performing pelvic examination during prenatal care (OR 0,341; IC_{95%}: 0,185-0,629) and number of prenatal visits (OR 0,092; IC_{95%}: 0,034-0,252). It has been concluded that the prevalence of non-Pap smear testing in the above population is slightly below than that indicated by the World Health Organization and also that this varied according to some characteristics of women evaluated in this study. Also special attention is the finding that the realization of prenatal care was not crucial to attaining the second Pap smear frequency recommended.

Keywords: Uterine cervical neoplasms. Vaginal smears. Women's Health. Health surveys. Multivariate analysis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das características das mulheres estudadas na Zona Norte do Município de Juiz de Fora, MG, 2010	59
Tabela 2 – Características dos domicílios e perfil dos chefes das famílias das mulheres residentes na Zona Norte do município de Juiz de Fora, MG, 2010.....	61
Tabela 3 – Prevalência, periodicidade de realização do último exame citopatológico do colo do útero, local de realização e tipo de serviço em mulheres da Zona Norte do município de Juiz de Fora, MG, 2010.....	62
Tabela 4 – Características demográficas e socioeconômicas das mulheres que já realizaram o exame citopatológico do colo do útero alguma vez na vida, comparadas com as que nunca fizeram o exame na Zona Norte do município de Juiz de Fora, MG, 2010	63
Tabela 5 – Motivos relatados para não realização do exame citopatológico do colo do útero pelas mulheres da Zona Norte do município de Juiz de Fora, MG, 2010.....	64
Tabela 6 – Distribuição das características sociodemográficas das mulheres que se encontram com exame citopatológico em atraso na Zona Norte do município de Juiz de Fora, MG, 2010	65
Tabela 7 – Características relacionadas à utilização dos serviços de saúde para realização do pré-natal pelas mulheres da Zona Norte de Juiz de Fora, MG, 2010	66
Tabela 8 – Análise bivariada da não realização do exame citopatológico do colo do útero segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e relacionadas aos serviços de saúde nas mulheres da Zona Norte do município de Juiz de Fora, MG, 2010.....	67
Tabela 9 – Análise bivariada do desfecho exame citopatológico do colo do útero em atraso segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e relacionadas aos serviços de saúde para realização do pré-natal nas mulheres da Zona Norte do município de Juiz de Fora, MG, 2010	69
Tabela 10 – Análises multivariadas do desfecho não realização do exame citopatológico do colo do útero com as variáveis independentes de maior poder de associação na análise bivariada, utilizando o modelo de regressão logística com as variáveis inseridas em três blocos (demográficas, socioeconômicas e relacionadas aos serviços de saúde para pré-natal)	72

Tabela 11 – Análises multivariadas do desfecho exame citopatológico em atraso com as variáveis independentes de maior poder de associação na análise bivariada, utilizando o modelo de regressão logística, com as variáveis inseridas em três blocos (demográficas, socioeconômicas e relacionadas aos serviços de saúde para pré-natal)	73
--	----

LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa
ACS	American Cancer Society
CAF	Cirurgia de Alta Frequência
CE	Estado do Ceará
DNA	Deoxyribonucleic acid (Ácido desoxirribonucleico)
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HPV	Human Papiloma Virus (Papilomavírus Humano)
IARC	International Agency for Research on Cancer
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
JEC	junção escamo-colunar
MA	Estado do Maranhão
MG	Estado de Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NATES	Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudo em Saúde
NICs	Neoplasias Intraepiteliais cervicais
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios
PNCCCU	Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero
RS	Estado do Rio Grande do Sul
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: DEFINIÇÃO, EPIDEMIOLOGIA E FATORES ASSOCIADOS AO SEU DESENVOLVIMENTO	17
2.2 POLÍTICAS E AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL.....	23
2.3 RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	29
2.4 PREVALÊNCIA DE REALIZAÇÃO DO EXAME CITOPATOLÓGICO NO BRASIL E FATORES ASSOCIADOS A SUA NÃO REALIZAÇÃO	39
3 HIPÓTESES DO ESTUDO	47
4 OBJETIVOS	48
4.1 OBJETIVO GERAL.....	48
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	48
5 METODOLOGIA	49
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	49
5.2 SELEÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO	50
5.2.1 Critérios de inclusão	51
5.2.2 Critérios de exclusão	51
5.2.3 Seleção da amostra e cálculo amostral	51
5.3 VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	53
5.3.1 Variáveis dependentes	53
5.3.2 Variáveis independentes	53
5.4 PROCEDIMENTO PARA COLETA DOS DADOS.....	55
5.4.1 Seleção dos participantes	55
5.4.2 Instrumento de coleta de dados	56
5.4.3 Treinamento da equipe	56
5.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	57
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	58
6 RESULTADOS	59
7 DISCUSSÃO	75
8 CONCLUSÕES	88

REFERÊNCIAS	90
APÊNDICES	100
ANEXOS	120

1 INTRODUÇÃO

Durante o século XX, o Brasil, assim como todo o cenário mundial, passou por profundas alterações em seu perfil epidemiológico e demográfico. Concomitante ao declínio das taxas de mortalidade por doenças infecciosas houve um aumento considerável da expectativa de vida da população e da proporção de mortes por doenças crônicas, destacando-se o câncer pelo elevado índice de incidência e mortalidade, da excessiva carga social da doença e do alto custo do tratamento (BOING, A. F.; VARGAS; BOING, A. C., 2007; GUERRA; GALO; MENDONÇA, 2005; THUN et al., 2010).

O termo câncer é utilizado genericamente para representar um conjunto de mais de 100 doenças, cada uma delas com suas próprias características biológicas, clínicas e epidemiológicas, incluindo as neoplasias ou tumores malignos de diferentes localizações. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 15 milhões de novos casos de câncer ocorrerão por ano no mundo e 60% deles serão registrados nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

A distribuição epidemiológica do câncer no Brasil sugere uma transição em andamento, envolvendo um aumento dos tipos de câncer associados ao alto status socioeconômico – câncer de mama, próstata e colón e reto – e, simultaneamente, a presença de taxas de incidência persistentemente elevadas de tumores geralmente associados com a pobreza – câncer do colo do útero, pênis, estômago e cavidade oral (BRASIL, 2012; GUERRA; GALO; MENDONÇA, 2005).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, desde o ano de 2003, essa patologia corresponde à segunda causa de morte, atrás somente das doenças do aparelho circulatório, superando o total de óbitos por causas externas. A estimativa no país para o ano de 2012, que também é válida para 2013, aponta para a ocorrência de 518.510 casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. Os tipos mais incidentes, com exceção do de pele não melanoma, serão os cânceres de próstata, pulmão, cólon e reto e estômago no sexo masculino e os cânceres de mama, do colo do útero, cólon e reto e glândula tireoide no sexo feminino,

acompanhando o mesmo perfil da magnitude observado para a América Latina (BRASIL, 2012).

Do total de casos novos estimados, são esperados 257.870 casos novos para o sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino. Confirma-se a estimativa de que o câncer de pele não melanoma (134 mil novos casos) será o mais incidente, seguido pelos tumores de próstata (60 mil), mama feminina (53 mil), cólon e reto (30 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (18 mil) (BRASIL, 2012).

Um estudo realizado no Brasil sobre mortalidade e morbidade hospitalar por neoplasias, a partir de dados obtidos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), entre 2002 a 2004, mostrou que ocorreram 405.415 óbitos por neoplasias no país neste período. A taxa de mortalidade por câncer no Brasil foi de 76,39 por 100 mil habitantes, sendo maior no gênero masculino (83,80 por 100 mil habitantes) em relação ao feminino (69,19 por 100 mil habitantes). Pouco mais de 50% desses óbitos aconteceram na região Sudeste e 20,96% na região Sul. As regiões Nordeste (17,16%), Centro-Oeste (5,88%) e Norte (3,86%) também apresentaram números expressivos. Dessa forma, as estimativas crescentes de incidência e mortalidade por neoplasias apontam para a necessidade de se intensificar pesquisas e ações para o controle desse agravo (BOING, A. F.; VARGAS; BOING, A. C., 2007).

As estatísticas oficiais demonstram que as neoplasias malignas contribuem fortemente para a mortalidade dos brasileiros. No entanto, essa magnitude pode ser maior se corrigida pela redistribuição proporcional de 50% dos óbitos mal definidos pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). A partir de uma correção, o acréscimo para todos os tipos de câncer chega a ser maior que 10% no início da década de 1980 e em torno de 5% em 2006, notadamente mais expressivo nos municípios fora das capitais (SILVA et al., 2011).

Com relação às diferentes localizações das neoplasias, o câncer do colo do útero vem se destacando ao longo do tempo como tema prioritário nas políticas voltadas à Saúde da Mulher, sendo considerado como um problema de saúde pública no Brasil. Essa importância pode ser atribuída ao fato dessa doença ser evitável e curável quando detectada precocemente através de um método de rastreamento. Apesar disso, se mantém com incidência elevada e é considerada como causa de morte em mulheres cada vez mais jovens e em idade produtiva do

ponto de vista social e econômico (ALBUQUERQUE et al., 2009; RIBEIRO, 2008; VALE et al., 2010).

As informações mais recentes sobre incidência e mortalidade permitem apontar que o câncer do colo do útero representa ainda um importante e permanente desafio para os gestores na área da saúde pública, especialmente nos países menos desenvolvidos, que concentram 83% dos casos e 86% dos óbitos do mundo. Essa realidade indica uma forte associação deste tipo de câncer com as condições de vida precária, com os baixos índices de desenvolvimento humano, com a ausência e fragilidade das estratégias de educação em saúde e com a dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde para o diagnóstico precoce e tratamento da doença (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011; DOWNS et al., 2008; GAMARRA; VALENTE; SILVA, 2010; NASCIMENTO; MONTEIRO, 2010; SANKARANARAYANAN; BUDUKH; RAJKUMAR, 2001; SOARES; SILVA, 2010; VALENTE et al., 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Segundo dados da literatura sobre causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde, o óbito por câncer do colo do útero é classificado como evitável pela prevenção primária em 30%, pela prevenção secundária em 50% e pela prevenção terciária em 20%. É importante destacar que as mortes por carcinoma cervical podem ser incluídas nas condições claramente usadas como indicadores da qualidade da assistência. Além disso, analisando as causas de mortes evitáveis em países em desenvolvimento como o Brasil, principalmente no período perinatal, observa-se relação com o acesso oportuno aos serviços de saúde. Nesse sentido, as desigualdades sociais como determinantes de diferenciais nesse acesso desempenham importante papel e devem receber atenção especial (MALTA; DUARTE, 2007).

Sabe-se que esse tipo de neoplasia apresenta uma história natural bem definida, iniciando a partir de alterações celulares que se não detectadas e tratadas podem evoluir para a doença invasora. Essas alterações bem como a doença em estágio inicial podem ser identificadas através do exame citopatológico do colo do útero, também conhecido como Papanicolaou, preventivo ou esfregaço cérvico-vaginal. Esse procedimento consiste na coleta de células do colo do útero por esfoliação e posterior análise microscópica, buscando identificar qualquer atipia celular presente no material coletado. Apesar de não estabelecer diagnóstico definitivo, conduz a propedêutica seguinte, sendo considerado um método de

rastreamento com razoável sensibilidade, seguro e de baixo custo (BRASIL, 2006; SANKARANARAYANAN et al., 2008; SOARES; SILVA, 2010).

O rastreamento do câncer do colo do útero, uma das prioridades dos programas voltados para a Saúde da Mulher com o objetivo de diagnóstico precoce pode ser definido como uma estratégia para identificar mulheres assintomáticas na população em geral que possam ter lesões precursoras da doença ou, quando isto não seja possível, detectá-la em estádios iniciais, para que o prognóstico, a sobrevida e a qualidade de vida sejam mais favoráveis. As mulheres identificadas como positivas ao rastreamento são submetidas então, à investigação diagnóstica para confirmar ou afastar a doença investigada. O objetivo principal do rastreamento, em longo prazo, é causar impacto no perfil epidemiológico diminuindo a morbimortalidade associada a essa doença (BRASIL, 2006; LORENZATO, 2008; OZAWA; MARCOPITO, 2011).

Informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003, divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2005, apontaram que nos últimos três anos anteriores à entrevista realizada, a cobertura do exame citopatológico do colo do útero foi de 68,7% em mulheres acima de 24 anos de idade, sendo que 20,8% das mulheres nessa faixa etária nunca tinham sido submetidas ao teste de Papanicolaou. Já na pesquisa divulgada em 2010, com informações referentes ao ano de 2008, a cobertura de realização do exame citopatológico no país em mulheres com idade entre 25 e 59 anos aumentou para 82,0% (BRASIL, 2004b; IBGE, 2010; VALENTE et al., 2010).

Outros estudos de base populacional realizados em municípios brasileiros com o objetivo de avaliar a cobertura do exame citopatológico do colo do útero apontam para um aumento progressivo na prevalência de realização desse tipo de exame. No entanto, não tem ocorrido uma redução significativa na taxa de incidência do câncer do colo do útero. Além disso, os resultados desses estudos revelam que grande parte das mulheres cobertas pelo exame apresenta um risco mais baixo para o desenvolvimento da doença, sendo que as mais vulneráveis ainda permanecem às margens de um rastreamento adequado. Essas mulheres, devido às condições de vida inerentes à sua classe econômica, são também as mais expostas aos fatores de riscos relacionados ao desenvolvimento da doença (AMORIM et al., 2006; ELUF NETO; NASCIMENTO, 2001; GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011; HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006; OLIVEIRA et al., 2006; PINHO et al., 2003).

Nota-se ainda que uma pequena parcela da população feminina do país consegue ser adequadamente rastreada, usualmente em clínicas privadas e em alguns centros urbanos, beneficiando geralmente as de mais baixo risco para a doença. Como resultado, a maioria dos casos é diagnosticada em fase mais avançada, com custos terapêuticos elevados e menor possibilidade de cura, gerando repercussões socioeconômicas e psicológicas importantes (CORDEIRO et al., 2005).

Diante dessa discussão, reconhece-se como importante a adoção de estratégias que permitam a produção de dados e informações complementares sobre a realização do exame citopatológico. Estudos de base populacional que estimam a prevalência de realização desse exame são necessários para avaliar o impacto das ações de saúde empreendidas no controle do câncer do colo do útero, além de identificar as desigualdades na cobertura de realização do rastreamento. O conhecimento dos fatores associados a não realização do exame citopatológico é também importante para o planejamento de estratégias de controle mais efetivas e coerentes com as necessidades locais da população feminina, considerando a magnitude dessa doença.

Nessa perspectiva, vários estudos têm sido realizados em diversas cidades do país com o objetivo de estimar a cobertura de realização do exame citopatológico do colo do útero, bem como identificar fatores associados a sua não realização. No entanto, no cenário geográfico e conjuntural do presente estudo, notadamente onde não há registros de câncer, não foi encontrada, até o momento, pesquisa nesta temática. Dessa forma, surgiram indagações no tocante a não realização do exame citopatológico e dos possíveis fatores associados a essa situação em uma dada realidade ainda, neste campo, inexplorada.

Esta pesquisa encontra-se estruturada em sete capítulos. O primeiro capítulo tratará de uma revisão de literatura contendo informações acerca do câncer do colo do útero (definição, epidemiologia e fatores relacionados ao seu desenvolvimento), bem como um breve histórico das políticas de saúde do Brasil direcionadas para o controle dessa patologia; realização e importância do [rastreamento através do exame citopatológico do colo do útero e prevalência de realização deste exame em algumas cidades brasileiras. A seguir serão apresentadas as hipóteses, os objetivos e a metodologia que nortearam a realização desse estudo. Posteriormente os resultados obtidos nesta pesquisa serão

apresentados e discutidos à luz da literatura que trata do tema em questão. Finalmente, o estudo será concluído, apontando os principais achados e contribuições encontradas, assim como suas limitações e possibilidades de continuidade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: DEFINIÇÃO, EPIDEMIOLOGIA E FATORES ASSOCIADOS AO SEU DESENVOLVIMENTO

O útero é um órgão pertencente ao sistema reprodutor feminino e que anatomicamente é dividido em corpo e colo do útero. O colo do útero, também chamado de cérvix, é um cilindro muscular com luz na direção longitudinal, encontrando-se recoberto por dois tipos de epitélio, um epidermoide ou escamoso e outro glandular (CRUM, 2005; RIVOIRE et al., 2001).

Em condições ideais, o epitélio escamoso estratificado reveste a parte externa do colo do útero que se encontra projetada no canal vaginal, conhecida como ectocérvice, estendendo-se até o orifício externo do canal endocervical. Esse tipo de epitélio exibe características de proteção mecânica, através da estratificação celular, e proteção biológica, uma vez que suas células ricas em glicogênio interagem com os Lactobacilos pertencentes à flora vaginal, produzindo ácido láctico que mantém a acidez vaginal e, conseqüentemente, a defesa do meio (BRASIL, 2002; CRUM, 2005).

Por sua vez, o epitélio glandular simples ou colunar, reveste o canal endocervical, desde o orifício externo, no limite com o epitélio escamoso, até o orifício interno, na junção com a camada muscular do corpo do útero, denominada endométrio. Tem como função a secreção de muco que protege a cavidade uterina (CRUM, 2005).

O encontro dos epitélios escamoso e glandular, chamado junção escamo-colunar (JEC), em condições normais, encontra-se ao nível do orifício externo do canal cervical. No entanto, a localização da JEC pode se alterar, especialmente em função de ações hormonais, ocorrendo uma tendência para a formação de ectopia. Esse fenômeno pode ser definido como a eversão do epitélio glandular para a ectocérvice, expondo-o às agressões físicas, químicas e biológicas presentes no meio vaginal (BRASIL, 2008).

A partir da ocorrência de uma ectopia, o epitélio glandular exposto responde com a produção de células de reserva, formando uma zona de transformação

constituída por um epitélio metaplásico. Por sua vez, esse epitélio metaplásico imaturo formado é mais sensível às agressões existentes no meio vaginal podendo iniciar a formação das neoplasias intraepiteliais cervicais (NICs) em diferentes graus (NIC1, NIC2 e NIC3), em especial as de graus 2 e 3, que são consideradas lesões de alto grau e precursoras do câncer do colo do útero. A classificação das NICs em diferentes graus baseia-se na acentuação da atipia celular e na fração da espessura do epitélio cervical acometido (BRASIL, 2008; BUENO, 2008).

No ano de 2006 foi divulgado um Manual técnico pelo INCA padronizando as nomenclaturas e condutas frente aos diversos achados anormais do exame citopatológico do colo do útero. Nessa nova definição, o termo neoplasia intraepitelial foi substituído por lesão intraepitelial e, as lesões anteriormente classificadas como NIC1 passaram a ser chamadas de lesões intraepiteliais de baixo grau. Já as lesões correspondentes à NIC2 e NIC3 foram incorporadas em uma mesma categoria denominada lesão intraepitelial de alto grau (BRASIL, 2006).

É importante ressaltar que para ocorrer um câncer invasor, a lesão não necessita, obrigatoriamente, passar por todas as etapas de atipia celular. Quando a lesão intraepitelial escamosa de alto grau é detectada e removida com margem de segurança, ou seja, livre de neoplasia, o câncer do colo do útero que poderia se desenvolver ao longo do tempo a partir dessa lesão pode ser evitado (LORENZATO, 2008).

Desta forma, a história natural do câncer do colo do útero envolve mudanças reversíveis no tecido cervical de um estado normal, no qual nenhuma alteração é vista no epitélio escamoso, para estados variados de anormalidade que conduzem ao desenvolvimento dessa doença. Normalmente, uma lesão intraepitelial de baixo grau pode progredir para uma lesão intraepitelial de alto grau e para carcinoma invasor do colo do útero ou pode regredir a um estado normal, sendo que a probabilidade de um epitélio atípico evoluir para a doença invasora é proporcional à severidade da atipia encontrada (BUENO, 2008).

Histologicamente observa-se que as neoplasias malignas mais frequentes do colo do útero são os carcinomas e, entre estes, o tipo histológico escamoso é o mais prevalente, responsável por 80 a 90% dos tumores, sendo caracterizado pela presença de células grandes, infiltrando o estroma em arranjos irregulares e com moderado pleomorfismo nuclear (CARVALHO, 2008).

Uma marcante característica do câncer do colo do útero é sua associação, em todas as regiões do mundo, com o baixo nível socioeconômico, apresentando incidências mais altas nos países em desenvolvimento. É nesses grupos que se concentram as maiores barreiras de acesso a rede de serviços de saúde para a detecção e tratamento precoce da doença e de suas lesões precursoras, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais relacionadas à realização do exame ginecológico (AROSSÍ; SANKANARAYANAN; PARKIN, 2003; BRASIL, 2012; CORDEIRO et al., 2005).

Desde o ano de 2003, no Brasil, excetuando-se o câncer de pele (não melanoma), o câncer do colo do útero vem se mantendo como o segundo tipo de neoplasia mais frequente entre as mulheres, superado apenas pelo câncer de mama. Com aproximadamente 500 mil novos casos por ano no mundo é responsável pelo óbito, de 230 mil mulheres/ano. O número de casos novos esperados para o Brasil no ano de 2012/2013 é de 17.540 casos, com risco estimado de 17 casos para cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na Região Norte (24/100.000). Nas Regiões Centro-Oeste (28/100.000) e Nordeste (18/100.000) ocupa a segunda posição mais frequente, na região Sudeste a terceira (15/100.000) e na região Sul a quarta posição (14/100.000) (BRASIL, 2012).

Observa-se que a incidência do câncer do colo do útero é duas vezes maior nos países em desenvolvimento quando comparada com os países mais desenvolvidos evidenciando-se na faixa etária dos 20 aos 29 anos com um risco aumentando rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. As mais altas taxas de incidência de câncer do colo do útero são observadas na América Latina e países do Caribe, partes da África e no Sul e Sudeste asiático, ao passo que na América do Norte, Austrália, Norte e Oeste europeu essas taxas são mais baixas (CORDEIRO et al., 2005; MARTINS; THULER; VALENTE, 2005; RODRIGUES; BUSTAMANTE TEIXEIRA, 2011; SOARES; SILVA, 2010).

Nos países desenvolvidos, os pacientes portadores de câncer do colo do útero apresentam sobrevida média estimada em 5 anos variando entre 51 a 66%. Já nos países em desenvolvimento, os casos são encontrados em estádios mais avançados e, conseqüentemente, a sobrevida é menor, cerca de 41% após 5 anos, considerando a média mundial estimada em 49% (BRASIL, 2009; OZAWA; MARCOPITO, 2011).

Observa-se uma grande variação nas taxas de sobrevida em pacientes com câncer do colo do útero comparando-se aos países mais desenvolvidos, em virtude da variação nos estádios clínicos na admissão e da eficácia e disponibilidade de diagnóstico e tratamento de acordo com o nível de desenvolvimento dos serviços de saúde relacionados ao câncer nos diversos países (NAKAGAWA et al., 2011; SANKARANARAYANAN et al., 2008).

Assim, taxas de sobrevida em cinco anos menores que 25% foram relatadas para mulheres negras em Uganda, Zimbábue e Gâmbia, enquanto em Cuba, Índia e Filipinas as taxas de sobrevida ficaram entre 30% a 50%. Já na Costa Rica, Tailândia e Turquia e na maior parte da China as taxas ficaram entre 50% a 60%. Em Hong Kong, Cingapura e Coréia do Sul as taxas de sobrevida foram maiores de 65%. As elevadas taxas de sobrevida encontradas na Ásia Ocidental, composta por países mais desenvolvidos e com serviços de saúde mais acessíveis, são similares àquelas observadas nos Estados Unidos e na Europa (SANKARANARAYANAN et al., 2008).

São considerados fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero a multiplicidade de parceiros sexuais, história de infecções sexualmente transmitidas, idade precoce na primeira relação sexual e multiparidade. Além desses fatores, outras condições têm sido associadas ao surgimento dessa neoplasia, tais como tabagismo, alimentação pobre em micronutrientes, principalmente vitamina C e E, beta e alfacarotenos, licopeno entre outros, uso de métodos contraceptivos hormonais e situações de imunossupressão como Diabetes, Lupus e Síndrome na Imunodeficiência Adquirida (HIV) (BRASIL, 2006; CARVALHO, 2008; RIBEIRO, 2008).

Atualmente, a persistência da infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) em altas cargas virais tem representado o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero. É essencial demarcar a descoberta, em 1983, do HPV16 que juntamente com o HPV18, são epidemiologicamente importantes por estarem presentes em 70% das biópsias feitas em pacientes com essa doença (BOYLE, 2002; DERCHAIN; LONGATTO FILHO; SYRJANEN, 2005; GONÇALVES et al., 2011a; MENDONÇA et al., 2010; PARKIN et al., 2005; ROSA et al., 2009).

As primeiras observações em relação a um componente infeccioso na etiologia do câncer do colo do útero datam de 1843, quando Rigoni Stern, na Itália

assinalou diferenças significativas na incidência da patologia entre mulheres solteiras e prostitutas. Vários estudos epidemiológicos posteriores confirmaram esta observação, mostrando a relação entre o comportamento sexual e o risco para o desenvolvimento dessa doença (JACYNTHO; ALMEIDA FILHO; MALDONADO, 1994).

O HPV é transmitido sexualmente, sendo mais prevalente em mulheres com iniciação sexual precoce (antes dos 18 anos) e com múltiplos parceiros. O risco relativo de desenvolvimento do câncer do colo do útero apresenta aumento linear, proporcional ao número de parceiros, assim como mulheres com início da atividade sexual precoce apresentam um risco relativo variando entre 2-3 (GONÇALVES et al., 2011a; MENDONÇA et al., 2010; ROSA et al., 2009).

Portanto, para o desenvolvimento, manutenção e progressão da lesão intraepitelial de alto grau e do câncer invasivo do colo do útero, a presença do HPV é comprovadamente essencial, associada a outros fatores de risco. A sequência de nucleotídeos do DNA viral confere classificação dos diversos tipos, e os encontrados nos tumores benignos são diferentes dos encontrados nos tumores malignos (JACYNTHO; ALMEIDA FILHO; MALDONADO, 1994; ROSA et al., 2009).

Um estudo multicêntrico de casos e controles, com dois mil casos de câncer do colo do útero e dois mil controles, foi realizado em 1995 pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC) apontando uma forte associação entre o câncer cervical e a presença de qualquer tipo de HPV. A *odds ratio* de todos os países, ajustada pela idade, foi de 60 (IC_{95%}: 49-73) em conjunto para o desenvolvimento da doença (IARC, 1986).

Observa-se que é elevada a magnitude da associação entre a infecção pelo HPV e o câncer do colo do útero, com risco relativo variando entre 20 a 70. Tais riscos são maiores do que os observados para a clássica associação entre o tabagismo e o câncer de pulmão. Em outro estudo desenvolvido pela IARC, foram avaliadas 1000 mulheres com câncer do colo do útero. O DNA do HPV foi detectado em 97% dos tumores, levando à conclusão de que a infecção pelo HPV é uma condição importante para o desenvolvimento dessa patologia (RIBEIRO, 2008).

O reconhecimento do HPV como o fator de risco mais importante para o desenvolvimento do câncer do colo do útero criou novas abordagens na prevenção da doença, incluindo a prevenção e controle da infecção genital pelo HPV, por meio da vacinação e de estratégias de promoção da saúde relacionada à adoção de

comportamentos sexuais seguros, além de programas de rastreamento, que ainda precisam ser mais bem estabelecidos e consolidados nos países em desenvolvimento (MENDONÇA et al., 2010; RIBEIRO, 2008; ROSA et al., 2009).

Permanece ainda obscuro o motivo pelo qual uma parcela de mulheres infectadas pelo HPV apresenta transformação maligna das células epiteliais do colo do útero. Sabe-se que o genótipo viral, a variante molecular e a carga viral, além das variações individuais do sistema imune, interferem na persistência da progressão e da infecção. Nos casos que evoluem para o câncer, o DNA viral passa em algum momento a integrar o genoma da célula do hospedeiro, causando alterações na morfologia celular, modificando o controle do ciclo celular e levando a formação de lesões precursoras da doença (BERTELSEN, 2007; MENDONÇA et al., 2010; ROSA et al., 2009).

Até o momento, já foram descritos mais de 200 tipos diferentes de HPV, dos quais aproximadamente 40 infectam a região anogenital e cerca de 20 desses possuem tropismo pelo epitélio escamoso do trato genital inferior. Desses tipos são considerados como de baixo risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero os de número 6, 11, 26, 40, 42, 53, 55, 57, 59, 66 e 68. Esses tipos são geralmente relacionados a lesões benignas como condiloma e lesão intraepitelial de baixo grau, sendo considerados de baixo risco oncogênico. Por outro lado, os tipos de HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 e 59, são considerados como de médio e alto risco, encontrando-se relacionados a lesões de alto grau e carcinoma do colo do útero (MENDONÇA et al., 2010; SICHERO; VILLA, 2008; WOLSCHICK et al., 2007).

As infecções pelo HPV são relativamente comuns em indivíduos normais, variando de 20 a 40% conforme a idade e o estado imune, apresentando maior incidência entre os jovens. A maioria dessas infecções é assintomática e regride espontaneamente, iniciando na camada basal da epiderme, em decorrência da abrasão e micro lesões da pele e mucosa, devido à prática sexual (CARVALHO, 2008; SICHERO; VILLA, 2008).

A OMS estima que 25 a 30% das mulheres com menos de 25 anos estejam infectadas pelo HPV de alto risco, ressaltando que em determinadas comunidades a prevalência reduz abruptamente com o aumento da idade. Em geral, a prevalência do HPV na população é muito superior ao número de casos de câncer do colo do útero (GONÇALVES et al., 2011a).

A relação entre a evolução individual da infecção pelo HPV, neoplasia intraepitelial cervical e o câncer do colo do útero é difícil de ser estabelecida, pois não existem maneiras fidedignas para determinar quais são realmente os indivíduos infectados, quanto tempo dura a infecção e qual a evolução clínica nas pessoas infectadas (DERCHAIN; LONGATTO FILHO; SYRJANEN, 2005).

Diante das evidências que associam a infecção pelo HPV e o desenvolvimento do câncer do colo do útero, pesquisas foram conduzidas no sentido de desenvolver uma vacina contra esse vírus. No Brasil, duas vacinas contra o HPV foram aprovadas, ambas contêm a proteína L1 do capsídeo viral, produzidas através da tecnologia recombinante para obtenção de partículas análogas às virais dos dois vírus mais presentes nas neoplasias do colo do útero (HPV16 e o HPV18). A quantidade de partículas virais assim como o sistema adjuvante difere em cada vacina (ROSA et al., 2009; SICHERO; VILLA, 2008).

Uma série de estudos multicêntricos já foi realizada demonstrando evidências convincentes favoráveis à vacinação anti-HPV. Foi evidenciado que as vacinas são seguras, imunogênicas e efetivas na prevenção das infecções por esse vírus e de lesões precursoras do câncer do colo do útero. No entanto, mesmo com a proteção cruzada para outros tipos de HPV, as vacinas não são capazes de abolir a doença (ROSA et al., 2009). As vacinas de alta eficácia contra o HPV poderiam ter, a médio e longo prazo, um impacto real e mais expressivo na incidência do câncer do colo do útero. Porém, uma das maiores dificuldades para a introdução dessas vacinas está no seu elevado custo atual. Assim, são necessários estudos de acompanhamento da imunogenicidade e de custo-efetividade para a incorporação em programas de saúde (ROSA et al., 2009; SICHERO; VILLA, 2008).

2.2 POLÍTICAS E AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL

A partir da anatomia do sistema genital feminino que permite fácil acesso ao colo do útero, bem como o conhecimento da história natural do câncer do colo do útero e de algumas condições associadas ao seu desenvolvimento, foram criadas ao longo do tempo, estratégias para prevenção e detecção precoce dessa patologia.

No Brasil, a partir da década de 80, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde estaduais e municipais, com o apoio de entidades internacionais e filantrópicas implementaram programas voltados aos problemas mais prevalentes e de alta morbidade e mortalidade, com ênfase em ações de tecnologia de baixo custo e fácil acesso. Nesse mesmo período, iniciou-se um processo de reforma do setor saúde, com a aprovação da nova Carta Constitucional de 1988 e o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A universalidade e a equidade de acesso, a descentralização da gestão administrativa e a integração dos serviços de saúde se transformaram em metas políticas a serem alcançadas (SANTOS et al., 2000).

Tradicionalmente, na história da Saúde Pública, dentre as demandas que se apresentam para a rede de serviços, a atenção a patologias prevalentes e suscetíveis às ações de controle podem se constituir em um indicador de condições de acesso e de resolutividade dos serviços. O câncer do colo do útero representa uma dessas condições, pela sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade, constituindo-se rotineiramente em um problema de saúde objeto de intervenções dos programas de atenção à Saúde da Mulher (SANTIAGO; ANDRADE, 2003).

A atenção à Saúde da Mulher no Brasil, em termos de políticas públicas, até o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) traduzia-se principalmente em ações que contemplavam a preocupação com o grupo materno-infantil, priorizando a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. O foco central era intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social (OSIS, 1998).

Em 1984, o PAISM foi oficialmente divulgado, sendo anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da Saúde da Mulher, baseado no conceito de atenção integral à mulher, implicando no rompimento com visão tradicional acerca desse tema, sobretudo no âmbito da medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução. A assistência integral incorporava o sentido da atenção à mulher enquanto pessoa em oposição às práticas curativas direcionadas aos seus órgãos e funções. Além disso, ressaltava a importância da integração entre os diferentes níveis de complexidade da assistência, necessários a resolução dos principais problemas de saúde das mulheres (GONÇALVES et al., 2008; LAGO, 2004; OSIS, 1998).

As diretrizes gerais do PAISM previam a capacitação do sistema de saúde para atender às necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo, destacando-se o câncer do colo do útero e da mama, estabelecendo também a exigência de uma nova postura de trabalho da equipe de saúde em face ao conceito de integralidade do atendimento além de pressupor uma prática educativa permeando todas as atividades a serem desenvolvidas (BRASIL, 2004a).

Nesse contexto, a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer do colo do útero e de mama; e à assistência para concepção e contracepção (BRASIL, 2008; LAGO, 2004).

A implementação do PAISM ocorreu de forma heterogênea no país, acompanhando os diferentes graus de organização e capacidade instalada nos serviços públicos e municipais e respondendo a distintos graus de compromisso dos governantes com a Saúde da Mulher. A principal contribuição desse Programa para o controle do câncer do colo do útero foi introduzir a coleta do exame citopatológico como procedimento de rotina na consulta ginecológica (LAGO, 2004).

Mesmo com a criação do PAISM, a manutenção das altas taxas de mortalidade em mulheres por câncer do colo do útero, entre outros problemas, se destacava pela existência de meios efetivos pra evitá-la. Em setembro de 1995 foi realizada na China a VI Conferência Mundial sobre a Mulher evidenciando as grandes lacunas das políticas sociais responsáveis pelas deficiências na situação da mulher. A partir disso, a direção do Inca em parceria com o Ministério da Saúde (MS) elaborou ao longo do ano de 1996 um projeto piloto – “*Viva Mulher*” - dirigido às mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos, que foi implementado em quatro capitais brasileiras e Distrito Federal, representando cada uma das quatro macrorregiões do país. Foram desenvolvidos protocolos para a padronização da coleta do material, para o seguimento das mulheres e conduta frente a cada tipo de alteração citológica encontrada (LAGO, 2004).

O Programa contemplava a formação de uma rede nacional integrada para ampliar o acesso da mulher aos serviços de saúde. Além disso, a capacitação de recursos humanos, a normalização de procedimentos e controle de qualidade

buscou assegurar uma eficiência da rede formada para o controle do câncer do colo do útero. No entanto, a permanência das taxas de incidência e mortalidade relativamente altas por essa doença revelou que tais medidas não se mostraram suficientes para o controle do câncer do colo do útero (BRASIL, 2004a).

As diretrizes estratégicas do *Programa Viva Mulher* foram: articular e integrar uma rede nacional e consolidar uma base geopolítica gerencial do programa; motivar a mulher brasileira a cuidar da sua saúde e articular uma rede de comunicação com a mulher; reduzir a desigualdade de acesso da mulher à rede de saúde e redimensionar a oferta real de tecnologia para o diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero, definindo mecanismos de financiamento da rede; melhorar a qualidade de atendimento à mulher e informar, capacitar e reciclar recursos humanos envolvidos na atenção ao câncer do colo do útero, de forma continuada nos diversos níveis (BRASIL, 2008).

Diante disso, a partir de 1998 o *Programa Viva Mulher* começou a ser implementado a nível nacional e teve intensificada a coleta do exame citopatológico do colo do útero durante a Campanha Nacional do Combate ao Câncer Cérvico-uterino, realizada no ano de 2002. Essa campanha foi orientada para a redução da mortalidade por câncer do colo do útero, cuja população alvo era as mulheres com maior risco de apresentar câncer microinvasor, já que mediante a detecção e tratamento poderiam ser curadas. Ao longo de 2000 e 2001 o Inca apoiou o desenvolvimento institucional do Programa em todos os Estados, fortalecendo-o em termos gerenciais e técnicos e ampliando também o seu escopo que passou a incluir o controle do câncer da mama (LAGO, 2004).

Em 1998 ainda foi criado o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero (PNCCCU), cujos objetivos principais eram a detecção precoce da doença em mulheres assintomáticas e a redução das sequelas, sejam elas físicas, morais, psicológicas, ou sociais. As principais estratégias utilizadas para implementação desse programa foram: definição da população-alvo e periodicidade para o rastreamento; disponibilização de uma Infraestrutura de assistência satisfatória em todos os níveis de atenção; utilização de um sistema de informação para monitoração do rastreamento; estabelecimento de orientações acerca do diagnóstico e tratamento; capacitação e treinamento para os profissionais envolvidos; fornecimento de informação para a população-alvo e estabelecimento de

um compromisso técnico e político dos gestores de patrocinar as ações propostas, assim como de fornecer o suporte financeiro (BRASIL, 2008; LAGO, 2004).

O PNCCCU enfatizou a utilização do Papanicolaou para um rastreamento do câncer do colo do útero e da cirurgia de alta frequência (CAF) para o tratamento das lesões intraepiteliais de alto grau. A eficácia do Programa proposto foi possível graças à sensibilização por parte da população feminina, conseguida por meio de campanhas através dos meios de comunicação e dos profissionais de saúde cujos materiais educativos e novas propostas de trabalhos apresentados permitiram o alcance do objetivo almejado (BRASIL, 2008; CORRÊA; VILLELA, 2008).

No ano de 2006, o controle e prevenção do câncer do colo do útero voltaram a ser priorizados no Pacto pela Vida, reafirmando a possibilidade de redução da incidência e mortalidade por esse tipo de neoplasia através de ações organizadas de rastreamento e acompanhamento adequado de mulheres com alterações celulares no colo do útero. Foi incluído nesse Pacto, como um dos indicadores, a razão entre os exames citopatológicos em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nessa faixa etária. Assim, a razão mínima esperada para os municípios é de 0,3 exame/mulheres/ano (DIAS; TOMAZELLI; ASSIS, 2010; SOARES; SILVA, 2010).

A partir de 2007, após 10 anos de implementação do PNCCCU, pode-se verificar uma estabilização da incidência do câncer do colo do útero, de forma geral, e uma redução nas capitais brasileiras. A partir da organização do controle do câncer é possível pontuar as reais necessidades, descobrir a faixa etária e outras características particulares pertencentes aos grupos que têm suas taxas de incidência e de mortalidade reduzidas ao longo dos anos, delineando-se, assim, a formação de uma política eficaz de prevenção dessa patologia (CORRÊA; VILLELA, 2008).

A medida da efetividade do exame citopatológico na redução da mortalidade por câncer do colo do útero pode ser verificada através da análise de estudos comparativos de tendências temporais que têm mostrado redução das taxas de incidência em alguns países, seguida à introdução de programas populacionais de rastreamento (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

Um estudo sobre tendência de mortalidade por câncer do colo do útero, incluindo porção não especificada, para o Estado de Minas Gerais no período de 1980 a 2005 (ALVES; BASTOS; GUERRA, 2009), evidenciou uma diminuição gradativa da mortalidade no período em estudo, passando de 9,18/100 mil em 1980

para 5,70/100 mil em 2005, sendo também constatada uma redução da mortalidade para cada um dos estratos etários estudados. Outros estudos de análise de tendência realizados no país evidenciaram resultados semelhantes, ratificando a redução da mortalidade por câncer do colo do útero durante os períodos estudados (FONSECA; RAMACCIOTTI; ELUF NETO, 2004; RODRIGUES; BUSTAMANTE TEIXEIRA, 2011; SILVA et al., 2010).

Nessa perspectiva, um estudo recente cujo objetivo foi realizar uma correção na magnitude dos óbitos por câncer do colo do útero no Brasil utilizando o período de 1996 a 2005 para análise, verificou que as taxas anuais médias de óbitos por essa neoplasia foram de 4,6 a 5,1 óbitos por 100 000 mulheres/ano, coeficientes brutos e ajustados pela população mundial, respectivamente. Depois da correção dos óbitos, as taxas corrigidas de mortalidade por esse tipo de câncer mostraram um acréscimo de 103,4% variando de 35% para as capitais da região Sul a 339% para o interior da região Nordeste. A redistribuição dos óbitos câncer do útero sem especificação de localização anatômica promoveu os maiores acréscimos na magnitude das taxas. Os percentuais de correção, segundo ano de ocorrência do óbito, mostraram tendência estacionária no Brasil (GAMARRA; VALENTE; SILVA, 2010).

No entanto, evidencia-se que a redução da mortalidade entre as mulheres do interior ainda não atingiu a mesma redução observada para as mulheres das capitais, fortalecendo a hipótese de que existem desigualdades no acesso aos serviços de saúde do Brasil (SILVA et al., 2011).

Observa-se então que esforços políticos relacionados à prevenção e controle do câncer do colo do útero vêm acontecendo no país desde a década de 80, com a implantação de programas que visam diminuir a morbimortalidade por essa patologia. No entanto, as elevadas taxas de incidência desse tipo de câncer no país apontam para uma possível lacuna existente entre as propostas políticas apresentadas e a realidade das ações de prevenção e controle do câncer do colo do útero no cotidiano dos serviços de saúde.

2.3 RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Considerando a história natural e os fatores associados ao desenvolvimento do câncer do colo do útero, essa patologia oferece duas oportunidades de prevenção: a prevenção primária por meio da educação sexual com ênfase na prática do sexo seguro (utilização do preservativo e limitação do número de parceiros) e na profilaxia ao vírus do HPV pela vacinação, e em nível secundário, através da detecção das lesões precursoras pelo exame citopatológico do colo do útero (CORREA, 2008; DENNY, 2005).

O exame citopatológico do colo do útero, utilizado na prevenção secundária, foi apresentado pelo pesquisador George Papanicolaou em 1941. A partir da introdução desse exame em programas de triagem para o câncer do colo do útero em vários países, ficou evidenciada a efetividade desta técnica, com redução de 70% tanto na incidência quanto na mortalidade decorrente desta neoplasia (GONÇALVES et al., 2011a; KATZ et al., 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Também conhecido como teste de Papanicolaou, esse exame foi introduzido no Brasil na década de 50, consistindo em um procedimento de baixo custo e de fácil execução, tornando-se a principal estratégia para o controle do câncer do colo do útero, sendo observadas quedas significativas tanto na incidência quanto na mortalidade por essa doença após a introdução do exame (GONÇALVES et al., 2011b; HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006).

O exame citopatológico envolve a coleta de células esfoliadas da ectocérvice e endocérvice que são extraídas por raspagem do colo do útero, permitindo a detecção de anormalidades celulares e assim estimar se existe risco de haver lesão precursora não detectável clinicamente e encaminhar a mulher para diagnóstico complementar quando necessário. No Brasil, desde 1988, o MS, seguindo a recomendação da OMS, propõe que o exame seja recomendado para todas as mulheres que iniciaram a vida sexual, prioritariamente para aquelas na faixa etária de 25 a 59 anos, devendo ser repetido anualmente e, frente a dois resultados negativos consecutivos, ser realizado após três anos (ALBUQUERQUE et al., 2009; AMORIM et al., 2006; BRASIL, 2002, 2008; DERCHAIN; LONGATTO FILHO; SYRJANEN, 2005).

Cabe ressaltar que no ano de 2011, foi publicado pelo INCA um manual de diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero reforçando a realização periódica do exame citopatológico como estratégia eficiente para o controle dessa patologia. O principal objetivo proposto é atingir alta cobertura da população definida como alvo para a obtenção de uma significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero. Baseado em pesquisas internacionais e na experiência de países que apresentam programas de rastreamento organizado, foi mantida a periodicidade anteriormente recomendada para a realização do exame citopatológico. No entanto, a população-alvo passou a ser constituída por mulheres que já tiveram atividade sexual a partir dos 25 anos de idade, devendo seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (BRASIL, 2011).

Embora as recomendações acima citadas tenham respaldo nas diretrizes da OMS e em evidências de programas europeus e norte-americanos bem sucedidos, encontra-se resistência entre mulheres e profissionais de saúde na sua utilização, sendo o exame anual equivocadamente considerado como uma prática mais eficaz e segura (DIONÍZIO, 2011).

Para a realização do exame, recomenda-se que a coleta seja feita preferencialmente uma semana após o término da menstruação. Para tanto, orienta-se que a mulher não tenha relação sexual nas 48 horas que antecedem a realização do exame, não utilize duchas vaginais ou aplique qualquer medicação intravaginal no mesmo período e ainda, não esteja no período menstrual (BRASIL, 2008).

De acordo com o INCA, a qualidade do exame é essencial para o sucesso do rastreamento. O indicador de percentual de amostras insatisfatórias é o meio utilizado para se verificar a qualidade da coleta e das lâminas. O parâmetro aceitável pela OMS é até 5%, e a maior parte das regiões brasileiras conseguiu esta margem, mantendo-se abaixo de 1,2% entre 2002 e 2008 (BRASIL, 2010).

Após um grande número de programas implantados e da avaliação dos seus resultados a IARC concluiu que a proteção para realização do exame citopatológico é maior entre as mulheres submetidas ao rastreamento nos últimos três a cinco anos, e que, após 10 anos do exame periódico negativo esta proteção desaparece. Quanto à periodicidade da citologia cervical, verificou-se que a coleta realizada anualmente reduz o risco do câncer do colo do útero em 93%, enquanto a realização

a cada três anos reduz o risco em 91%. Já a coleta realizada a cada cinco anos reduz o risco em 84% (GONÇALVES et al., 2011a).

A utilização do exame citopatológico para rastreamento do câncer do colo do útero apesar de seu sucesso apresenta limitações importantes. A técnica é baseada em uma interpretação subjetiva das alterações morfológicas presentes nas células cervicais, que devem ser coletadas com atenção apropriada por meio de amostragem adequada da JEC. Em diferentes serviços, o exame citológico tem mostrado grande variação na sensibilidade para detectar o câncer do colo do útero (ALBUQUERQUE et al., 2009; GONÇALVES et al., 2011a; OZAWA; MARCOPITO, 2011; WOLSCHICK et al., 2007).

Em revisões recentes, a sensibilidade para detectar lesões intraepiteliais de alto grau variou de 47% a 62% e a especificidade variou de 60% a 95%. Há vários estudos transversais em andamento em países em desenvolvimento avaliando a acurácia do exame citológico, em que a sensibilidade variou de 31% a 78% e a especificidade de 91% a 96%. Além disso, observa-se que algumas limitações podem colocar em risco a sensibilidade: o tamanho ou local inacessível da lesão, prejudicando sua amostragem; a presença de somente pequenas e/ou poucas células anormais, dificultando a detecção; a presença de inflamação ou de sangue mascarando as alterações patológicas, podendo gerar resultados falso-negativos (SANKARANARAYANAN et al., 2008).

Os programas de rastreamento para detecção precoce do câncer do colo do útero com base no exame de Papanicolaou têm mostrado custo-efetividade favorável na prevenção desta doença. Avaliação realizada pelo Inca comparou a eficiência de um conjunto de técnicas utilizadas no diagnóstico precoce desse tipo de câncer mediante a realização de uma análise de custo-efetividade que inclui as seguintes estratégias de rastreamento: citologia convencional, citologia em meio líquido e captura híbrida para HPV. Os resultados encontrados demonstram que o teste de Papanicolaou foi o que apresentou a melhor razão incremental de custo-efetividade entre todas as estratégias analisadas (CAETANO et al., 2006).

Assim, é possível dizer que a incidência do câncer do colo do útero em um país é consequência da exposição das mulheres a fatores de risco e da efetividade de um programa de rastreamento. Nas regiões em que prevalece o rastreamento efetivo, em massa, da população-alvo, percebe-se um declínio da taxa de incidência e de mortalidade por câncer do colo do útero (FEITOSA; ALMEIDA, 2007).

Apesar disso, o êxito do rastreio varia muito em cada região, dependendo de como estes programas são implantados, conduzidos, e das características locais existentes, facilitadoras, ou não, para o rastreio. Além disso, para se obter êxito em um programa de rastreamento é preciso um acompanhamento diagnóstico, um tratamento adequado dos casos confirmados e uma disseminação de informação a cerca do que é proposto pelo programa implantado, visando uma adesão satisfatória pela população (LOUIE; MAYAUD; SANJOSE, 2009; VAN DER AA et al., 2008).

Tem-se identificado e descrito na literatura epidemiológica alguns caminhos em direção à realização do exame citopatológico do colo do útero. O primeiro acontece por demanda espontânea, quando a mulher busca o serviço de saúde para realizar o exame por sua própria vontade ou por orientação de algum profissional da saúde. Ainda pode ser realizado na presença de queixas ginecológicas ou como parte de outro procedimento ginecológico ou obstétrico. O segundo caminho e mais desejável, ocorre como resultado de um programa organizado de rastreamento, quando as mulheres são convocadas periodicamente para realizar o exame (MILLER et al., 2008; SANKARANARAYANAN; BUDUKH; RAJKUMAR, 2001).

Em alguns países, observa-se a adoção de um programa de base populacional em que, a cada rodada de seleção da população-alvo, as mulheres são individualmente escolhidas e convidadas a serem rastreadas. Este programa pode ser introduzido nacionalmente ou em regiões específicas. No rastreamento oportunístico, por sua vez, o convite depende da decisão individual da mulher ou de encontros com os profissionais de saúde. O programa de base populacional, ou organizado, apresenta-se como mais eficaz no controle da incidência e da mortalidade por conseguir maior abrangência e acompanhamento da população, com melhor controle de qualidade (KARSA et al., 2008; MILES et al., 2004).

Dessa forma, é reconhecido que um programa de rastreamento organizado para o controle do câncer do colo do útero tornou-se um desafio a ser alcançado para que se obtenha a melhor relação custo-benefício possível com alta cobertura populacional. Para tanto, esse programa deve incluir: recrutamento da população alvo, idealmente por meio de um sistema de informação de base populacional; adoção de recomendações baseadas em evidências científicas, que inclui definição da população-alvo e do intervalo de realização do exame citopatológico, assim como a elaboração de guias para o manejo dos casos suspeitos; recrutamento de mulheres em falta com o rastreamento; garantia da abordagem necessária para

mulheres com exames alterados; educação e comunicação; garantia de qualidade dos procedimentos realizados em todos os níveis de cuidado (ANTILLA et al., 2009; BRASIL, 2011).

Nos Estados Unidos, o rastreamento é predominantemente oportunístico, característico de países que apresentam um sistema privado de saúde influente, uma vez que, para se instaurar o rastreamento organizado, é necessário haver um sistema público de saúde efetivo. As diretrizes recentes da *American Cancer Society* (ACS) apontam para a realização do exame citopatológico a partir de 21 anos de idade para as mulheres sexualmente ativas e, após os 30 anos, as mulheres que tiverem três exames com resultados normais podem espaçar o rastreamento em dois ou três anos. Após os 70 anos, mulheres que possuem três resultados de exames negativos nos últimos 10 anos, assim como aquelas que foram histerectomizadas, podem optar por parar o rastreamento (MILES et al., 2004; SMITH et al., 2011).

A Suíça, assim como os Estados Unidos, também apresenta dificuldades para estabelecer o rastreamento organizado, alegando que, em detrimento dos gastos com o rastreamento, é preferível investir em outras tecnologias em prol da saúde (MILES et al., 2004).

Já na Finlândia, prevalece o rastreamento organizado cuja cobertura vem melhorando progressivamente desde sua implantação em 1963. Este tipo de programa contribuiu para uma redução de 80% na incidência e na mortalidade por câncer do colo do útero. Nos Países Baixos, coexistem o rastreamento oportunístico e o convite para população local/regional desde os anos 70, ocasionando um declínio na mortalidade e na incidência pelo câncer do colo do útero (DENNY, 2005; VAN DER AA et al., 2008).

Na Islândia, o programa de rastreamento foi implantando em 1964. A faixa etária recomendada era de 25 a 69 anos e a frequência de realização dos exames citológicos a cada dois ou três anos. Com o intuito de determinar o intervalo mais apropriado para o rastreamento, foi realizado um estudo para avaliar a eficácia em longo prazo de um programa organizado de rastreamento nacional com uma experiência de 40 anos. A conclusão foi de que o rastreamento deve começar antes dos 25 anos, deve ter inicialmente intervalo máximo de três anos entre os exames citológicos até os 40 anos de idade e após pode ser ampliado para cinco anos, podendo parar após os 65 anos de idade (LORENZATO, 2008).

Na Coreia do Sul, foi introduzido em 1988 um programa organizado de rastreamento do câncer do colo do útero pelo Seguro Nacional de saúde, buscando oferecer o teste Papanicolaou gratuito para mulheres seguradas com 30 anos ou mais de idade. Para as mulheres desta faixa etária, de baixa renda, o Programa Nacional de Rastreamento do Câncer oferece o teste gratuitamente a cada dois anos. Além do rastreio organizado oferecido gratuitamente, o país conta também com o rastreamento oportunístico encontrado em hospitais e clínicas particulares. O resultado do rastreamento observado foi a redução da mortalidade por câncer do colo do útero entre as mulheres na faixa etária de 30 a 69 anos (JUN et al., 2009).

Outra característica importante notada na Coreia do Sul é que o rastreamento esteve diretamente associado a alguns fatores: mulheres com 50 anos ou mais de idade realizaram mais exames preventivos, quando comparadas às mais jovens. Além disso, as mulheres não rastreadas apresentaram alguns comportamentos de risco comuns como tabagismo, ingestão de álcool e sedentarismo, ao contrário das que se submetiam ao exame. Concluiu-se que mulheres não rastreadas apresentaram comportamentos menos saudáveis, propiciando uma maior tendência ao surgimento de neoplasias em geral (JUN et al., 2009).

Na Suécia um estudo revelou que mudanças no programa de rastreamento do câncer do colo do útero aumentaram a cobertura na faixa etária alvo em 8,4% e reduziu a incidência dessa doença em 22% no período de 1992 a 2000. Nesse país, passou-se de atendimento exclusivo à demanda espontânea para enfoque em mulheres de 25 a 69 anos que não haviam se submetido ao exame citopatológico nos últimos três anos, por meio de convocação por cartas (SILVA et al., 2006).

No País de Gales e na Inglaterra, o programa organizado de rastreamento foi implantado juntamente em 1988, utilizando o sistema de busca ativa e convites com consulta marcada para todas as mulheres entre 20 e 64 anos. Após a implementação deste programa houve uma redução de 58% no número de casos de câncer do colo do útero em mulheres na faixa etária de 20 a 24 anos e de 45% em mulheres com idades entre 25 e 29 anos. Assim, a estratégia de se organizar um programa nacional de rastreamento citológico com convites e re-convites regulares a cada três ou cinco anos às mulheres entre 20 a 64 anos foi sendo adotada pela maioria dos países britânicos (LORENZATO, 2008).

A Grécia, local de nascimento de George Papanicolaou, não conseguiu ainda uniformizar o rastreamento do câncer do colo de útero por meio de um programa nacionalmente organizado. O que existe é, geralmente, um rastreamento oportunístico. Há programas de rastreamento de base comunitária, principalmente nas áreas rurais, onde muitas vezes é uma enfermeira parteira distrital que realiza as atividades objetivando melhorar a cobertura do rastreamento (LORENZATO, 2008).

O rastreamento citológico foi amplamente responsável pelo declínio significativo do ônus do câncer do colo do útero nos países desenvolvidos nas últimas décadas. Programas organizados com convocação sistemática das mulheres, acompanhamento posterior e sistema de supervisão apresentaram grande impacto (ex.: Finlândia e Islândia), usando menos recursos do que programas menos organizados (ex.: EUA). A incidência do câncer do colo do útero foi reduzida em 80% onde a qualidade do rastreamento citológico, a cobertura e o acompanhamento posterior das mulheres foram altos (SANKARANARAYANAN et al., 2008; VALE et al., 2010).

Na maioria dos países em desenvolvimento a introdução do exame citopatológico como método de rastreamento para o câncer do colo do útero não apresentou impacto expressivo nas taxas de incidência e mortalidade por essa patologia. No Chile, o rastreamento foi implantado a partir da década de 70, no entanto, não ocorreu mudança na taxa de mortalidade no período de 1970 a 1985. Apenas a partir de 1990, após uma reorganização do programa de rastreamento a mortalidade por câncer do colo do útero apresentou declínio efetivo. Já no México, o programa de rastreamento do câncer cervical foi implantado em 1974, oferecendo citologias anuais para mulheres com idade entre 25 e 65 anos de idade, investindo na alocação de recursos materiais e humanos, além de infra-estrutura adequada ao atendimento, que possibilitaram uma redução na taxa de mortalidade por esta patologia, desde a implantação do programa (SANKARANARAYANAN; BUDUKH; RAJKUMAR, 2001).

No Brasil não existe um programa organizado de rastreamento, predominando o oportunístico baseado na procura ocasional dos serviços de saúde, sem uma preocupação em se rastrear a doença e a periodicidade do exame em cada mulher. Essa realidade gera baixa cobertura populacional, rastreamento excessivo de um grupo insuficiente de mulheres para representar a população e baixa cobertura para aquelas que apresentam fatores de risco para o

desenvolvimento do câncer do colo do útero (AROSSÍ; SANKARANARAYANAN; PARKIN, 2003; FEITOSA; ALMEIDA, 2007; SANKARANARAYANAN; BUDUKH; RAJKUMAR, 2001; VALE et al., 2010).

O diagnóstico tardio da doença no Brasil ainda é uma realidade muito comum refletindo a baixa cobertura das ações de prevenção que pode decorrer da dificuldade de acesso aos serviços e programas de saúde. Além disso, observa-se uma capacitação insuficiente dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica, considerando que o comportamento esperado das mulheres, frente à realização do exame Papanicolaou, depende muito da relação estabelecida entre o profissional de saúde e a mulher (MENDONÇA et al., 2008; NASCIMENTO; MONTEIRO, 2010; VALE et al., 2010).

O Brasil foi um dos países pioneiros a utilizar o exame citopatológico para detecção precoce do câncer do colo do útero. Segundo a OMS, com uma cobertura da população alvo em torno de 80 a 100% pelo exame citopatológico e uma rede organizada para diagnóstico e tratamento adequado, é possível reduzir em média de 60 a 90% o desenvolvimento do câncer do colo do útero na população, o que pode ser verificado em países que organizaram programas efetivos de rastreamento populacional (DIAS; TOMAZELLI; ASSIS, 2010; WHO, 1998).

São considerados como componentes críticos para o sucesso do rastreamento a alta cobertura de mulheres-alvo com testes de rastreamento de qualidade, investigação diagnóstica de mulheres com teste positivo no rastreamento, tratamento e acompanhamento posterior de mulheres com neoplasia cervical confirmada (SANKARANARAYANAN et al., 2008).

Neste contexto, é importante ressaltar que muitos países em desenvolvimento afirmam ter um programa de prevenção contra o câncer do colo do útero, porém estes geralmente não são organizados, ou seja, os exames de prevenção não acontecem rotineiramente. Quando o rastreamento é organizado, existe um sistema computadorizado de convite e re-convite das mulheres para realizar os exames, o controle é realizado a cada um, dois, três ou cinco anos, dependendo do país, com ampla cobertura com critérios rígidos de controle de qualidade (LORENZATO, 2008).

No Brasil, onde ainda inexistia um cadastro universal de base populacional para o recrutamento de mulheres, foi desenvolvido um sistema de informação (SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero) com o objetivo de

organizar as ações de rastreamento para o controle do câncer do colo do útero. O SISCOLO foi implantado em 1999, como subsistema do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), para a provisão de informações gerenciais sobre o rastreamento e faturamento do exame citopatológico. Esse sistema possui o módulo do prestador de serviço, instalado nos laboratórios de citologia e de histopatologia, para registro dos laudos e o módulo da coordenação, instalado nos níveis de gestão municipal, regional e estadual, para o acompanhamento das mulheres com alterações no exame citopatológico e emissão dos relatórios gerenciais do programa de controle do câncer do colo do útero (DIAS; TOMAZELLI; ASSIS, 2010).

Em relação a sua importância estratégica, o SISCOLO é um sistema relativamente recente e ainda pouco utilizado como ferramenta para avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero. Entretanto, é o próprio uso do sistema pelas áreas que atuam de forma transversal no controle dessa patologia que possibilitará sua progressiva qualificação e reforçará o compromisso com a melhoria dos resultados no contexto do cuidado integral à Saúde da Mulher (DIAS; TOMAZELLI; ASSIS, 2010).

Assim, o sistema disponível não possibilita identificar as mulheres que estão em falta com o rastreamento para convocá-las a repetir o exame citopatológico ou fazê-lo pela primeira vez. Essa situação não contribui para que o programa de rastreamento vigente tenha controle sobre quais são as mulheres que estão realizando o exame e tampouco sobre o intervalo de realização, trazendo como consequência um contingente de mulheres super-rastreadas e outras em falta com os controles (BRASIL, 2011).

Ao longo do tempo, observa-se que programas organizados de rastreamento do câncer de colo do útero, com altas taxas de cobertura populacional, contribuíram para uma redução significativa da incidência desse tipo de neoplasia. Entretanto, a implementação, manutenção e ampliação da cobertura nos países em desenvolvimento, dependem de questões técnicas e políticas, além de esbarrar em aspectos socioculturais e comportamentais difíceis de serem contornados. Além disso, os custos associados ao aumento da cobertura podem ser tão elevados a ponto de colocar em risco todo o programa (SICHERO; VILLA, 2008; VALE et al., 2010; ZEFERINO, 2008).

Todavia, o custo econômico do rastreamento é considerável. Na maioria dos países ocidentais, para cada novo caso de câncer invasivo diagnosticado pelo

rastreamento citológico, existem aproximadamente entre 50 e 100 outros casos de lesões precursoras e o dobro de diagnósticos citológicos de células atípicas de significado indeterminado. Essas mulheres que apresentam alterações citológicas necessitam de seguimento clínico adequado, elevando os custos para o sistema de saúde. Assim, em longo prazo, a redução das lesões precursoras do câncer do colo do útero resultará em economias para o sistema de saúde e para o indivíduo (SANKARANARAYANAN; BUDUKH; RAJKUMAR, 2001).

Nos países em que a mortalidade por câncer do colo do útero se mantém elevada, a maioria das mulheres que desenvolveram essa doença não coletaram o exame ou o fizeram com periodicidade inadequada. Foram observados também problemas técnicos tanto na coleta quanto na análise do material, além do tratamento e acompanhamento inadequado dos casos diagnosticados. O que prevalece ainda no cenário nacional é o rastreamento deficitário da doença, oportunístico e de baixa cobertura populacional, sem uma busca ativa por supostos casos e sem obedecer à periodicidade recomendada pelas políticas de saúde (GONÇALVES et al., 2011b; VALENTE et al., 2009).

No Brasil, diversos estudos transversais, concentrados principalmente nas regiões Sul e Sudeste, buscaram descrever o perfil da cobertura do exame citopatológico do colo do útero e descrever alguns fatores associados à sua realização. Porém, estes estudos apresentam abordagens metodológicas diversas, o que pode dificultar a comparação entre as realidades dos municípios brasileiros pesquisados. No entanto, há evidências de que, nos últimos anos, vem aumentando o percentual de mulheres que se submeteram ao exame, possivelmente em razão da descentralização dos serviços de saúde ocorrida nas últimas décadas (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005; SILVA et al., 2006).

Apesar do aumento da prevalência de realização do exame citopatológico do colo do útero, no Brasil ainda não se conhece o número de mulheres examinadas, mas sim o número de exames, dificultando o cálculo preciso da cobertura. Observa-se que de maneira geral, o sucesso do programa de rastreamento está relacionado a fatores como cobertura efetiva da população em risco, qualidade na coleta e interpretação do material além do tratamento e acompanhamento adequado das mulheres com alterações citológicas (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006).

2.4 PREVALÊNCIA DE REALIZAÇÃO DO EXAME CITOPATOLÓGICO NO BRASIL E FATORES ASSOCIADOS A SUA NÃO REALIZAÇÃO

Estudos nacionais que buscam avaliar a cobertura de realização do exame citopatológico demonstram uma concordância quando relatam uma tendência de diminuição na taxa de mortalidade por câncer do colo do útero associado a um aumento da incidência da patologia entre mulheres mais jovens. A diminuição de mortes atribuíveis ao câncer do colo do útero nas últimas décadas, especialmente nas capitais brasileiras, vem acontecendo paralelamente a melhorias das práticas de rastreamento.

Entre os anos de 2003 a 2008, a frequência de mulheres entre 25 a 59 anos de idade que relataram ter feito pelo menos um exame citopatológico nos últimos três anos anteriores aumentou em 25%, alcançando 84,6% em 2008. No entanto, observa-se ainda uma grande variação entre os níveis de renda. Além disso, em zonas rurais das regiões Norte e Nordeste, onde o acesso ao rastreamento é mais restrito, as taxas de mortalidade ainda são ascendentes (OZAWA; MARCOPITO, 2011).

Outra situação comumente encontrada nos estudos relacionados com a não realização do exame de Papanicolaou é de que a idade avançada, o baixo nível socioeconômico, pertencer a certos grupos étnicos (mulheres não brancas), não ter cônjuge (solteiras, separadas e viúvas), entre outros, tem sido fatores associados a não realização deste exame. Além disso, a limitação do acesso aos serviços de saúde, por barreiras socioeconômicas, culturais e geográficas também se apresenta como responsável pela baixa cobertura de exames de citologia oncológica, constituindo-se como um obstáculo para o controle do câncer do colo do útero (AMORIM et al., 2006).

Um inquérito domiciliar realizado no ano de 1998, na cidade de São Luís/MA, cujo objetivo foi estimar a cobertura e os fatores relacionados a não realização do exame de Papanicolaou, verificou que sua realização pelo menos uma vez na vida foi de 82,4% (IC_{95%}: 76,6 - 87), atendendo à cobertura necessária para causar impacto epidemiológico na incidência e mortalidade por câncer do colo do útero. Foram identificados como fatores associados a não realização do exame: não ter companheiro, ter cinco a oito anos de escolaridade, não ter realizado consulta

médica nos três últimos meses e morar em domicílio cujo chefe de família tem ocupação manual não especializada. Ter tido de dois a quatro parceiros sexuais nos três últimos meses foi relacionado a um menor risco de não realização do citopatológico. Outra situação identificada no estudo foi a de que algumas mulheres realizaram citologias desnecessárias a intervalos curtos, implicando em desperdício de recursos e dificultando o acesso dos grupos mais vulneráveis que apresentaram maiores riscos de não testagem (OLIVEIRA et al., 2006).

Uma pesquisa realizada na cidade de Teresópolis/RJ buscou avaliar os cuidados primários prestados à população materno-infantil, realizando 304 entrevistas com mulheres que levaram seus filhos menores de um ano ao Dia Nacional de Vacinação. Observou-se que 25,3% das mães referiram nunca ter realizado exame citopatológico do colo do útero. Dentre as 227 mães que alguma vez o realizaram, 17% fizeram durante o pré-natal, 38,8% na consulta de revisão pós-parto e 43,6% em período de um a dez anos anterior à gestação (SANTOS et al., 2000).

No extremo sul do país, na cidade de Rio Grande/RS, também foi realizado um estudo de delineamento transversal para medir a prevalência de realização do exame citopatológico do colo do útero e identificar os fatores relacionados a não realização desse exame, através da aplicação de um questionário no ano de 1995. Identificou-se que das 1302 mulheres entrevistadas, 57% nunca haviam realizado o exame citopatológico para detecção do câncer do colo do útero. Além disso, observou-se que mulheres de cor parda ou preta, com idade menor que 20 anos, menor renda familiar e baixa escolaridade, que estavam vivendo sem companheiro e que tiveram o primeiro parto com 25 anos ou mais de idade foram as que apresentaram maiores razões de prevalência para a não realização desse tipo de exame (CESAR et al., 2003).

Na cidade de Campinas/SP, foi realizado um inquérito domiciliar entre os anos de 2001-2002 buscando identificar fatores relacionados a não realização do exame citopatológico do colo do útero, utilizando uma amostra de 290 mulheres com idade de 40 anos ou mais. Os resultados revelaram que dentre a amostra estudada 83,3% das mulheres haviam realizado o exame nos três anos que antecederam a entrevista. A não realização do exame esteve associada significativamente à escolaridade de até 4 anos, renda mensal familiar *per capita* menor ou igual a quatro salários mínimos, com a posse de até nove bens duráveis, que se autorreferiam

pretas ou pardas e que moravam em domicílios com cinco ou mais pessoas. Dentre os principais motivos referidos para a não realização do exame evidenciou-se: achar que não era necessário realizá-lo (43,5%), e considerá-lo “embaraçoso” (28,1%), (AMORIM et al., 2006).

Outro inquérito domiciliar, realizado em 2003, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD), englobando 851 municípios, revelou que a cobertura do exame citopatológico do colo do útero foi de 68,7% nas mulheres com mais de 24 anos de idade. Considerando a recomendação da OMS de que a cobertura adequada é de 80% a 85% nas mulheres na faixa etária de 35 a 59 anos de idade, a cobertura encontrada no inquérito é inferior à preconizada, contribuindo para a manutenção das elevadas taxas de incidência e mortalidade por esse tipo de neoplasia (BRASIL, 2004b; NOVAES BRAGA; SCHOUT, 2006; VALENTE et al., 2009).

Seguindo a mesma perspectiva, um trabalho semelhante realizado em Pelotas/RS, no ano de 2003, apontou que 83% das mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos realizaram o exame citopatológico do colo do útero nos três anos antecedentes ao estudo. Mostraram-se significativamente associadas ($p < 0,05$) a não realização desse exame nos três últimos anos, as seguintes variáveis: faixas etárias de 20 a 29 anos e 50 a 59 anos, em relação às mulheres de 40 a 49 anos de idade, menor escolaridade, menor nível socioeconômico, cor da pele mulata ou preta e não realizar consulta médica nos 12 últimos meses. O estudo concluiu que apesar de mostrar alta cobertura na realização do exame citopatológico nos três anos que antecederam a entrevista, as mulheres com maior número de fatores de risco para o câncer do colo do útero apresentaram menor prevalência de realização do exame (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006).

Considerando a variável faixa etária e sua relação com a não realização do exame citopatológico do colo do útero, outro trabalho realizado no ano de 2006, no Estado de Pernambuco, apresentou resultados semelhantes ao identificar que tanto entre as mulheres com menos de 25 anos como entre aquelas com 60 a 69 anos, as proporções de realização do exame citopatológico do colo do útero são menores que 40%. Já entre as mulheres de 25 a 39 anos e 40 e 59 anos de idade, a cobertura de exame citopatológico nos três anos anteriores a pesquisa, é de aproximadamente, 82%. Importante ressaltar que a cobertura de realização do exame citopatológico sem considerar divisão por faixa etária foi em torno de 60%. Além disso, os

resultados apontaram uma expressiva concentração de mulheres sem filhos, porém em idade reprodutiva que se encontram descobertas pelo exame citopatológico; e a presença de desigualdades sociais na realização do exame (ALBUQUERQUE et al., 2009).

Outro estudo transversal proveniente da região Sul do Brasil, realizado no município de Londrina em 2004, buscou verificar a cobertura e identificar os fatores associados à adesão ao exame citopatológico entre mulheres de 20 a 59 anos residentes em microáreas de cinco Unidades Básicas de Saúde. Ao total foram entrevistadas 513 mulheres e os resultados mostraram uma cobertura geral de 80,7% variando de 71,5 a 88,4% nas cinco áreas. Constatou-se que 41 mulheres (8%) referiram nunca ter realizado o exame citopatológico, 48 (9,4%) relataram que compareceram para coleta há três anos ou mais, 10 (1,9%) não se lembraram de sua última coleta, 138 (26,9%) referiram que haviam se submetido ao exame entre um e três anos e 276 (53,8%) há menos de um ano. Foi significativamente maior a proporção de exame em atraso entre as mulheres de cor parda/negra, que trabalhavam somente em casa, sem companheiro e as que pertenciam às classes econômicas menos favorecidas. Os principais motivos relatados para a não adesão ao exame foram: vergonha, desinformação, falta de interesse, dificuldade para o agendamento do exame, o fato de não gostar do médico da UBS e nunca ter tido queixa ginecológica (SILVA et al., 2006).

Nessa temática, mais um estudo transversal foi realizado na região Sul do país, referente ao Município de São Leopoldo/RS, no ano de 2003. A amostra foi constituída de mulheres moradoras da área urbana com idade entre 20 a 60 anos e com vida sexual ativa. Os resultados mostraram que das 867 mulheres entrevistadas, 741 (85,5%) tinham realizado o exame citopatológico do colo do útero nos últimos três anos. As mulheres classificadas como viúvas, separadas ou solteiras, que não tiveram filhos, que não realizaram consulta médica no último ano e que procuraram preferencialmente o sistema público de saúde apresentaram maiores prevalências de exame citopatológico nunca realizado (MILLER et al., 2008).

No ano de 2004 foi realizado um estudo descritivo com abordagem quantitativa no município de São José do Ribamar/MA. A população foi constituída por mulheres de 15 anos de idade ou mais, cadastradas em uma área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Foram entrevistadas 404 mulheres, revelando

um resultado de cobertura do exame citopatológico de 74,3%. Dentre as principais dificuldades relatadas pelas mulheres para a realização do exame estavam: dificuldades para marcação no serviço de saúde, longo tempo de espera para ser atendida e a situação de não ter com quem deixar os filhos para realizar o exame (OLIVEIRA et al., 2010).

Um estudo realizado no Brasil baseado em dados obtidos no SISCOLO, no período de 2002 a 2006, no qual uma das variáveis estudadas foi a oferta do exame citopatológico do colo do útero através do indicador razão entre os exames citopatológicos e população alvo, evidenciou que essa razão tem se mantido estável após os valores mais altos em 2002, referentes à campanha nacional realizada neste ano. A razão média no país em 2006 foi de 0,18 exames/mulher/ano, pouco mais da metade do parâmetro mínimo de 0,3. Essa estabilidade verificada no período em estudo foi considerada como um ponto crítico das ações de rastreamento dada a realidade ainda aquém da necessidade mínima estimada para a cobertura da população. Além disso, a razão entre exames e a população alvo deve ser ponderada pela participação da saúde suplementar (planos privados) em cada estado para uma estimativa mais próxima da cobertura populacional (DIAS; TOMAZELLI; ASSIS, 2010).

Ainda nessa perspectiva, mais um estudo transversal oriundo do Município de Rio Grande/RS buscou aferir a prevalência de gestantes com o exame citopatológico atualizado (realizado nos últimos 36 meses). Considera-se que a gravidez representa uma excelente oportunidade para a prevenção do câncer do colo do útero, já que o exame ginecológico faz parte da rotina de pré-natal. Foram entrevistadas 445 puérperas sendo encontrada uma prevalência de exame atualizado de 38,9% no início da gestação, chegando a 59,9% no puerpério. As puérperas com 19 anos ou menos, não brancas, com renda inferior a um salário mínimo, sexarca aos 15 anos ou menos, início do pré-natal após o primeiro trimestre e com acompanhamento pelo SUS apresentaram menor cobertura do citopatológico. Os resultados encontrados revelam que a realização do pré-natal mostrou uma tendência à melhora da cobertura do exame citopatológico, porém o serviço local de saúde mostrou-se pouco efetivo, revelando a necessidade de aumentar a cobertura do exame e de motivar e capacitar os profissionais quanto à importância dos procedimentos de rotina pré-natal (GONÇALVES et al., 2011a).

É importante ratificar que o Ministério da Saúde dispõe de um manual técnico de orientação sobre a atenção qualificada e humanizada no pré-natal e puerpério, no qual é indicada a solicitação de exames clínicos, laboratoriais e de imagem no período do pré-natal e puerpério. Dentre eles, encontra-se indicada a realização do exame citopatológico do colo do útero, sendo recomendado principalmente para as mulheres que nunca o realizaram ou estão sem realizar há mais de três anos (BRASIL, 2005; GONÇALVES et al., 2008).

Em publicação recente do INCA, definindo as diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero, foi recomendado o rastreamento em gestantes de acordo com a faixa etária e periodicidade já estabelecida para as demais mulheres. Além disso, foi reforçado que a procura ao serviço de saúde para a realização do pré-natal deve sempre ser considerada como uma oportunidade para realização do rastreamento (BRASIL, 2011).

Dentre os estudos mais recentes na temática da cobertura de realização do exame citopatológico do colo do útero, encontra-se uma pesquisa de delineamento transversal realizada na cidade de Florianópolis/SC, cujo objetivo foi investigar, além da cobertura, os fatores associados à realização do exame entre mulheres de 20 a 59 anos de idade. Observou-se que entre as 952 mulheres entrevistadas, 93% realizaram o teste pelo menos uma vez na vida e 14% estavam com o procedimento em atraso (último exame realizado há mais de três anos). Além disso, constatou-se uma maior cobertura do exame na vida à medida que aumentou a renda, a idade e a escolaridade, com diferenças estatisticamente significativas. Já a prevalência de exames em atraso, foi significativamente maior para as mulheres com até quatro anos de escolaridade, que se autorreferiam de cor preta, com menor renda familiar per capita e solteiras (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011).

Revisão sistemática de literatura realizada em 2004, buscando informações sobre a cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil, observou que os fatores que levam a não realização desse exame tem se repetido nos diferentes estudos. Entre eles, estão: mulheres com baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, pertencentes às faixas etárias mais jovens, que vivem sem companheiro e de cor parda, preta ou não branca (MARTINS; VALENTE; THULER, 2005).

Outra questão importante a ser discutida no contexto da adesão ou não à realização do exame citopatológico se refere ao conhecimento das mulheres em relação à realização do exame e sua finalidade. Um estudo comparativo entre

mulheres brasileiras e japonesas verificou que ter informações sobre o exame, influencia as mulheres a se submeterem ao mesmo, resultando em uma maior e mais consciente procura, enquanto que a desinformação sobre a doença e o exame dificulta a mulher a procurar as ações de prevenção. A desinformação gera despreocupação e conseqüente desinteresse pela prevenção. Os resultados do estudo mostraram ainda que as mulheres realizam o exame citopatológico quando têm facilidade de acesso aos programas de prevenção, e também quando possuem suporte de convênio médico (CHUBACI; MERIGUI; YASUMORI, 2005).

Ainda na perspectiva dos estudos qualitativos, foi realizado um trabalho na cidade de Botucatu/SP cujo objetivo foi verificar os motivos pelo qual algumas mulheres que já haviam iniciado a prática sexual nunca realizaram o exame citopatológico do colo do útero. Os relatos mais comuns encontrados que justificavam a não realização do exame foram a falta de conhecimento sobre o câncer do colo do útero e a técnica do exame, o medo da realização e do resultado do exame e sentimentos de vergonha e constrangimento pela exposição do corpo. Alguns relatos sobre dificuldades em relação à oferta do exame e o fato de ter filhos e emprego também foram encontrados como fatores associados a sua não realização. Tais resultados demonstram que além de ampliar a cobertura é igualmente necessário voltar a atenção para a prevenção primária, desenvolvendo-se ações educativas de promoção da saúde (FERREIRA, 2009).

Estudo recente realizado no município de Itapiúna/CE buscou compreender as barreiras que levavam as mulheres a não realizarem o exame citopatológico periodicamente. Foram entrevistadas 83 mulheres selecionadas a partir de prontuários de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), que realizaram pelo menos um exame citopatológico anterior, mas que não retornaram para a próxima coleta conforme agendamento. Os resultados mostraram que as principais barreiras encontradas foram: falta de motivação e interesse em realizar o exame, muitas vezes pela sobrecarga no cotidiano, dificuldades na relação entre profissional e usuária (postura autoritária do profissional), precarização histórica da educação em saúde e barreiras organizacionais existentes nos serviços de saúde, como dificuldade de agendar a consulta por falta de vaga, horário fixo das consultas de prevenção que são incompatíveis com o cotidiano das mulheres e falta de recursos humanos e materiais (DIÓGENES et al., 2011).

A partir dos resultados dos estudos supracitados, observa-se que a prevalência de realização do exame citopatológico vem aumentando progressivamente com o passar do tempo, mesmo que em muitas localidades sua prevalência seja inferior ao parâmetro de 80% preconizado pela OMS. Os extremos de idade (mulheres muito jovens e de idade mais avançada), pertencer a classes de nível socioeconômico menos favorecido e a certos grupos étnicos (não brancas), não ter companheiro e possuir baixa escolaridade, têm sido identificados como fatores associados a não realização do exame citopatológico do colo do útero. Essa situação evidencia que os programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero ainda não estão atingindo as mulheres que possuem maior risco de desenvolver essa doença, o que pode, em parte, explicar o diagnóstico tardio e a manutenção das taxas de mortalidade.

Assim, a utilização de inquéritos de base populacional pode contribuir de forma expressiva para o planejamento e avaliação dos serviços de saúde. Além disso, esses estudos possibilitam o conhecimento dos problemas de saúde da parcela da população que não tem acesso aos serviços, o que é impossível através de estudos de demanda, ou seja, através de registros dos pacientes atendidos nas diversas instituições de saúde (DIONÍZIO, 2011).

3 HIPÓTESES DO ESTUDO

A prevalência de não realização do exame citopatológico do colo do útero entre as mulheres com filhos menores de dois anos deve ser inferior a 20%, compatível com o parâmetro de prevalência de 80%, estimado pela OMS para causar impacto epidemiológico na incidência e mortalidade por câncer do colo do útero.

Ainda segundo as orientações para rastreamento do câncer do colo do útero da OMS, o último exame citopatológico realizado pela população estudada deve estar atualizado (feito no máximo há 03 anos anteriores à entrevista), uma vez que as mulheres tiveram contato recente com os serviços de saúde em virtude do pré-natal, parto e puerpério.

As características demográficas e socioeconômicas das mulheres estudadas podem comportar-se como uma barreira para a realização do exame citopatológico do colo do útero na região estudada.

Conhecer as características da população que estão associadas a não realização do exame citopatológico em contextos socioeconômicos e geográficos específicos auxilia na compreensão dos determinantes e no planejamento dos programas de rastreamento.

4 OBJETIVOS

Considerando a prevenção do câncer do colo do útero como uma das prioridades das políticas de saúde do Brasil, bem como seu quadro epidemiológico, a consequente morbimortalidade e a necessidade de produzir informações mais precisas do ponto de vista das usuárias dos serviços de saúde, o presente estudo tem como objetivos:

4.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência de não realização do exame citopatológico do colo do útero em mulheres que possuem filhos com idade inferior a 2 anos na Zona Norte do Município de Juiz de Fora.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a periodicidade de realização do exame citopatológico do colo do útero na população estudada e comparar com o que é preconizado pela política de saúde vigente;
- Identificar fatores associados a não realização do exame citopatológico do colo do útero na população em estudo (demográficos, socioeconômicos e relacionados aos serviços de saúde).

5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla com interesse em múltiplos desfechos conduzida pelo Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudo em Saúde (NATES) da Universidade Federal de Juiz de Fora, denominado *Inquérito de Saúde no Município de Juiz De Fora, MG*¹, para avaliação do acesso aos serviços de saúde na Zona Norte do município de Juiz de Fora, sendo utilizada, dentre outros objetivos, para o desenvolvimento de dissertações do Mestrado em Saúde Coletiva.

Trata-se de um estudo transversal, a partir de um inquérito domiciliar de base populacional realizado na Zona Norte do município de Juiz de Fora (MG) com o apoio financeiro e logístico do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFJF.

Em um estudo epidemiológico do tipo transversal, os indivíduos em uma determinada população são examinados para que se verifique a presença da condição de interesse. Esse tipo de delineamento é mais adequado para aferir prevalências, além de ser rápido e apresentar baixo custo, sendo utilizado para avaliar programas de saúde e definir futuras intervenções (FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W, 2006).

O município de Juiz de Fora se encontra localizado no interior do Estado de Minas Gerais, na microrregião da Zona da Mata. Sua população foi contada no ano de 2010, em 516.247 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, [201-]). Ocupa uma área de 1.429,875 km², sendo que do total, 446,551 km² estão em perímetro urbano (JUIZ DE FORA, [20--]).

A região administrativa Norte concentra 23,6% da população do município de Juiz de Fora e foi escolhida por ser a que melhor representa a cidade em questão, pois, segundo os dados da prefeitura de Juiz de Fora, a região norte tem o segundo

¹ UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Núcleo de Assessoria Treinamento e Estudos em Saúde. **Inquérito de Saúde no Município de Juiz de Fora – MG**: relatório técnico. Juiz de Fora, 2011. Trabalho não publicado.

maior contingente populacional do município, com maior disponibilidade territorial na área urbana, correspondente a 13.750,2 hectares. Além disso, essa região possui grande variabilidade econômica e a maior concentração de crianças do município (JUIZ DE FORA, 2011)².

A Zona Norte abrange 55 bairros e, em relação aos serviços de saúde disponíveis, possui um Hospital Militar, uma Unidade Regional de Saúde (urgência e emergência), 11 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), sendo que, 9 atuam com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 15 bairros fora da área de atuação de qualquer UAPS (JUIZ DE FORA, 2011)³.

5.2 SELEÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

No período de março a junho de 2010 foram entrevistadas 345 mães ou responsáveis de crianças menores de dois anos de idade. Essa população foi selecionada para atender ao objetivo de um estudo mais abrangente sobre o acesso aos serviços de saúde à mulher e à criança durante o ciclo gravídico-puerperal e puericultura. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) sob parecer favorável n. 277/2009 – (Anexo A).

A alocação dos participantes adotou os critérios descritos a seguir.

² JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. **Região Administrativa Norte** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <luribeiro.jf@gmail.com> em 21 dez. 2011.

³ JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. **Região Administrativa Norte** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <luribeiro.jf@gmail.com> em 21 dez. 2011.

5.2.1 Critérios de inclusão

Foram selecionados mães ou responsáveis legais de crianças menores de dois anos, de ambos os sexos residentes na região administrativa Norte do município de Juiz de Fora (MG).

5.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas as mães cujas crianças encontravam-se institucionalizadas (abrigos, orfanatos e etc.) e aquelas não residentes em Juiz de Fora.

Além disso, para atender aos objetivos do estudo em questão cujo enfoque principal é verificar os aspectos relacionados à não realização do exame citopatológico do colo do útero, foram excluídos, posteriormente, os questionários dos respondentes que não eram a mãe biológica da criança e aqueles que foram respondidos pela mesma mulher. Como o questionário era destinado à avaliação do acesso da criança aos serviços de saúde, quando uma mesma mãe possuía dois filhos menores de 2 anos (incluindo gemelares), encontrou-se casos de mais de um questionário respondido pela mesma mulher, que foram então eliminados da análise.

5.2.3 Seleção da amostra e cálculo amostral

Foi realizado um estudo epidemiológico de delineamento transversal, observacional, realizado por meio de inquérito domiciliar, com uma amostra de indivíduos representantes de crianças com até 2 anos de idade, de onde seriam obtidos os dados de suas mães, na Zona Norte de Juiz de Fora (MG), no ano de 2010.

Os participantes desta pesquisa foram selecionados por meio de um processo de amostragem aleatória estratificada e conglomerada em múltiplos estágios. As unidades primárias de amostragem foram os setores censitários,

perfazendo um total de 22. Para o sorteio, os setores foram agrupados em estratos definidos de acordo com as diferentes modalidades de atenção à saúde a qual a população do setor estava adstrita, subdivididas em Atenção Primária (Estratégia de Saúde da Família ou tradicional); atenção Secundária e área descoberta. A seleção dos setores censitários foi feita com probabilidades proporcionais ao seu tamanho (população residente segundo o censo demográfico de 2000) de forma independente em cada estrato.

Para o cálculo do tamanho da amostra de crianças de até dois anos de idade, considerou-se um nível de confiança de 95%, correção para populações finitas, efeito do plano amostral igual a 1,5 e possíveis perdas por recusa como aproximadamente 15%. A base populacional utilizada foi construída a partir de uma triagem (contagem rápida) realizada previamente ao início do estudo, nos setores censitários urbanos pertencentes à área de abrangência da Zona Norte de Juiz de Fora selecionados para a amostra. O procedimento de triagem foi realizado por amostragem, onde um a cada cinco domicílios foram selecionados por amostragem sistemática com o objetivo de identificar a existência de residentes pertencentes ao grupo de interesse. Nos domicílios selecionados, buscou-se levantar informações referentes aos domicílios vizinhos (dois localizados à esquerda e dois localizados à direita).

Com base no método de triagem rápida por amostragem, estimou-se 763 indivíduos de até dois anos de idade que seriam localizados nos domicílios da região para compor a amostra do estudo. No entanto, no momento da aplicação dos questionários foram identificados de fato 497 pertencentes ao grupo de interesse. Além disso, as perdas somadas resultaram um total de 152, incluindo mudanças de endereço ou situações nas quais o domicílio sorteado não possuía residente com a característica de interesse, ou a responsável pela criança não ter sido encontrada na casa, após serem realizadas 3 tentativas de contato em horários e dias diferentes. Destas perdas, as recusas corresponderam a 22 indivíduos.

Ao final, da coleta de dados, foram aplicados 345 questionários e, deste total, 308 foram utilizados neste estudo, sendo excluídos 37, dos quais 9 questionários foram respondido em duplicidade por se tratar de uma mesma mãe com duas crianças e os demais, totalizando 28 foram excluídos por terem sido respondidos por outro indivíduo que não fosse a mãe biológica da criança.

5.3 VARIÁVEIS ESTUDADAS

5.3.1 Variáveis dependentes

Optou-se pela escolha de duas variáveis dependentes cujas análises bivariadas e multivariadas foram realizadas separadamente para cada uma delas, a saber: “não realização do exame citopatológico do colo do útero” e “exame citopatológico em atraso”, incluindo as mulheres que nunca o realizaram e aquelas que realizaram o último teste há mais de três anos.

5.3.2 Variáveis independentes

Foram exploradas associações entre os desfechos e algumas variáveis clássicas encontradas nos estudos da mesma temática, disponíveis no questionário aplicado, agrupadas conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Variáveis independentes agrupadas segundo características demográficas, socioeconômicas e relacionadas aos serviços de saúde para realização de pré-natal e exame citopatológico do colo do útero nas mulheres da Zona Norte do município de Juiz de Fora, MG, 2010

Variáveis demográficas	Idade, cor da pele autorreferida, estrato onde se encontra o domicílio (com ou sem cobertura da Estratégia de saúde da família), viver com companheiro (sim ou não), estado civil, número de gestações, número de filhos nascidos, indivíduo elegido como o chefe da família, sexo e idade do chefe da família.
Variáveis socioeconômicas	Saber ler e escrever, grau de escolaridade da mulher e do chefe da família, nº de moradores no domicílio, escolaridade do chefe da família, situação de emprego do chefe da família, classe econômica (A, B, C, D e E), recebimento de benefício do governo (sim ou não), renda pessoal, renda per capita e renda total.

Variáveis relacionadas à utilização dos serviços de saúde	Problema de saúde referido (sim ou não), realização de pré-natal (sim ou não), tipo de serviço para realização do pré-natal, mês de início do pré-natal, número de consultas de pré-natal, realização de exame ginecológico em alguma consulta de pré-natal (sim, não ou não sabe) e local de realização do pré-natal, local, tipo de serviço e tempo de realização do último exame citopatológico do colo do útero.
--	--

Fonte: A autora

Para definição das variáveis independentes, foram coletadas informações sobre a mulher, sua família e características do domicílio. Essas informações foram então agrupadas em categorias para facilitar a análise estatística.

Em relação às características demográficas foi investigada a cor autorreferida pela mulher (branca, amarela, parda, morena, indígena, mulata, mestiça e preta), idade da mulher (até 24 anos, de 25 a 35 anos e maior que 35 anos), estado civil (solteira, casada, separada/viúva), situação conjugal (viver ou não com o companheiro), número de gestações (1 filho, 2 a 3 filhos, mais que 4 filhos), número de filhos nascidos (1 filho, 2 a 3 filhos, mais que 4 filhos), indivíduo elegido como chefe da família (entrevistada, marido, mãe/pai da entrevistada, avô/avó da entrevistada, outra pessoa).

Para as características socioeconômicas, foi perguntado sobre grau de escolaridade da mulher e do chefe da família (nenhuma/primário incompleto, primário incompleto/ginásio incompleto, ginásio completo/colegial incompleto, colegial completo/superior incompleto, superior completo); situação de emprego do chefe da família (não trabalha, empregado com carteira assinada, empregado sem carteira assinada, trabalha por conta própria, é patrão/empregador, trabalho não remunerado); nível socioeconômico segundo critérios da ABEP (Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa) que estima o poder de compra dos indivíduos e famílias urbanas, classificando-as a partir de um sistema de pontuação em A₁, A₂, B₁, B₂, C₁, C₂, D e E (Anexo B); recebimento de benefícios do governo (bolsa família, aposentadoria por invalidez, aposentadoria por idade ou tempo de serviço, auxílio doença e/ou seguro-desemprego) e renda pessoal, total e per capita da família.

Quanto às variáveis relacionadas aos serviços de saúde para realização do pré-natal importou saber o tipo de serviço utilizando para a realização desse atendimento (convênio, particular, SUS ou misto), em que mês da gravidez foi feita a

primeira consulta de pré-natal (1º mês, 2º mês, 3º mês, 4º ao 6º mês, a partir do 7º mês); quantas consultas de pré-natal foram realizadas (até 3 consultas, de 4 a 6, de 7 a 10 e acima de 11 consultas), local de realização do pré-natal (posto de saúde, ambulatório de hospital, ambulatório de faculdade, centro de especialidades, sindicato, consultório/convênio, consultório particular, pronto atendimento, outros serviços) e realização de exame ginecológico em alguma consulta de pré-natal.

Já para as variáveis relacionadas à realização do exame citopatológico do colo do útero foi investigado o tempo de realização do último exame (há menos de 1 ano, há 1 a 2 anos incompletos, há 2 a 3 anos incompletos, há mais de 3 anos, nunca fez), serviço de saúde onde o exame foi realizado (Unidade Básica de Saúde, consultório/ambulatório, hospital, outro serviço) e tipo de serviço (SUS, Previdência Governamental do Estado ou Município, privado – planos ou convênios, particular, outro). Para as mulheres que nunca realizaram o exame, foi perguntado sobre os motivos relacionados a esta não realização.

5.4 PROCEDIMENTO PARA COLETA DOS DADOS

5.4.1 Seleção dos participantes

Após autorização do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF houve o sorteio dos domicílios seguindo os padrões de estratificação (amostragem probabilística estratificada em múltiplos estágios) e aleatorização (por meio de amostragem sequencial de Poisson, sorteou-se os setores censitários com probabilidade proporcional ao percentual de indivíduos nos estratos de interesse).

Equipes constituídas por duplas de entrevistadores e supervisor de campo foram para os locais sorteados. Caso o domicílio sorteado possuísse crianças menores de 2 anos, as mães ou responsáveis legais recebiam esclarecimentos sobre a pesquisa e eram convidados a participarem e a assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. Havendo autorização, foi realizada a entrevista e preenchimento do questionário. Caso o domicílio sorteado não possuísse crianças

que atendessem aos critérios deste estudo, foi adotada como padrão a busca de novo domicílio duas casas após o domicílio sorteado.

5.4.2 Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado questionário adaptado às necessidades do estudo proposto (Apêndice B) baseado no instrumento proposto na pesquisa “AQUARES – Acesso e qualidade na rede de atenção à saúde” (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, 2008)⁴.

O questionário possuiu 17 páginas, contendo 153 questões abrangendo perguntas de identificação da mulher e da criança e questões relacionadas ao pré-natal, parto, puericultura, morbidade nos últimos 30 dias em relação à criança, além de questões referentes ao atendimento da criança em pronto socorro e internação hospitalar. Por último, foram acrescentadas cinco perguntas relacionadas ao exame citopatológico do colo do útero, buscando informações sobre a realização desse exame alguma vez na vida pela mãe, local e período de realização do último exame e motivos relacionados a não realização para as mulheres que nunca haviam sido testadas.

5.4.3 Treinamento da equipe

Foram selecionados entrevistadores com ensino médio completo, estudantes provenientes da Universidade Federal de Juiz de Fora, sem treinamento prévio em saúde, visando à necessidade de registrar informações prestadas exatamente como relatadas pelos respondentes, evitando a utilização de linguagem técnica na transcrição das respostas.

⁴ UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. Departamento de Medicina Social. **Aquares:** instrumentos e manuais. 2008. Disponível em: <http://www.aquares.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27%3Ainstrumentos-e-manuais&catid=7&Itemid=35&lang=pt>.

Os entrevistadores receberam treinamento para realização das entrevistas contando de três etapas: teórica, prática piloto e treinamento prático. Na etapa teórica foram revisados todos os itens do questionário e a forma adequada de preenchimento. A prática piloto constou da aplicação individual de 5 inquéritos por cada entrevistador com subsequente debate em conjunto das principais dificuldades. E a última etapa foi a ida dos entrevistadores ao campo supervisionadas pelas responsáveis pela pesquisa, objetivando esclarecer possíveis dúvidas na execução do preenchimento do instrumento. Os entrevistadores foram acompanhados, avaliados e orientados durante todo o período da pesquisa. Para o controle de qualidade das informações coletadas, 10% da produção foi avaliada por nova entrevista parcial.

5.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados primários resultantes da aplicação dos questionários foram codificados e digitados no programa Epi-info 3.5.1, sendo que estes foram posteriormente exportados, após críticas revisões e correções de erros de digitação, para o pacote estatístico SPSS versão 15.0 possibilitando a construção do banco de dados definitivo.

Inicialmente, para cada desfecho, as associações das variáveis independentes com os desfechos foram testadas separadamente utilizando-se o teste do qui-quadrado, observando-se aquelas que apresentaram um nível de significância menor ou igual a 0,05. A seguir, com o objetivo de medir a associação de uma variável independente, controlada pelas outras que mostraram associação com os desfechos na análise bivariada, realizou-se a análise multivariada através do modelo de regressão logística disponível no recurso *complex sample* do SPSS 15.0. Para tanto, as variáveis foram inseridas no modelo agrupadas em blocos (demográficas, socioeconômicas e relacionadas aos serviços de saúde), considerado como critério para ordem de inserção, as que apresentaram maior significância estatística na análise bivariada, possibilitando a construção de um modelo final.

Tanto para a análise bivariada quanto para a multivariada, utilizou-se um banco de dados ponderado que permitiu a análise dos dados obtidos considerando o peso de cada unidade amostral, com objetivo de obter resultados que possam descrever de forma mais fidedigna as características da população estudada.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente, estudo incluído em um projeto de pesquisa mais amplo, foi submetido à análise ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora e obteve parecer favorável sob o n. 277/2009 (Anexo A). Utilizou-se instrumento padronizado e que não oferece riscos aos participantes.

O estudo, por ser tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, está em conformidade com preceitos éticos que incluem o anonimato dos sujeitos participantes, identificados apenas por números e, assinatura do termo de consentimento depois de informado claramente à respeito da pesquisa.

6 RESULTADOS

A partir da amostragem foram identificadas 345 mulheres, sendo utilizados de fato neste estudo 308 questionários. Os outros 37 foram excluídos por não terem sido respondidos pela mãe biológica ou por representarem respostas em duplicidade como já explicado anteriormente. Ressalta-se que as questões referentes ao exame citopatológico do colo do útero não foram aplicadas nos casos em que a pessoa entrevistada não correspondia à mãe biológica.

A distribuição das características das 308 mulheres estudadas encontra-se detalhada na Tabela 1, demonstrando que a amostra foi constituída por 45,7% de mulheres com idade entre 25 e 35 anos, com média de 27,07 anos, que possuem em média 1,88 filhos nascidos e escolaridade predominante colegial completo ou superior incompleto (40,6%). Em relação à cor autorreferida, a maioria se definiu como não branca (63,4%), englobando as cores preta (20,9%), parda (20,5%), morena (19,1%), mulata (1,9%), amarela (0,8%) e mestiça (0,8%). Quanto ao estado civil, 49,8% se declararam casadas e 75,7% vivem com o companheiro. Do total de mulheres, 20,3% referiram na entrevista, possuir algum tipo de doença crônica.

Tabela 1 – Distribuição das características das mulheres estudadas na Zona Norte do Município de Juiz de Fora, MG, 2010

Característica	n	%	IC _{95%}
<i>Idade</i>			
Até 24 anos	129	41,5	34,3 - 49,1
De 25 a 35 anos	140	45,7	39,3 - 52,2
Acima de 35 anos	39	12,8	9,0 - 17,8
<i>Cor</i>			
Não branca	200	63,4	56,1 - 70,1
Branca	108	36,6	29,9 - 43,9
<i>Estado civil</i>			
Solteira	139	45,1	38,1 - 52,2
Casada	151	49,8	42,6 - 57,1
Separada/viúva	17	5,1	3,2 - 8,1
<i>Vive com o companheiro</i>			
Não	76	24,3	18,4 - 31,3
Sim	232	75,7	68,7 - 81,6

Continua

Característica	n	%	IC_{95%}
<i>Escolaridade</i>			
Nenhuma/primário incompleto	8	2,1	0,9 - 5,1
Primário completo/ginásio incompleto	81	25,3	19,3 - 32,5
Ginásio completo/colegial incompleto	87	27,6	22,8 - 31,1
Colegial completo/superior incompleto	116	40,6	33,1 - 48,5
Ensino universitário completo	15	4,3	2,0 - 8,9
<i>Número de gestações</i>			
1 filho	118	39,0	31,8 - 46,8
2 ou 3 filhos	141	46,9	39,2 - 54,7
4 ou mais filhos	49	14,1	10,0 - 19,4
<i>Problema de saúde referido</i>			
Não	247	79,7	74,1 - 84,4
Sim	61	20,3	15,6 - 25,9

Fonte: A autora

Legenda: n = números absolutos na amostra ponderada; % e IC_{95%} = porcentagens e intervalos de confiança na amostra ponderada

Nota: Os totais de n e % nem sempre somam exatamente 308 ou 100% devido a alguns casos de respostas faltantes

As características relacionadas aos domicílios e aos chefes das famílias são apresentadas na Tabela 2. A maioria dos domicílios foi classificada no estrato econômico C (61,5%) segundo a ABEP (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2010). A renda per capita domiciliar média foi de R\$ 284,00, destacando-se que 54,6% das famílias vivem com renda per capita domiciliar inferior a meio salário mínimo.

Foi verificado que quase a totalidade dos domicílios faz uso de água encanada (97,4%) e o lixo é recolhido pelo caminhão (98,2%). A maioria das construções é de tijolo com reboco (71,5%). Os domicílios possuem em média 4,47 moradores, em 74,4% de domicílios o chefe da família é do sexo masculino. Os chefes das famílias possuem idade média de 36,68 anos e tem escolaridade predominante colegial completo, superior incompleto (39,3%). Destaca-se que 23,2% dos responsáveis pelas famílias declararam que atualmente não estão trabalhando e, 5,3% encontram-se afastados por problemas de saúde (Tabela 2).

Tabela 2 – Características dos domicílios e perfil dos chefes das famílias das mulheres residentes na Zona Norte do município de Juiz de Fora, MG, 2010

Característica	n	%	IC _{95%}
<i>Classe econômica ABEP*</i>			
E	2	0,4	0,0 - 3,2
D	49	13,6	8,7 - 20,6
C	181	61,5	55,3 - 67,3
B	68	23,8	17,0 - 32,1
A	2	0,8	0,2 - 3,6
<i>Renda per capita domiciliar**</i>			
Não respondido	24	8,2	5,2 - 12,8
< R\$ 127,50	44	13,1	8,3 - 20,1
R\$128,00 – R\$255,00	108	33,3	27,8 - 39,3
R\$256,00 – 510,00	79	28,1	22,8 - 34,1
R\$511,00 – R\$1020,00	41	13,4	9,5 - 18,6
> R\$1020,00	12	3,9	2,1 - 7,0
<i>Chefia da família</i>			
Mulher entrevistada	38	12,5	9,8 - 15,9
Marido/companheiro	193	62,9	56,0 - 69,3
Mãe ou pai da entrevistada	53	17,0	13,1 - 21,8
Avô ou avó da entrevistada	11	3,7	1,7 - 7,5
Outro familiar	12	3,6	1,8 - 7,0
Outra pessoa	1	0,4	0,2 - 0,8
<i>Escolaridade do chefe da família</i>			
Nenhuma/primário incompleto	21	5,3	2,7 - 10,2
Primário completo/ginásio incompleto	95	31,2	23,6 - 40,1
Ginásio completo/colegial incompleto	63	20,5	16,6 - 25,1
Colegial completo/superior incompleto	111	39,3	32,4 - 46,7
Ensino universitário completo	12	3,6	1,8 - 6,9

Fonte: A autora

Legenda: n = números absolutos na amostra ponderada; % e IC_{95%} = porcentagens e intervalos de confiança na amostra ponderada; *Estratos de consumo familiar da ABEP; **Renda per capita: valores apresentados múltiplos do salário mínimo de referência no valor de R\$510,00

Nota: Os totais de n e % nem sempre somam exatamente 308 ou 100% devido a alguns casos de respostas faltantes

Em relação à área onde residem as mulheres entrevistadas, a seguinte rede assistencial foi encontrada: considerando a Atenção Primária, 71% da população é coberta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF); 7,5% da área conta com Unidade Básica de Saúde (UBS) de atendimento tradicional e 2,8% não possuem cobertura de atenção primária. A Policlínica existente na região tem como área de abrangência a Zona Norte, possibilitando atendimento de livre demanda no nível secundário para toda a população residente nessa área.

O percentual de mulheres não submetidas ao exame citopatológico do colo do útero foi de 21,3% (IC_{95%}: 17,0-26,4) e, conseqüentemente, a prevalência de

realização do exame pelo menos uma vez na vida foi de 78,7% (IC_{95%}: 76,3 – 83,0). Do total de mulheres que realizaram o citopatológico, 50,4% fizeram o último exame há menos de 1 ano e 6,7% estavam com exame em atraso (último exame realizado há mais de 3 anos). Em relação ao local de realização do exame, 43,8% foram feitos na UBS e 39,0% em ambulatório/consultório, sendo que 62,6% dos atendimentos foram através do SUS (Tabela 3).

Tabela 3 – Prevalência, periodicidade de realização do último exame citopatológico do colo do útero, local de realização e tipo de serviço em mulheres da Zona Norte do município de Juiz de Fora, MG, 2010

Prevalência	n	%	IC _{95%}
<i>Exame citopatológico</i>			
Não	66	21,3	17,0 - 26,4
Sim	242	78,7	73,6 - 83,0
<i>Tempo de realização do último exame</i>			
Há menos de 1 ano	122	50,4	42,2 - 56,6
Há 1 a 2 anos incompletos	82	34,8	30,1 - 39,9
Há 2 a 3 anos incompletos	22	8,1	5,5 - 11,6
Há mais de 3 anos	16	6,7	4,0 - 11,0
<i>Local de realização do último exame</i>			
Unidade Básica de Saúde	130	51,7	43,8 - 59,7
Consultório/ambulatório	92	39,0	31,9 - 46,7
Hospital	13	6,3	4,2 - 9,5
Outro	7	2,9	1,1 - 7,1
<i>Tipo de serviço onde o exame foi realizado</i>			
SUS	152	62,6	53,1 - 72,2
Privado (plano ou convênio)	79	32,0	24,3 - 40,8
Particular	9	4,1	2,3 - 7,0
Outro	2	1,3	0,2 - 9,7

Fonte: A autora

Legenda: n = números absolutos na amostra ponderada; % e IC_{95%} = porcentagens e intervalos de confiança na amostra ponderada

A Tabela 4 mostra as características demográficas e socioeconômicas das mulheres que já realizaram o exame citopatológico do colo do útero alguma vez na vida comparadas com as mulheres que nunca o realizaram. Dentre as mulheres que realizaram o exame, 48,2% encontram-se na faixa etária de 25 a 35 anos, 63,4% referem-se como não brancas, 77,8% vivem com o companheiro e apenas 27,7% estão inseridas nas classes econômicas A e B. Já a maioria das mulheres que nunca

realizaram o exame citopatológico possuem idade até 24 anos (55,5%), se julgam não brancas (63,2%), são solteiras (65,9%), têm baixa escolaridade (72,3%) e encontram-se inseridas nas classes econômicas mais baixas (87,2%).

Tabela 4 – Características demográficas e socioeconômicas das mulheres que já realizaram o exame citopatológico do colo do útero alguma vez na vida, comparadas com as que nunca fizeram o exame na Zona Norte do município de Juiz de Fora, MG, 2010

Variáveis	Fez exame citopatológico			Não fez exame citopatológico		
	n	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}
<i>Idade</i>						
Até 24 anos	90	37,7	30,3 - 45,8	39	55,5	43,1 - 67,3
25 a 35 a	117	48,2	41,1 - 55,4	23	36,4	27,4 - 46,5
Acima 35 anos	35	14,1	10,1 - 19,2	4	8,1	3,0 - 20,2
<i>Cor*</i>						
Não branca	156	63,4	55,0 - 71,1	44	63,2	47,4 - 76,6
Branca	86	36,6	28,9 - 45,0	22	36,8	23,4 - 52,6
<i>Estado civil</i>						
Solteira	95	39,4	32,4 - 46,8	44	65,9	46,5 - 81,1
Casada	130	54,6	47,0 - 62,0	21	32,4	17,4 - 52,1
Viúva/separada	16	6,0	3,9 - 9,3	1	1,7	0,2 - 13,8
<i>Vive com companheiro</i>						
Não	54	22,2	51,3 - 81,2	22	31,9	18,8 - 48,7
Sim	188	77,8	71,4 - 83,1	44	68,1	51,3 - 81,2
<i>Escolaridade**</i>						
Baixa	125	50,4	40,6 - 60,2	51	72,3	60,5 - 81,7
Não Baixa	116	49,6	39,8 - 59,4	15	27,7	18,3 - 39,5
<i>Classe econômica ABEP***</i>						
Baixa (C,D,E)	173	72,3	62,9 - 80,1	57	87,2	74,7 - 94,0
Não Baixa (A,B)	66	27,7	19,9 - 37,1	7	12,8	6,0 - 25,3
<i>Doença crônica referida</i>						
Não	191	79,1	72,1 - 84,7	56	82,1	70,1 - 90,0
Sim	51	20,9	15,3 - 27,9	10	17,9	10,0 - 29,9
<i>Número de filhos nascidos</i>						
1 filho	104	44,8	37,1 - 52,6	38	58,5	43,4 - 72,1
2 ou 3 filhos	111	46,0	39,2 - 53,0	23	34,7	22,6 - 49,1
Mais de 4 filhos	27	9,2	30,4 - 42,4	5	6,8	2,7 - 16,0

Fonte: A autora

Legenda: n = números absolutos na amostra ponderada; % e IC_{95%} = porcentagens e intervalos de confiança na amostra ponderada; *Cor autorreferida pela entrevistada; ** Escolaridade classificada como baixa (até o ensino fundamental) e não baixa (ensino médio ou mais)***Estratos de consumo familiar da ABEP

Nota: Os totais de n (242 para “fez exame citopatológico” e 66 para “não fez exame citopatológico”) e % (100%) nem sempre somam exatamente os valores totais devido a alguns casos de respostas faltantes

As mulheres que nunca haviam realizado o exame citopatológico do colo do útero foram interrogadas em relação ao por que dessa não realização, sendo oferecida uma lista de motivos e a opção de apontar um ou mais deles. Dentre eles, os mais frequentes foram a falta de conhecimento do exame no que se refere à finalidade e importância e o fato de julgarem não ser necessário realizá-lo por sentirem-se saudáveis. Na categoria “outros”, relatos semelhantes foram encontrados atribuindo a não realização à falta de tempo e interesse para se cuidar, medo em relação ao procedimento e o fato de que o exame nunca foi solicitado por um profissional de saúde. Apenas 5,7% das entrevistadas referiram como motivo a dificuldade para marcar a consulta e realizar o exame (Tabela 5).

Tabela 5 – Motivos relatados para não realização do exame citopatológico do colo do útero pelas mulheres da Zona Norte do município de Juiz de Fora, MG, 2010

Motivos para não realização do exame citopatológico	n	%	IC_{95%}
<i>Não era necessário/sou saudável</i>			
Não	44	63,5	47,7 - 76,9
Sim	22	36,5	23,1 - 52,3
<i>Não conhecia o exame/não sabia sua finalidade ou importância</i>	40	57,5	46,6 - 67,6
Não	26	42,5	32,4 - 53,4
Sim			
<i>Teve dificuldade para marcar consulta/não tinha vaga</i>			
Não	62	94,3	83,4 - 98,2
Sim	4	5,7	1,8 - 16,6
<i>Problemas com distância/transporte/dificuldades financeiras</i>	66	100,0	0,0 - 100,0
Não	0	0,0	100,0 - 100,0
Sim			
<i>É muito embaraçoso/desconfortável/tenho vergonha</i>			
Não	62	93,9	85,4 - 97,6
Sim	4	6,1	2,4 - 14,6
<i>Nunca fui ao ginecologista</i>			
Não	65	99,1	93,5 - 99,9
Sim	1	0,9	0,1 - 6,5
<i>Outros</i>			
Não	54	86,4	77,0 - 92,3
Sim	12	13,6	7,7 - 23,0

Fonte: A autora

Legenda: n = números absolutos na amostra ponderada; % e IC_{95%} = porcentagens e intervalos de confiança na amostra ponderada

O perfil das mulheres que se encontravam com exame em atraso (último exame realizado há mais de 3 anos), incluindo-se aquelas que nunca o realizaram, é

semelhante ao detalhado na Tabela 4: maioria tem idade até 24 anos (53,6%), consideram-se não-brancas (63,7%), são solteiras (60,7%), possuem menor escolaridade (72,2%) e pertencem as classes econômicas baixas (86,8%) (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição das características sociodemográficas das mulheres que se encontram com exame citopatológico em atraso na Zona Norte do município de Juiz de Fora, MG, 2010

Variáveis	Não está com exame em atraso			Está com exame em atraso*		
	n	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}
<i>Idade</i>						
Até 24 anos	82	37,1	29,2 - 45,8	47	53,6	34,3 - 49,1
25 a 35 a	111	48,6	41,0 - 56,3	29	37,6	39,3 - 52,2
Acima 35 anos	33	14,3	9,8 - 20,3	6	8,8	9,0 - 17,8
<i>Cor**</i>						
Não branca	80	63,3	54,7 - 71,1	54	63,7	56,1 - 70,1
Branca	146	36,7	28,9 - 45,3	28	36,3	24,8 - 49,7
<i>Estado civil</i>						
Solteira	88	39,4	32,6 - 46,6	51	60,7	45,4 - 74,2
Casada	122	54,4	47,2 - 61,4	29	37,2	23,6 - 53,1
Viúva/separada	15	6,2	4,0 - 9,5	2	2,1	0,4 - 10,2
<i>Vive com companheiro</i>						
Não	51	22,7	17,2 - 29,4	25	28,7	18,4 - 31,3
Sim	175	77,3	70,6 - 82,8	57	71,3	68,7 - 81,6
<i>Escolaridade***</i>						
Baixa	113	48,9	38,9 - 58,9	63	72,2	59,8 - 82,0
Não Baixa	112	51,1	41,1 - 61,1	19	27,8	18,0 - 40,2
<i>Classe econômica ABEP****</i>						
Baixa (C,D,E)	161	71,4	62,0 - 79,2	71	86,8	73,9 - 93,8
Não Baixa (A,B)	61	28,6	20,8 - 38,0	9	13,2	6,2 - 26,1
<i>Problema de saúde referido</i>						
Não	179	79,5	71,3 - 85,8	66	80,5	69,7 - 88,1
Sim	47	20,5	14,2 - 28,7	16	19,5	74,1 - 84,4
<i>Número de filhos nascidos</i>						
1 filho	98	44,9	37,3 - 52,8	44	55,3	43,0 - 66,9
2 ou 3 filhos	104	46,1	38,7 - 53,6	30	36,7	26,9 - 47,9
Mais de 4 filhos	24	9,0	5,1 - 15,3	8	8,0	3,4 - 17,8

Fonte: A autora

Legenda: n = números absolutos na amostra ponderada; % e IC_{95%} = porcentagens e intervalos de confiança na amostra ponderada; *Exame considerado em atraso quando o último teste foi realizado há mais de 3 anos, incluindo as mulheres que nunca o realizaram; **Cor autorreferida pela entrevistada; *** Escolaridade classificada como baixa (até o ensino fundamental) e não baixa (ensino médio ou mais); ****Estratos de consumo familiar da ABEP

Nota: Os totais de n (226 para “não está em atraso” e 82 para “exame em atraso”) e % (100%) nem sempre somam exatamente os valores totais devido a alguns casos de respostas faltantes

É importante enfatizar que todas as mulheres entrevistadas possuem filhos menores de dois anos, portanto, espera-se inicialmente que a maioria delas informe ter tido contato com os serviços de saúde em virtude do pré-natal e puerpério.

A Tabela 7 mostra as características relacionadas à utilização dos serviços de saúde durante o pré-natal entre as mulheres que não estão com o exame citopatológico do colo do útero em atraso (último exame realizado há menos de três anos) e aquelas que estão com o exame em atraso, incluindo as que nunca o realizaram. Observa-se que todas as mulheres (100%) que estão com exame em atraso relataram ter realizado acompanhamento durante o pré-natal. Dentre elas, 75,4% iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre e 63,5% realizaram de 7 a 10 consultas de pré-natal. Quando interrogadas sobre a realização de exame ginecológico, 40,5% responderam que fizeram esse exame em algum momento do acompanhamento pré-natal.

Tabela 7 – Características relacionadas à utilização dos serviços de saúde para realização de pré-natal pelas mulheres da Zona Norte de Juiz de Fora, MG, 2010

Variáveis	Não está com exame em atraso			Exame citopatológico em atraso		
	n	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}
<i>Fez pré-natal</i>						
Não	2	0,7	0,2 - 3,4	0	0,0	0
Sim	224	99,3	96,6 - 99,8	82	100,0	97,5 - 99,9
<i>Tipo de serviço para pré-natal</i>						
Convênio	6	9,4	3,8 - 21,4	6	7,5	3,1 - 17,1
Particular	2	3,4	0,7 - 14,0	2	2,7	0,6 - 10,8
SUS	54	80,3	69,4 - 88,0	68	81,4	73,4 - 87,3
Misto	4	6,9	2,6 - 17,3	6	8,4	3,7 - 18,0
<i>Mês de início pré-natal</i>						
1º mês	72	33,9	24,5 - 44,9	16	21,8	14,0 - 32,3
2º mês	76	32,4	26,3 - 39,1	14	16,8	23,3 - 37,7
3º mês	42	18,6	13,1 - 25,7	29	36,8	18,2 - 29,7
4º a 6º mês	30	13,5	9,0 - 19,8	22	23,9	12,2 - 21,4
> 7 meses	3	1,6	0,5 - 5,0	1	0,7	0,5 - 3,8
<i>Número de consultas pré-natal</i>						
Até 3 consultas	3	1,7	0,6 - 5,0	4	5,1	1,7 - 14,6
4 a 6 consultas	28	11,6	8,1 - 16,3	24	31,3	21,3 - 43,6
7 a 10 consultas	95	42,0	36,1 - 48,2	33	38,5	28,3 - 49,7
Mais que 11 consultas	100	44,7	37,9 - 51,8	21	25,0	16,2 - 37,7

Continua

Variáveis	Não está com exame em atraso			Exame citopatológico em atraso		
	n	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}
<i>Realização de exame ginecológico</i>						
Não	79	33,3	27,1 - 40,0	44	55,9	41,3 - 69,6
Sim	144	66,2	59,9 - 72,2	35	40,5	26,2 - 56,5
Não sabe	1	0,5	0,1 - 4,0	3	3,6	1,1 - 11,8

Fonte: A autora

Legenda: n = números absolutos na amostra ponderada; % e IC_{95%} = porcentagens e intervalos de confiança na amostra ponderada; * exame considerado em atraso quando o último teste foi realizado há mais de 3 anos, incluindo as mulheres que nunca o realizaram

Nota: Os totais de n (226 para “não está em atraso” e 82 para “exame em atraso”) e % (100%) nem sempre somam os valores totais devido a alguns casos de respostas faltantes

As Tabelas 8 e 9 apresentam as análises bivariadas para os desfechos não realização do exame citopatológico do colo do útero e exame em atraso. As variáveis independentes foram dispostas em três blocos, formados pelas características demográficas, socioeconômicas e relacionadas aos serviços de saúde para pré-natal. Para ambos os desfechos, oito variáveis apresentaram significativa associação ($p \leq 0,05$): no primeiro bloco a idade e estado civil; no segundo bloco escolaridade da mulher e classe social e, no terceiro bloco, tipo de serviço pré-natal, realização de exame ginecológico durante o pré-natal, mês de início e número de consultas pré-natal.

Tabela 8 – Análise bivariada da não realização do exame citopatológico do colo do útero segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e relacionadas aos serviços de saúde das mulheres da Zona Norte do município de Juiz de Fora, MG, 2010

Variáveis independentes	Desfecho: não fez exame citopatológico				
	n	%	OR	IC _{95%}	p
Variáveis demográficas					
<i>Idade</i>					0,034 [#]
Até 24 anos	39	55,5	1,000		
De 25 a 35 anos	23	36,4	0,513	0,286 - 0,919	0,025
Mais que 35 anos	4	8,1	0,393	0,146 - 1,056	0,064
<i>Cor</i>					0,975
Não Branca	44	63,2	1,000		
Branca	22	36,8	1,009	0,573 - 1,776	0,975

Continua

Variáveis independentes	Desfecho: não fez exame citopatológico				
	n	%	OR	IC _{95%}	p
Variáveis demográficas					
<i>Estado civil</i>					0,001 [#]
Solteira	44	65,9	1,000		
Casada	21	32,4	0,355	0,198 - 0,635	0,001
Separada/viúva	1	1,7	0,173	0,025 - 1,196	0,075
<i>Vive com o companheiro</i>					0,112
Não	22	31,9	1,000		
Sim	44	68,1	0,609	0,334 - 1,111	0,106
<i>Estrato</i>					0,459
Sem cobertura de atenção primária	16	24,2	1,000		
Com cobertura de atenção primária	50	75,8	0,781	0,410 - 1,490	0,454
<i>Nº filhos nascidos</i>					0,147
1 filho	38	58,5	1,000		
2 a 3 filhos	23	34,7	0,578	0,323 - 1,033	0,064
4 filhos ou mais	4	6,8	0,567	0,193 - 1,665	0,302
<i>Problema de saúde referido</i>					0,587
Não	54	82,1	1,000		
Sim	12	17,9	0,825	0,409 - 1,665	0,591
Variáveis socioeconômicas					
<i>Escolaridade da mulher*</i>					0,0001 [#]
Baixa	51	72,3	1,000		
Não Baixa	15	27,7	0,389	0,214 - 0,705	0,002
<i>Classe social ABEP**</i>					0,01 [#]
Baixa (C,D,E)	57	87,2	1,000		
Não baixa (A e B)	7	12,8	0,385	0,175 - 0,843	0,017
<i>Renda per capita***</i>					0,187
Não respondido	05	7,2	1,000		
< ¼ salário mínimo	13	19,5	2,004	0,606 - 6,631	0,255
¼ a ½ salário mínimo	22	33,1	1,158	0,384 - 3,491	0,794
½ a 1 salário mínimo	23	35,2	1,575	0,522 - 4,753	0,420
1 a 2 salários mínimos	3	5,0	0,373	0,083 - 1,678	0,198
Variáveis relacionadas aos serviços de saúde					
<i>Fez pré-natal</i>					0,999
Não	0	0,0	1,000		
Sim	66	100,0	0,000	0,000	0,999
<i>Tipo de serviço para pré-natal</i>					0,017 [#]
Convênio	6	9,4	1,000		
Particular	2	3,4	3,722	0,612 - 22,634	0,154
SUS	54	80,3	4,102	1,682 - 10,004	0,002
Misto	4	6,9	2,233	0,573 - 8,703	0,000
<i>Fez exame ginecológico no pré-natal</i>					0,008 [#]
Não	32	48,5	1,000		
Sim	31	47,0	0,512	0,292 - 0,897	0,019
Não sabe	3	4,5	6,427	0,754 - 54,755	0,089

Continua

Variáveis independentes	Desfecho: não fez exame citopatológico				
	n	%	OR	IC _{95%}	p
Variáveis relacionadas aos serviços de saúde					
<i>Mês início pré-natal</i>					0,002 [#]
1º mês	11	18,5	1,000		
2º mês	13	19,4	1,169	0,502 - 2,727	0,717
3º mês	26	40,3	3,949	1,828 - 8,530	0,001
4º ao 6º mês	15	20,9	2,573	1,083 - 6,113	0,032
A partir do 7º mês	1	0,9	1,079	0,061 - 19,203	0,959
<i>Nº consultas pré-natal</i>					0,020 [#]
≤ 3 consultas	4	5,3	1,000		
De 4 a 6 consultas	25	40,1	1,739	0,497 - 6,090	0,387
De 7 a 10 consultas	34	49,8	1,198	0,350 - 4,100	0,774
Acima de 11 consultas	3	4,8	0,251	0,049 - 1,282	0,097

Fonte: A autora

Legenda: n = números absolutos na amostra ponderada; % e IC_{95%} = porcentagens e intervalos de confiança na amostra ponderada; * escolaridade baixa = ensino fundamental ou menos; escolaridade não baixa = ensino médio ou mais; **Estratos de consumo familiar da ABEP; ***Renda per capita: valores apresentados múltiplos do salário mínimo de referência no valor de R\$510,00; # = variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com o desfecho

Nota: p = significância estatística do teste de associação do qui-quadrado; OR (razões de chances) estimada pelo modelo de regressão logística para cada variável; IC_{95%} = intervalos de confiança para a estimativa pontual. Os totais de n (66) e % (100%) nem sempre somam exatamente os valores totais devido a alguns casos de respostas faltantes

Tabela 9 – Análise bivariada do desfecho exame citopatológico do colo do útero em atraso segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e relacionadas aos serviços de saúde das mulheres da Zona Norte do município de Juiz de Fora, MG, 2010

Variáveis independentes	Desfecho: exame citopatológico em atraso*				
	n	%	OR	IC _{95%}	p
Variáveis demográficas					
<i>Idade</i>					0,033 [#]
Até 24 anos	47	53,6	1,000		
De 25 a 35 anos	29	37,6	0,535	0,312 - 0,919	0,023
Mais que 35 anos	6	8,8	0,430	0,178 - 1,042	0,062
<i>Cor autorreferida</i>					0,949
Não Branca	54	63,7	1,000		
Branca	28	36,3	0,983	0,582 - 1,661	0,949
<i>Estado civil</i>					0,004 [#]
Solteira	51	60,7	1,000		
Casada	29	37,2	0,443	0,262 - 0,750	0,002
Separada/viúva	2	2,1	0,218	0,043 - 1,104	0,066

Continua

Variáveis independentes	Desfecho: exame citopatológico em atraso*				
	n	%	OR	IC _{95%}	p
Variáveis demográficas					
<i>Vive com o companheiro</i>					0,283
Não	25	28,7	1,000		
Sim	57	71,3	0,730	0,412 - 1,291	0,279
<i>Estrato</i>					0,666
Sem cobertura de atenção primária	19	22,6	1,000		
Com cobertura de atenção primária	63	77,4	0,874	0,475 - 1,610	0,666
<i>Nº filhos nascidos</i>					0,273
1 filho	44	55,3	1,000		
2 a 3 filhos	30	36,7	0,649	0,380 - 1,108	0,133
4 filhos ou mais	8	8,0	0,723	0,280 - 1,864	0,502
<i>Problema de saúde referido</i>					0,846
Não	66	80,5	1,000		
Sim	16	19,5	0,939	0,498 - 1,770	0,846
Variáveis socioeconômicas					
<i>Escolaridade da mulher**</i>					0,0001 [#]
Baixa	63	72,2	1,000		
Não Baixa	19	27,8	0,367	0,012 - 0,636	0,0001
<i>Classe social ABEP***</i>					0,006 [#]
Baixa (C,D,E)	71	86,8	1,000		
Não baixa (A e B)	9	13,2	0,380	0,187 - 0,771	0,007
<i>Renda per capita****</i>					0,154
Não respondido	6	7,8	1,000		
< ¼ salário mínimo	13	16,3	1,470	0,484 - 4,463	0,497
¼ a ½ salário mínimo	31	38,1	1,300	0,483 - 3,500	0,604
½ a 1 salário mínimo	25	30,9	1,227	0,447 - 3,368	0,691
1 a 2 salários mínimos	5	5,8	0,385	0,104 - 1,430	0,154
> 2 salários mínimos	1	1,1	0,249	0,025 - 2,505	0,238
Variáveis relacionadas aos serviços de saúde					
<i>Fez pré-natal</i>					0,999
Não	0	0,0	1,000		
Sim	82	100,0	0,00	0,000	0,999
<i>Tipo de serviço para pré-natal</i>					0,002 [#]
Convênio	6	7,5	1,000		
Particular	2	2,7	3,722	0,612 - 22,634	0,154
SUS	68	81,4	5,709	2,357 - 13,813	0,0001
Misto	6	8,4	3,722	1,071 - 12,933	0,039
<i>Fez exame ginecológico no pré-natal</i>					0,0001 [#]
Não	44	55,9	1,000		
Sim	35	40,5	0,363	0,215 - 0,615	0,0001
Não sabe	3	3,6	3,976	0,469 - 33,682	0,205

Continua

Variáveis independentes	Desfecho: exame citopatológico em atraso*				
	n	%	OR	IC _{95%}	p
Variáveis relacionadas aos serviços de saúde					
<i>Mês início pré-natal</i>					0,001 [#]
1º mês	16	21,8	1,000		
2º mês	14	16,8	0,808	0,373 - 1,748	0,588
3º mês	29	36,8	3,070	1,531 - 6,157	0,002
4º ao 6º mês	22	23,9	2,743	1,274 - 5,907	0,010
A partir do 7º mês	1	0,7	0,679	0,039 - 11,877	0,791
<i>Nº consultas pré-natal</i>					0,001 [#]
≤ 3 consultas	4	4,3	1,00		
De 4 a 6 consultas	24	24,6	0,705	0,254 - 1,958	0,503
De 7 a 10 consultas	33	48,2	0,399	0,147 - 1,082	0,071
Acima de 11 consultas	21	22,9	0,071	0,016 - 0,308	0,0001

Fonte: A autora

Legenda: n = números absolutos na amostra ponderada; % e IC_{95%} = porcentagens e intervalos de confiança na amostra ponderada; *Exame em atraso = quando o último teste foi realizado há mais de 3 anos, incluindo as mulheres que nunca o realizaram; ** escolaridade baixa = ensino fundamental ou menos; escolaridade não baixa = ensino médio ou mais; ***Estratos de consumo familiar da ABEP; ****Renda per capita: valores apresentados múltiplos do salário mínimo de referência no valor de R\$510,00; # = variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com o desfecho

Nota: p = significância estatística do teste de associação do qui-quadrado; OR (razões de chances) estimada pelo modelo de regressão logística para cada variável; IC_{95%} = intervalos de confiança para a estimativa pontual. Os totais de n (82) e % (100%) nem sempre somam exatamente os valores totais devido a alguns casos de respostas faltantes

As Tabelas 10 e 11 apresentam as análises multivariadas, utilizando-se o modelo de regressão logística do recurso *complex sample*, com as variáveis independentes que mostraram associação significativa na análise bivariada para os desfechos não realização do exame citopatológico do colo do útero e exame em atraso. Para análise, essas variáveis foram agrupadas em três blocos: variáveis demográficas, socioeconômicas e relacionadas aos serviços de saúde, sendo inseridas no modelo considerando o poder de associação obtido na análise bivariada. Dentre elas, a variável que se manteve associada ao desfecho não realização do exame citopatológico do colo do útero foi a escolaridade da mulher. Para o desfecho exame em atraso, as variáveis que se mostraram estatisticamente significativas foram: estado civil, realização do exame ginecológico no pré-natal e número de consultas de pré-natal.

Tabela 10 – Análises multivariadas do desfecho não realização do exame citopatológico do colo do útero com as variáveis independentes de maior poder de associação na análise bivariada, utilizando o modelo de regressão logística com as variáveis inseridas em três blocos (demográficas, socioeconômicas e relacionadas aos serviços de saúde)

Variáveis independentes	Desfecho: não fez o exame citopatológico		
	%	OR	IC _{95%}
Variáveis demográficas			
<i>Idade</i>			
Até 24 anos	55,5	1,000	
De 25 a 35 anos	36,4	0,788	0,425 – 1,464
Mais que 35 anos	8,1	0,592	0,196 – 1,792
<i>Estado civil</i>			
Solteira	65,9	1,000	
Casada	32,4	0,409	0,165 - 1,015
Separada/viúva	1,7	0,174	0,021 - 1,451
Variáveis socioeconômicas			
<i>Escolaridade da mulher**</i>			
Baixa	72,3	1,000	
Não Baixa	27,7	0,413 [#]	0,223 - 0,766
<i>Classe social ABEP***</i>			
Baixa (C,D,E)	84,7	1,000	
Não baixa (A e B)	12,5	0,510	0,209 - 1,244
Variáveis relacionadas aos serviços de saúde			
<i>Fez exame ginecológico no pré-natal</i>			
Não	55,9	1,000	
Sim	40,5	0,552	0,227 - 1,099
Não sabe	3,6	6,347	0,607 - 60,163
<i>Tipo de serviço pré-natal</i>			
Convênio	9,4	1,000	
Particular	3,4	3,855	0,476 - 31,208
SUS	80,3	2,511	1,066 – 5,916
Misto	6,9	2,338	0,585 – 9,337
<i>Mês de início do pré-natal</i>			
1º mês	18,5	1,000	
2º mês	19,4	1,164	0,489 - 2,711
3º mês	40,3	3,535	1,426 - 8,761
4º ao 6º mês	20,9	2,004	0,563 - 4,655
A partir do 7º mês	0,9	0,084	0,084 – 8,683

Continua

Variáveis independentes	Desfecho: não fez o exame citopatológico		
	%	OR	IC _{95%}
Variáveis relacionadas aos serviços de saúde			
<i>Número de consultas pré-natal</i>			
≤ 3 consultas	5,3	1,000	
De 4 a 6 consultas	40,1	1,718	0,495 – 5,964
De 7 a 10 consultas	49,8	1,722	0,478 – 6,202
Acima de 11 consultas	4,8	0,399	0,064 - 2,840

Fonte: A autora

Legenda: n = números absolutos na amostra ponderada; % e IC_{95%} = porcentagens e intervalos de confiança na amostra ponderada; * escolaridade baixa = ensino fundamental ou menos; escolaridade não baixa = ensino médio ou mais; **Estratos de consumo familiar da ABEP; # = variáveis que mostraram associação estatisticamente significativa com o desfecho.

Nota: OR (razões de chances) estimadas pelo modelo de regressão logística para cada variável; IC_{95%} = intervalo de confiança para a estimativa pontual. Os totais de n (66) e % (100%) nem sempre somam exatamente os valores totais devido a alguns casos de respostas faltantes

Tabela 11 – Análises multivariadas do desfecho exame citopatológico em atraso com as variáveis independentes de maior poder de associação na análise bivariada, utilizando o modelo de regressão logística, com as variáveis divididas em três blocos (demográficas, socioeconômicas e relacionadas aos serviços de saúde)

Variáveis independentes	Desfecho: exame citopatológico em atraso*		
	%	OR	IC _{95%}
Variáveis demográficas			
<i>Idade</i>			
Até 24 anos	53,6	1,000	
De 25 a 35 anos	37,7	0,743	0,394 - 1,403
Mais que 35 anos	8,7	0,598	0,201 - 1,798
<i>Estado civil</i>			
Solteira	60,7	1,000	
Casada	37,2	0,504 [#]	0,269 – 0,945
Separada/viúva	2,1	0,152 [#]	0,027 - 0,845
Variáveis socioeconômicas			
<i>Escolaridade da mulher**</i>			
Baixa	72,2	1,000	
Não Baixa	27,8	0,505	0,277 – 1,122
<i>Classe social ABEP***</i>			
Baixa (C,D,E)	84,8	1,000	
Não baixa (A e B)	12,9	0,514	0,206 - 1,286

Continua

Variáveis independentes	Desfecho: exame citopatológico em atraso*		
-------------------------	---	--	--

	%	OR	IC _{95%}
Variáveis relacionadas aos serviços de saúde			
<i>Fez exame ginecológico no pré-natal</i>			
Não	48,5	1,000	1,00
Sim	47,0	0,341 [#]	0,185 - 0,629
Não sabe	4,5	1,997	0,138 - 28,795
<i>Tipo de serviço pré-natal</i>			
Convênio	7,5	1,000	
Particular	2,7	1,721	0,204 - 14,526
SUS	81,4	2,982	1,411 - 6,304
Misto	8,4	3,075	1,005- 9,413
<i>Mês de início do pré-natal</i>			
1º mês	21,8	1,000	
2º mês	16,8	0,550	0,237 - 1,277
3º mês	36,8	1,858	0,760 - 4,542
4º ao 6º mês	23,9	1,183	0,413 - 3,384
A partir do 7º mês	0,7	0,226	0,020 - 2,563
<i>Número de consultas pré-natal</i>			
≤ 3 consultas	4,3	1,000	
De 4 a 6 consultas	24,6	0,704	0,345 - 1,437
De 7 a 10 consultas	48,2	0,525	0,277 - 1,217
Acima de 11 consultas	22,9	0,092 [#]	0,034 - 0,252

Fonte: A autora

Legenda: n = números absolutos na amostra ponderada; % e IC_{95%} = porcentagens e intervalos de confiança na amostra ponderada; *Exame em atraso = quando o último teste foi realizado há mais de 3 anos, incluindo as mulheres que nunca o realizaram; ** escolaridade baixa = ensino fundamental ou menos; escolaridade não baixa = ensino médio ou mais; ***Estratos de consumo familiar da ABEP; # = variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com o desfecho

Nota: OR (razões de chances) estimadas pelo modelo de regressão logística para cada variável; IC_{95%} = intervalo de confiança para a estimativa pontual. Os totais de n (82) e % (100%) nem sempre somam exatamente os valores totais devido a alguns casos de respostas faltantes

7 DISCUSSÃO

Os estudos transversais, em especial através de inquéritos populacionais, quando utilizados de acordo com suas indicações, vantagens e limitações podem fornecer informações importantes para diferentes setores de governo, em todas as esferas governamentais. Esses estudos contribuem para a construção de conhecimentos essenciais a respeito de necessidades, comportamentos, gastos e condições de saúde dos indivíduos, além de levantarem questões referentes à utilização dos serviços de saúde, especialmente nos indivíduos que não fazem uso dos serviços ou o fazem de maneira irregular. Além disso, possibilitam avaliar a forma da utilização dos serviços de saúde por grupos com diferentes características demográficas e socioeconômicas (DIONÍZIO, 2011).

Em relação à prevenção e controle do câncer do colo do útero, os estudos transversais realizados por meio de inquéritos populacionais permitem identificar as desigualdades existentes na cobertura do exame citopatológico, possibilitando distinguir as mulheres que fizeram apenas um exame daquelas que fizeram vários; investigando também aquelas que o realizaram fora do sistema público de saúde. Esse tipo de investigação é fundamental para estimar o impacto das ações desenvolvidas e permitir o monitoramento e a avaliação do programa de prevenção do câncer do colo do útero, contribuindo para o planejamento e organização dos serviços de saúde (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011).

A partir dos resultados obtidos neste estudo, observou-se que o percentual de mulheres não submetidas ao exame citopatológico do colo do útero na Zona Norte do município de Juiz de Fora/MG foi de 21,3% (IC_{95%}: 17,0 - 26,4) e, conseqüentemente, a prevalência de realização do exame pelo menos uma vez na vida, foi de 78,7% (IC_{95%}: 76,3 - 83,0), encontrando-se ligeiramente abaixo da cobertura de 80% recomendada pela OMS para causar impacto na incidência e mortalidade por câncer do colo do útero. Resultados de coberturas superiores a 80% foram descritos em outras pesquisas realizadas em municípios brasileiros, como em São Leopoldo/RS que apresentou cobertura de 85% (MILLER et al., 2008), Florianópolis/SC cuja cobertura encontrada foi de 93% (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011), São Luís/MA com cobertura de 82,4% (OLIVEIRA et al., 2006) e Pelotas/RS com cobertura de 83% (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006).

Apesar da prevalência de realização do exame citopatológico encontrada neste estudo estar um pouco abaixo da preconizada pela OMS, encontra-se consistente com um inquérito nacional desenvolvido em 15 capitais brasileiras no período de 2001-2003, o qual evidenciou coberturas entre 73,4% em João Pessoa/PB e 92% em Vitória/ES (SZWARCOWALD et al., 2005). No estudo conduzido por Pinho e outros (2003), no município de São Paulo/SP, a prevalência de realização do exame citopatológico do colo do útero foi de 77,3%, semelhante ao resultado encontrado nesta investigação. Porém, um estudo mais recente conduzido por Dionízio (2011), também no município de São Paulo, encontrou uma prevalência de 90,3%, refletindo uma intensificação da realização do exame citopatológico do colo do útero nessa localidade.

Em relação à idade, observou-se na análise bivariada que as mulheres com 25 a 35 anos, quando comparadas às mais jovens (até 24 anos), apresentaram menores chances de não terem realizado exame citopatológico do colo do útero (OR: 0,513 IC_{95%}: 0,286-0,919) ou de não estarem com o exame em atraso (OR:0,535 IC_{95%} 0,312-0,919), com significância marginal de $p = 0,034$ e $p = 0,033$, respectivamente . Outros estudos também encontraram proporções menores de realização do exame citopatológico entre as mulheres mais jovens (ALBUQUERQUE et al., 2009; GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011). Considerando os motivos citados nesta pesquisa pelas entrevistadas como justificativa para a não realização do exame é possível pensar que as mulheres mais jovens, por se sentirem saudáveis e suporem que não necessitam de cuidados de saúde, se autoclassificam como de menor risco para ter uma doença oncológica. No entanto, após aplicação do modelo de regressão logística, a variável idade não manteve associação significativa com ambos os desfechos estudados.

Os achados desta e de outras investigações com objetivos semelhantes apontam para uma menor prevalência de realização do exame citopatológico no grupo de mulheres mais jovens. Essa informação torna-se relevante uma vez que, atualmente, verifica-se que as anormalidades citopatológicas em adolescentes sexualmente ativas têm aumentado progressivamente. Estudos indicam que as adolescentes são mais suscetíveis à infecção pelo HPV e que as lesões precursoras do câncer cervical progridem mais rapidamente em mulheres jovens. Estes fatos estariam relacionados à imaturidade imunológica sistêmica e cervical, à maior exposição da JEC por fatores hormonais e a baixa prevalência do uso de métodos

contraceptivos de barreira que conferem proteção contra a infecção por HPV (GONÇALVES et al., 2011b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Quanto ao estado civil, na análise bivariada, observou-se que as mulheres casadas, quando comparadas às solteiras apresentaram menores chances de não terem realizado o exame citopatológico (OR: 0,355 IC_{95%}: 0,198-0,635) ou de estarem com o exame em atraso (OR 0,443 IC_{95%}:0,262-0,750), com significância marginal de $p = 0,001$ e $p = 0,004$, respectivamente. Na análise multivariada, a variável estado civil manteve-se com significância estatística para o desfecho exame em atraso com OR: 0,504 (IC_{95%} 0,269-0,0945) para mulheres casadas e OR: 0,152 (IC_{95%} 0,027-0,845) para as mulheres separada/viúvas, apontando menores chances de estar com o exame em atraso quando comparadas ao grupo de mulheres solteiras.

Assim como este, estudo recente realizado no município de São Paulo/SP que buscou descrever a cobertura do exame citopatológico do colo do útero também demonstrou menor prevalência de realização do exame entre mulheres solteiras, encontrando maior cobertura entre as mulheres casadas, seguidas pelas separadas/divorciadas. Essa situação foi interpretada considerando a prática sexual regular como mediadora para realização do exame citopatológico, com consequente demanda aumentada por serviços de assistência ginecológica, obstétrica ou de planejamento familiar (DIONÍZIO, 2011).

Considerando a variável cor autorreferida, não foi observada associação estatisticamente significativa com os desfechos não realização do exame citopatológico e exame em atraso, tanto na análise bivariada, quanto na regressão logística. Estudos conduzidos por Amorim (2010), Dionízio (2011) e Gasperin, Boing e Kupek (2011) apresentaram resultados consistentes com esta pesquisa não observando diferenças significativas na prevalência de realização do exame por mulheres brancas e não brancas. Alguns estudos encontraram associações estatisticamente significativas entre a cor/raça e prevalência de realização do exame citopatológico destacando menor proporção de exames entre as mulheres que se autorreferiram negras ou pardas, evidenciando desigualdades sociais na cobertura do citopatológico (AMORIM et al., 2006; HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006; QUADROS; VICTORIA; DIAS DA COSTA, 2004). A partir desses achados pode-se considerar precoce a afirmação de aumento da prevalência de realização

do exame pelas mulheres não brancas, havendo necessidade de mais estudos para dar consistência aos dados encontrados (DIONÍZIO, 2011).

Em relação às variáveis socioeconômicas, a classificação econômica das famílias as quais as mulheres pertenciam (segundo critérios da ABEP) não mostrou relação significativa com os desfechos estudados na análise bivariada e no modelo de regressão logística. Tal situação sugere que a renda da população estudada é homogênea, já que a maioria das famílias foi classificada em classe social baixa (C, D e E). Cabe ressaltar que diversos estudos encontraram associação significativa entre classe social e a não realização do exame citopatológico do colo do útero. Dentre eles, pode-se citar o de Silva e outros (2006), realizado em Londrina/RS e o de Gonçalves e outros (2011b), realizado em Rio Grande/RS, cujos resultados apontam para uma menor prevalência de realização do exame citopatológico entre as mulheres que pertencem às classes sociais mais baixas e possuem menor renda familiar. No entanto, os resultados desse estudo estão em concordância com os achados de Amorim (2010) em relação às práticas preventivas para o câncer do colo do útero em municípios de São Paulo, que verificou não haver diferença na prevalência de realização do exame segundo as variáveis socioeconômicas analisadas, apontando uma equidade social na cobertura do exame citopatológico.

A baixa escolaridade apresentou-se significativamente associada a ambos os desfechos estudados na análise bivariada ($p = 0,001$ para não realização do exame e $p = 0,0001$ para exame em atraso). No modelo de regressão logística, a variável escolaridade da mulher manteve-se associada ao desfecho não realização do exame citopatológico (OR: 0,413; IC_{95%}: 0,223-0,766), revelando que as mulheres com escolaridade não baixa (ensino médio completo ou mais) quando comparadas com as de escolaridade baixa (ensino fundamental ou menos) apresentaram menores chances de não terem realizado o exame. A literatura científica relacionada à temática em questão documenta que quanto menos tempo de estudo a mulher possui menor a probabilidade de se submeter ao exame citopatológico. Um inquérito populacional realizado no Brasil em 2003, através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), evidenciou a associação entre a baixa escolaridade e a não realização do exame citopatológico, indicando desigualdades na cobertura deste exame (BRASIL, 2004b).

Outros estudos também encontraram menor prevalência de realização do exame entre as mulheres que possuíam menor escolaridade, destacando a baixa

escolaridade como fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero. Alguns autores acreditam que mulheres com baixa escolaridade tenham menor poder de pressão sobre os serviços de saúde na reivindicação de atendimento de qualidade e, além disso, essa situação pode determinar menor nível de informação e entendimento, resultando em baixa adesão às estratégias de prevenção (AMORIM et al., 2006; CESAR et al., 2003; GOMES et al., 2012; GONÇALVES et al., 2011b; HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006; LEAL et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2006; QUADROS; VICTORIA; DIAS DA COSTA, 2004).

Levando em consideração o estado de saúde da mulher, inicialmente pensou-se que o fato de ser portadora de algum tipo de doença crônica estaria relacionado com a utilização mais frequente dos serviços de saúde. Esta situação poderia constituir-se em uma oportunidade de rastreamento e educação em saúde, voltada para as práticas de ações preventivas, aumentando, portanto, a prevalência de realização do exame citopatológico nesse grupo de mulheres. Apesar disso, este estudo não encontrou relação estatisticamente significativa desta variável com nenhum dos desfechos estudados, tanto na análise bivariada quanto no modelo de regressão logística. Em estudo proveniente do município de Pelotas/RS, foi encontrado resultado semelhante, verificando que as mulheres portadoras de doenças crônicas também não apresentaram maior prevalência de realização do exame citopatológico, sugerindo a falta de integralidade na assistência à saúde e perda de oportunidade para oferta do exame (DIAS da COSTA et al., 2003).

Considerando a utilização dos serviços de saúde entre as mulheres que realizaram o exame citopatológico em algum momento da vida, observou-se que 48,2% (IC_{95%}: 41,1-55,4) tem idade entre 25 a 35 anos, 54,6% (IC_{95%}: 47,0-62,0) são casadas e 46,0% (IC_{95%}: 39,2-53,0) possuem de 2 a 3 filhos. Dentre elas, 50,4% (IC_{95%}: 42,2-56,6) realizaram o último exame há menos de 1 ano, 34,8% (IC_{95%}: 30,1-39,9) o fizeram há 1 a 2 anos incompletos, 8,1% (IC_{95%}: 5,5-11,6) fizeram seu último citopatológico há 2 ou 3 anos incompletos e 6,7% (IC_{95%}: 4,0-11,0) estão com o exame em atraso (último exame há mais de 3 anos). Do total de exames, 51,7% (IC_{95%}: 43,8-59,6) foram realizados na UBS e 62,6% (IC_{95%}: 53,1-72,2) dos atendimentos aconteceram no SUS.

Observa-se que a maior parte dos exames foi realizada no SUS. No entanto, os locais de realização do exame bem como o tipo de serviço utilizado não mostraram relação estatisticamente significativa com os desfechos estudados. Essa

realidade sugere equidade na prevalência de realização do citopatológico entre as mulheres que utilizam os serviços públicos de saúde e aquelas que utilizam serviços privados (particular ou convênios). Alguns estudos encontraram relação significativa entre a situação de possuir ou não planos de saúde, encontrando maior prevalência de realização do exame citopatológico entre mulheres que utilizam serviços privados de saúde (ALBUQUERQUE et al., 2009; DIONÍZIO, 2011; GONÇALVES et al., 2011a; MALTA et al., 2011; MORAES et al., 2011).

Quanto ao tempo de realização do último exame citopatológico, os achados desta pesquisa encontram-se consistentes com os demais estudos, onde a maioria das mulheres entrevistadas (50,4% IC_{95%}: 42,2-56,6) referiram ter realizado o último exame há um ano ou menos da entrevista. Essa situação pode ser interpretada a partir da crença de muitas mulheres e profissionais de saúde em acreditar que a efetividade do exame aumenta com sua realização anual. A partir disso muitas mulheres são rastreadas desnecessariamente, a intervalos curtos, implicando em aumento de custos para os serviços de saúde e dificultando o acesso de grupos mais vulneráveis que apresentam maiores chances de não realização do exame citopatológico (DIONÍZIO, 2011; OLIVEIRA et al., 2006).

Dentre as mulheres que nunca realizaram o exame citopatológico 55,5% (IC_{95%}: 43,1-67,3) tem idade até 24 anos, 63,2% se autorreferem como não brancas (IC_{95%}: 47,4-76,6), 65,9% são solteiras (IC_{95%}: 46,5-81,1) e 87,2% (IC_{95%}: 74,7-94,0) estão inseridas nas classes sociais mais baixas (C, D e E). Quando interrogadas em relação aos motivos para não realização do exame, a maioria respondeu que não o conhecia e não sabia da sua importância. Além disso, informaram que se sentia saudável e não julgava necessário realizar algum tipo de exame. Diversos estudos transversais, com objetivos semelhantes, realizados em outras localidades brasileiras estão em concordância com os achados desta pesquisa no que se refere às características demográficas e socioeconômicas (idade, estado civil e escolaridade) das mulheres que nunca realizaram o exame citopatológico, bem como os motivos apontados para a sua não realização (CECHINEL et al., 2009; GONÇALVES et al., 2011b; MARTINS, THULER; VALENTE, 2005; MARTINS; VALENTE; THULER, 2005; MILLER et al., 2008; RODRIGUES NETO; FIGUEIREDO; SIQUEIRA, 2008).

Uma questão relevante abordada neste estudo refere-se ao fato de que todas as mulheres que constituem a amostra, possuem filhos menores de dois anos,

sugerindo que possivelmente tiveram contato com os serviços de saúde em virtude do pré-natal, parto e puerpério. As evidências atuais indicam que as gestantes apresentam chances maiores para o diagnóstico de lesões em estágio inicial devido aos exames vaginais frequentes, considerando que as lesões iniciais são quase sempre assintomáticas. Sendo assim, o período pré-natal e pós-parto representa uma excelente oportunidade para a prevenção do câncer do colo do útero já que a realização do exame citopatológico faz parte da rotina de pré-natal preconizada pela OMS e MS (BRASIL, 2005; GONÇALVES et al., 2011a).

É interessante destacar que todas as mulheres (100%, IC_{95%}: 97,5-99,9) que se encontravam com exame em atraso referiram ter realizado acompanhamento pré-natal na última gestação. A média de idade dessas mulheres na última gravidez foi de 23,5 anos (IC_{95%}: 21,87-25,32). A maior parte delas (36,8% IC_{95%}: 18,2-29,7) iniciou o pré-natal no 3º mês e realizou em média 6,5 consultas (IC_{95%}: 5,96-7,07), estando de acordo com as orientações do MS para assistência à mulher no período pré-natal que preconiza um mínimo de 06 consultas (BRASIL, 2005).

O estudo em questão não encontrou associação significativa entre ter feito acompanhamento pré-natal e a não realização do exame citopatológico ou a situação de estar com o exame em atraso. Outras investigações de temática semelhante mostraram que a coleta do exame citopatológico no pré-natal contribuiu para aumentar a prevalência do exame, além de ajudar a identificar mulheres que nunca haviam tido a oportunidade de realizá-lo (GONÇALVES et al., 2011a; NYGARD et al., 2007).

No que se refere ao tipo de serviço utilizado para realização do pré-natal, observou-se que 81,4% (IC_{95%}: 73,4-87,3) dos atendimentos foram no SUS. Tanto para o desfecho não realização do exame citopatológico quanto para exame em atraso, a variável tipo de serviço pré-natal apresentou associação significativa na análise bivariada ($p = 0,017$ e $p = 0,002$, respectivamente). Porém, o poder de associação com ambos os desfechos não se manteve no modelo de regressão logística.

Partindo da premissa de que todas as mulheres que se encontraram com o exame em atraso, incluindo aquelas que nunca o realizaram, fizeram acompanhamento pré-natal, deveriam teoricamente, estar com o exame atualizado. Tal situação evidencia uma lacuna na assistência realizada, sugerindo que as diretrizes propostas para o atendimento à mulher no período pré-natal e puerperal

não estão sendo seguidas na sua totalidade, remetendo à necessidade de outros estudos que possam elucidar essa realidade e avaliar a qualidade do atendimento.

Apesar da existência de diretrizes técnicas para acompanhamento da mulher no período pré-natal evidencia-se no Brasil que a cobertura numérica da assistência pré-natal, por si só, não garante a qualidade do atendimento oferecido às gestantes, identificando-se problemas como o não cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais, o preenchimento inadequado de registros e a constatação de que os cuidados dispensados não atendem às necessidades das mulheres (GONÇALVES et al., 2011a; SILVEIRA; SANTOS; DIAS da COSTA, 2001).

Um estudo realizado em Pelotas/RS cujo objetivo foi avaliar a estrutura e o processo de atendimento pré-natal na atenção primária à saúde encontrou uma baixa cobertura de pré-natal (53%) e uma média de consultas de 5,3, apontando para a existência de precariedade na qualidade do cuidado à gestante. Além disso, em apenas 53,4% dos atendimentos havia registro do exame citopatológico e destes, em somente 35,9% a citologia encontrava-se atualizada. Mesmo considerando um alto percentual de ausência de registros sobre a realização do citopatológico (46,6%), observou-se também que 13,2% dos prontuários apresentavam o registro de que a mulher nunca havia sido submetida ao exame (SILVEIRA; SANTOS; DIAS da COSTA, 2001).

No município de Juiz de Fora/MG, estudo retrospectivo com objetivo semelhante encontrou uma cobertura de pré-natal de 99,04% com média de 6,4 consultas/gestante. No entanto, observou-se que em 91,4% dos cartões de pré-natal analisados não havia anotações sobre o exame citopatológico do colo do útero. O estudo concluiu que apesar da alta cobertura foram encontrados problemas relacionados à qualidade do atendimento oferecido, evidenciando a necessidade de avaliações periódicas como instrumentos de aperfeiçoamento da assistência (COUTINHO et al., 2003).

Ainda em relação aos cuidados dispensados à mulher no pré-natal, para o desfecho exame citopatológico em atraso, as variáveis realização do exame ginecológico no pré-natal e número de consultas de pré-natal, apresentaram associação significativa na análise bivariada e no modelo final. O modelo de regressão logística mostrou que as mulheres que informaram ter se submetido ao exame ginecológico em alguma das consultas de pré-natal apresentaram chances 65,9% menores (OR: 0,341; IC_{95%}: 0,185-0,629) de estar com o exame

citopatológico em atraso, quando comparadas com aquelas que não fizeram exame ginecológico nesse período. Em relação ao número de atendimentos realizados durante o pré-natal, o estudo mostrou que quanto maior o número de consultas nesse período, menores as chances de estar com o exame citopatológico em atraso (OR: 0,092; IC_{95%} 0,034-0,252 para acima de 11 consultas).

Já para o desfecho não realização do exame citopatológico, as variáveis realização do exame ginecológico no pré-natal e número de consultas pré-natal perderam o efeito de associação no modelo de regressão logística ($p = 0,159$ e $p = 0,118$). Para ambos os desfechos, o mês de início do pré-natal mostrou associação significativa na análise bivariada ($p = 0,002$ para não realização do citopatológico e $p = 0,001$ para exame em atraso), porém essa significância também foi perdida no modelo de regressão logística.

Em estudo realizado por Gonçalves e outros (2011a) no município de Rio Grande/RS, cujo objetivo foi avaliar o conhecimento de puérperas acerca do exame citopatológico do colo do útero e estimar a cobertura de realização do exame no início e final do pré-natal, observou-se que 32,2% da amostra permaneceu sem nunca ter coletado um exame citopatológico e 12,6% continuou com a citologia desatualizada (último exame realizado há mais de 3 anos). Algumas variáveis estudadas apresentaram associação significativa com a não realização do citopatológico, confirmando os achados desta pesquisa: o grupo de puérperas com idade inferior a 19 anos, com escolaridade igual ou inferior a 8 anos e que realizou cinco ou menos consultas de pré-natal apresentou diferenças estatisticamente significantes para uma menor prevalência de realização do exame citopatológico no final do pré-natal.

Outros estudos acerca da realização do exame citopatológico do colo do útero entre mulheres no período gestacional ou com filhos menores de 1 ano, também encontraram um percentual de mulheres que nunca havia realizado o exame, apesar do contato com os serviços de saúde durante o pré-natal. Essa realidade indica a oportunidade perdida pela equipe profissional na promoção da saúde das mulheres assistidas, evidenciando uma necessidade de melhora na capacitação dos recursos humanos envolvidos no atendimento pré-natal, bem como nas ações educativas que possam sensibilizar as mulheres em relação à importância da realização do exame (GONÇALVES et al., 2011a; NEUMANN et al., 2003; SANTOS et al., 2000).

De forma geral, os resultados aqui demonstrados são pertinentes aos encontrados nos estudos brasileiros de temática e delineamento semelhantes. Mesmo considerando as diferentes abordagens metodológicas utilizadas, os achados apontaram para uma baixa prevalência de realização do exame citopatológico do colo do útero entre as mulheres mais jovens, solteiras e com baixa escolaridade. Identificou-se também que o acompanhamento pré-natal não foi determinante para garantir a realização do citopatológico conforme rotina de atendimento estabelecida pelo MS, permanecendo um percentual de mulheres sem nenhuma citologia coletada.

Também como em outras pesquisas, observou-se que a assistência à mulher, no que se refere às práticas de prevenção do câncer do colo do útero, não tem priorizado os critérios epidemiológicos de risco conhecidos para a doença. Como por exemplo, sabe-se que uma menor escolaridade está associada à maior probabilidade de desenvolvimento do câncer do colo do útero e, esse grupo de mulheres, apresenta menor prevalência de realização do exame (DIAS da COSTA et al., 2003; GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011; HACKNHEAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006; MILLER et al., 2008; PINHO et al., 2003).

Para comparar essa investigação com outros estudos internacionais, deve-se considerar que as estratégias de rastreamento variam de acordo com os diferentes cenários geográficos e conjunturais, e sua forma específica de organização pode exercer maior ou menor influência sobre seu êxito. O tipo de rastreamento adotado e as variáveis independentes escolhidas para o estudo podem explicar a variação dos resultados encontrados.

No entanto, os resultados desta pesquisa devem ser interpretados com cautela devido a algumas limitações que são inerentes aos estudos transversais: possibilidade de viés de memória e aferição. Quanto ao viés de memória, considera-se que algumas mães podem ter esquecido ou omitido dados referentes à realização do exame citopatológico. Quanto ao viés de aferição, é importante destacar que os relatos das entrevistadas com relação às práticas preventivas para o câncer do colo do útero não foram checados quanto à veracidade em registros dos serviços de saúde.

Além disso, o conhecimento das mulheres em relação ao exame citopatológico do colo do útero não foi previamente esclarecido, devendo-se considerar então, que muitas delas podem não saber diferenciar o exame

ginecológico da coleta citológica. Também é importante destacar que há uma possibilidade de superestimação em relação ao tempo de realização do último exame citopatológico. Algumas mulheres, por preverem ser uma conduta esperada, podem relatar uma periodicidade menor do que a real.

Outra limitação deste estudo decorre da utilização de dados de um inquérito de saúde mais amplo, cujo objetivo não foi especificamente avaliar a não realização do exame citopatológico do colo do útero. Dessa forma, algumas informações importantes deixaram de ser contempladas no questionário, como o conhecimento e atitude das mulheres em relação ao exame, os aspectos relacionados às práticas sexuais (início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, presença de queixas ginecológicas, uso de métodos contraceptivos entre outros), tabagismo e se as mulheres que se submeteram ao exame citopatológico tinham conhecimento do seu resultado.

Por fim, é preciso salientar que o desenho transversal do estudo dificulta o estabelecimento da causalidade, impedindo a interpretação das associações encontradas, uma vez que em se tratando de um corte no tempo, os possíveis determinantes e desfechos são vistos em um único momento (DIONÍZIO, 2011).

Apesar disso, os resultados sugerem adequabilidade metodológica e fornecem informações relevantes e anteriormente desconhecidas em relação às práticas de prevenção do câncer do colo do útero na localidade estudada. Cabe ressaltar que não há como contornar as limitações (viés de memória e aferição) quando se utiliza um delineamento transversal, valendo lembrar que até o presente momento, nenhum estudo publicado sobre o assunto contornou satisfatoriamente estes problemas. Entretanto, nem por isso deixou-se de planejar ações de saúde e implementar programas nesta área (CESAR et al., 2003).

Fica evidente que as ações de prevenção do câncer do colo do útero representam papel primordial no controle da doença, diminuindo a incidência dos casos e a mortalidade atribuível a essa patologia. Os resultados apresentados neste estudo remetem à necessidade de aumentar a prevalência de realização do exame citopatológico na localidade estudada, estendendo-a a todas as mulheres, principalmente as mais vulneráveis ao desenvolvimento da doença. No entanto, para garantir a efetividade dessas ações, não basta apenas realizar o rastreamento através da coleta da citologia. É igualmente necessário que as mulheres com achados citológicos anormais recebam tratamento e acompanhamento adequados.

O sucesso do rastreamento dependerá não somente da existência de uma rede organizada de assistência à mulher nos serviços de saúde, mas também da capacitação dos profissionais envolvidos nessa abordagem. Estes devem estar sensibilizados quanto à importância e responsabilidade de sua atuação na prevenção e controle do câncer do colo do útero, seja através da coleta do citopatológico e conduta adequada frente ao resultado do exame, ou através das ações educativas de promoção da saúde, consolidando na prática os direitos de universalidade no acesso, integralidade e equidade na assistência, previstos nas políticas de sustentação do SUS.

Apesar deste estudo não ter encontrado relação entre a prevalência de realização do exame citopatológico e o fato de morar em domicílio coberto pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), considera-se que esse modelo de atenção à saúde, apresenta características que podem contribuir para um aumento da prevalência de realização do exame citopatológico. Tal estratégia constitui-se como porta de entrada para os serviços de saúde e possibilita a realização de busca ativa para identificar e captar as usuárias que deixam de realizar esse exame ou estão com o exame em atraso. Cabe ressaltar que a operacionalização da ESF, apesar de obedecer a diretrizes nacionais, não acontece de forma homogênea em todas as localidades onde se encontra implantada. Sua efetividade depende em grande parte do compromisso dos sujeitos envolvidos na assistência à saúde, sejam eles profissionais, gestores ou usuários.

Uma das medidas que vêm sendo adotadas pelos serviços de saúde do SUS é a implantação de protocolos de atendimento de enfermagem para a assistência à mulher. A partir da utilização dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, aceitos formalmente nos serviços de saúde e considerando a Lei do exercício profissional, o enfermeiro encontra-se respaldado para realizar a consulta de enfermagem e executar a coleta do exame citopatológico, além de tomar condutas pré-definidas (solicitação de exames, encaminhamentos e prescrição de medicamentos) e, dessa forma, ampliar a oferta do exame (AMORIM et al., 2006; BRASIL, 1987, 2008).

Torna-se imperativa a discussão desses resultados na gestão municipal de saúde e conselhos populares de saúde, para que sejam discutidas e implementadas intervenções que possam aumentar a prevalência de realização do exame

citopatológico e atingir as mulheres que continuam às margens das ações de rastreamento.

8 CONCLUSÕES

Esse estudo teve como objetivo estimar a prevalência de não realização do exame citopatológico do colo do útero e identificar os fatores associados à sua não realização e à situação de estar com o exame em atraso, na Zona Norte do município de Juiz de Fora/MG.

Ao final, concluiu-se que dentre as 308 mulheres entrevistadas, 21,3% (IC_{95%}: 17,0-26,4) nunca haviam sido submetidas ao exame citopatológico e, conseqüentemente, a prevalência de realização do exame foi de 78,7% (IC_{95%}: 76,3-83,0), apresentando-se ligeiramente abaixo do parâmetro de 80% preconizado pela OMS para reduzir a incidência e mortalidade por câncer do colo do útero. Dentre as mulheres que já haviam realizado o exame, 6,7% (IC_{95%}: 3,2-8,6) encontravam-se com a citologia desatualizada (último exame realizado há mais de 3 anos).

A variável que se mostrou significativamente associadas a não realização do exame citopatológico do colo do útero no modelo final foi a escolaridade da mulher. As mulheres com baixa escolaridade apresentaram 2,42 vezes a chance de nunca ter coletado uma citologia em relação às mulheres com maior escolaridade.

Para o desfecho exame citopatológico em atraso, as variáveis que apresentaram significância estatística no modelo final foram: estado civil, realização do exame ginecológico no pré-natal e número de consultas de pré-natal. As mulheres solteiras apresentaram 98% de chances a mais do que as casadas de estarem com o exame em atraso. Dentre as variáveis relacionadas à assistência pré-natal, ter se submetido ao exame ginecológico no pré-natal conferiu uma menor chance de estar com a citologia desatualizada (OR: 0,341; IC_{95%}: 0,185-0,629). Além disso, observou-se que quanto maior o número de consultas realizadas no pré-natal, menores foram as chances de estar com o exame em atraso (OR: 0,092; IC_{95%}: 0,034-0,252).

Cabe ressaltar que a amostra foi constituída por mulheres com filhos menores de dois anos. Do total de entrevistadas que se encontrava com o exame citopatológico em atraso, incluindo as que nunca foram submetidas a uma coleta citológica, todas haviam realizado acompanhamento pré-natal. Desta forma, verificou-se que a realização do pré-natal não foi determinante para garantir a realização do exame citopatológico conforme as diretrizes estabelecidas pelo MS para o

atendimento à mulher no período gestacional e puerperal. Essa realidade sugere a ocorrência de perdas de oportunidades pelos serviços de saúde para o rastreamento do câncer do colo do útero.

Fica evidente que as ações de prevenção do câncer do colo do útero são essenciais para o controle da doença. Desta forma, os achados aqui encontrados sugerem não só a necessidade de aumentar a prevalência de realização do exame, mas também de sensibilizar e capacitar os profissionais envolvidos nessa abordagem, contribuindo para a consolidação de um sistema de saúde universal, igualitário e integral.

Os resultados obtidos neste estudo devem ser discutidos junto à gestão municipal de saúde e conselhos populares de saúde para que se possa planejar e implementar ações com o objetivo de estender a realização do exame citopatológico à todas as mulheres e, além disso, fazer com que a assistência à Saúde da Mulher aconteça com qualidade.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, K. M. et al. 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. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. s301-s309, 2009. Suplemento 2.
- ALVES, C. M. M.; BASTOS, R. R.; GUERRA, M. R. Mortalidade por câncer de colo de útero no Estado de Minas Gerais, Brasil, 1980-2005: análise de período e coorte. **Cadernos saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 1446-1456, jul. 2010.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. **Global cancer fact & figures**. 2. ed. Atlanta: American Cancer Society, 2011.
- AMORIM, V. M. S. L. As práticas preventivas para o câncer de mama, do colo do útero e da próstata em municípios do Estado de São Paulo: um olhar sobre a equidade. 2010. 189f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)– Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2010.
- AMORIM, V. M. S. L. et al. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2329-2338, Nov. 2006.
- ANTILLA, A. et al. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. **European journal of cancer**, Oxford, v. 45, n. 15, p. 2649-2645, Oct 2009.
- AROSSI, S.; SANKANARAYANAN, R.; PARKIN, D. M. Incidency and mortality of cervical cancer in Lantin America. **Salud pública de México**, México, v. 45, p. S306-S314, 2003. Suplemento 3.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil - 2011**. c2010. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>>. Acesso em: 19 out. 2011.
- BERTELSEN, B. I. **Uterine cervical neoplasia**: aspects of biology and pathology. 2007. 79f. Tese (Doutorado em Medicina)– The University of Bergen, Bergen, 2007.
- BOING, A. F.; VARGAS, S. A. L.; BOING, A. C. A carga das neoplasias no Brasil: mortalidade e morbidade hospitalar entre 2002 e 2004. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 4, p. 317-322, jul./ago. 2007.
- BOYLE, P. Current situation of screening for cancer. **Annals of oncology**, Boston, v. 13, n. 4, p. 189-198, 2002. Supplement.

BRASIL. Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 jun. 1987, Seção 1, p. 8853.

BRASIL. Ministério de Saúde. Instituto Nacional do Câncer (Inca). **Falando sobre o câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério de Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer: 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas**. Rio de Janeiro: Inca, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (Inca). **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: Inca, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro: Inca, 2011.104p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (Inca). **Estimativa 2012: incidência do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2011.

BUENO, K. S. Atipias escamosas de significado indeterminado: novas qualificações e importância na conduta clínica. **Revista brasileira de análises clínicas**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 121-128, 2008.

CAETANO, R. et al. Custo-efetividade no diagnóstico do câncer de colo uterino no Brasil. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 99-118, 2006.

CARVALHO, F. M. Patologia do câncer ginecológico. In: GUIMARÃES, J. R. Q. **Manual de Oncologia**. 3. ed. v.1. São Paulo: BBS, 2008. p. 929-962.

CECHINEL, K. C et al. Cobertura do Teste de Papanicolaou em usuárias do SUS em Criciúma - Sul do Brasil. **ACM: arquivos catarinenses de medicina**, Florianópolis, v. 38, n. 1, p. 39-44, jan./mar. 2009.

CESAR, A. J. et al. Fatores associados a não realização do exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1365-1372, set./out. 2003.

CHUBACI, R. Y. S.; MERIGUI, M. A. B.; YASUMORI, Y. A mulher japonesa vivenciando o câncer cérvico-uterino: um estudo de caso com abordagem da fenomenologia social. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 189-194, jun. 2005.

CORDEIRO, M. R. A. et al. Inspeção do colo uterino após aplicação do ácido acético no rastreamento das neoplasias intraepiteliais e lesões induzidas pelo HPV. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 51-57, fev. 2005.

CORREA, M. F. Epidemiologia. In: GUIMARAES, J. R. Q. **Manual de oncologia**. 3. ed. v. 1. São Paulo: BBS, 2008. p. 77-88.

CORRÊA, D. A. D.; VILLELA, W. V. O controle do câncer do colo do útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 8, n. 4, p. 491-497, out./dez. 2008.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora – MG. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 717-724, nov./dez. 2003.

CRUM, C. P. Aparelho genital feminino. In: KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; FAUSTO, N. (Eds.). **Patologia: bases patológicas da doença**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p. 1105-1167.

DENNY, L. The prevention of cervical cancer in developing countries. **BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology**, Oxford, v. 112, n. 9, p. 1204-1212, Sep 2005.

DERCHAIN, S. F. M.; LONGATTO FILHO, A.; SYRJANEN, K. J. Neoplasia intraepitelial cervical: diagnóstico e tratamento. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 425-433, jul. 2005.

DIAS da COSTA, J. S. et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 191-197, jan./fev. 2003.

DIAS, M. B. K.; TOMAZELLI, J. G.; ASSIS, M. Rastreamento do Câncer de colo do útero no Brasil: análise dos dados do SISCOLO no período de 2002 a 2006. **Epidemiologia e serviços de saúde**. Brasília, v. 19, n. 3, p. 293-306, jul./set. 2010.

DIÓGENES, M. A. R. et al. Barreiras a realização periódica do Papanicolaou: estudo com mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 01, p. 12-18, jan./mar. 2011.

DIONÍZIO, E. Realização do exame de Papanicolaou em mulheres com 20 anos ou mais: inquérito de saúde de base populacional no município de São Paulo – 2008. 2011. 143f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)– Faculdade de Saúde pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

DOWNS, L. S. et al. The disparity of cervical cancer in diverse populations. **Gynecologic oncology**, New York, v. 109, n. 2, p. S22-S30, May 2008. Supplement.

ELUF NETO, J.; NASCIMENTO, C. M. Cervical cancer in Latin America. **Seminars in oncology**, New York, v. 28, n. 2, p. 188-197, Apr 2001.

FEITOSA, T. M. P.; ALMEIDA, R. T. Perfil de produção do exame citopatológico para o controle do câncer do colo do útero em Minas Gerais, Brasil, em 2002. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 907-917, abr. 2007.

FERREIRA, M. L. S. M. Motivos que influenciam a não realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção das mulheres. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 373-384, jun. 2009.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FONSECA, L. A. M.; RAMACCIOTTI, A. S.; ELUF NETO, J. Tendência de mortalidade por câncer do útero no município de São Paulo entre 1980 e 1999. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 136-142, jan./fev. 2004.

GAMARRA; C. J.; VALENTE, J. G.; SILVA, G. A. Correção da Magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil, 1996-2005. **Revista de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 629-638, ago. 2010.

GASPERIN, S. I.; BOING, A. F.; KUPEK, E. 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. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1312-1322, jul. 2011.

GREENWOOD, S. A.; MACHADO, M. F. A. S.; SAMPAIO, N. M. V. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolaou. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 503-509, jul./ago. 2006.

GOMES, C. H. R. et al. Câncer cervicouterino: correlação entre diagnóstico e realização prévia de exame preventivo em serviço de referência no Norte de Minas Gerais. **Revista brasileira de cancerologia**, 2012; 58(1):41-45.

GONÇALVES, C. V. et.al. Exame clínico das mamas em consultas de pré-natal: análise da cobertura e de fatores associados em município do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1783-1790, ago. 2008.

GONÇALVES, C. V. et al. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer do colo uterino durante o pré-natal. **Ciência & saúde coletiva**, São Paulo, v. 16, n. 5, p. 2501-2510, 2011a.

GONÇALVES, C. V. et al. Cobertura do citopatológico do colo uterino em Unidades Básicas de Saúde da Família. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 258-263, set. 2011b.

GUERRA, M. G.; GALLO, C. V. M.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos recentes. **Revista brasileira de cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 227-234, jul./set. 2005.

HACKENHAAR, A. A.; CESAR, J. A.; DOMINGUES, M. R. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 a 49 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 103-11, 2006.

IARC. Working Group on Evaluation of Cervical Cancer Screening Programmes. Screening for squamous cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. **BMJ** 1986, 293:659-64.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades: Juiz de Fora. [201-]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 02/01/2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama de saúde no Brasil – acesso e utilização dos serviços de saúde e fatores de risco e proteção à saúde [2008]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf, acesso em 03 março 2012.

JACYNTHO, C.; ALMEIDA FILHO, G.; MALDONADO, P. Relação com a carcinogênese. In: _____. **HPV: infecção genital feminina e masculina**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. p. 91-95.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. **Cidade:** características gerais. [20--]. Disponível em: <<http://www.pjf.mg.gov.br/cidade/gerais.php>>. Acesso em: 02/01/2012.

JUN, J. K. et al. Effectiveness of an organized cervical cancer screening program in Korea: results from a cohort study. **International journal of cancer**, Genève, v. 124, n. 1, p. 188-193, Jan 2009.

KARSA, L. V. et al. Cancer Screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. First Report. Geneva: **International Agency for Research on Cancer**. Directorate-General for Health & Consumers, 2008. 136p.

KATZ, L. M. C. et al. Concordância entre citologia, colposcopia e histopatologia cervical. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 368-373, ago. 2010.

LAGO, T. D. G. **Políticas nacionais de rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil:** análise do período de 1998 a 2002. 2004. 123f. Tese (Doutorado em Demografia)– Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

LEAL, M. C et al. Estilos de vida saudáveis e acesso aos exames periódicos de saúde entre as mulheres brasileiras. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. S78-S88, 2005. Suplemento 1.

LORENZATO, F. R. B. Organização do rastreamento do câncer do colo do útero em países desenvolvidos. IN: COELHO, F. R. G. **Câncer do colo do útero**. São Paulo: Tecmedd, 2008. p.114-125.

LOUIE, K. S.; SANJOSE, S.; MAYAUD, P. Review Epidemiology and prevention of human papillomavirus and cervical cancer in sub-Saharan Africa: a comprehensive review. **Tropical medicine and international health**, Oxford, v. 14, n. 10, p. 1287-1302, Oct 2009.

MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 765-776, maio/jun. 2007.

MALTA, D. C. et al. Usuários de planos de saúde: morbidade referida e uso de exames preventivos, por inquérito telefônico, Brasil, 2008. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 57-66, jan. 2011.

MARTINS, L. F. L.; THULER, L. C. S.; VALENTE, J. G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 485-492, ago. 2005.

MARTINS, L. F. L.; VALENTE, J. G.; THULER, L. C. S. Fatores associados ao rastreamento inadequado do câncer cervical em duas capitais brasileiras. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 318-325, abr. 2009.

MENDONÇA, V. G. et al. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 248-255, maio 2008.

MENDONÇA, V. G. et al. Infecção cervical por papilomavírus humano: genotipagem viral e fatores de risco para lesão intraepitelial de alto grau e câncer do colo do útero. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 10, p. 476-485, out. 2010.

MILES, A. et al. A Perspective from Countries Using Organized Screening Programs. **Cancer**, New York, v. 101, p. 1201-1213, Sep. 2004. 5 Supplement.

MILLER, D. K. et al. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2511-2520, nov. 2008.

MORAES, J. R. et al. Relação entre plano de saúde e a realização do exame Papanicolaou: uma aplicação de escore de propensão usando um inquérito amostral complexo. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 589-597, dez. 2011.

NAKAGAWA, J. T. et al. Carcinoma do colo do útero: taxa de sobrevivência e fatores prognóstico em mulheres no Estado de Mato Grosso. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 631-637, 2011.

NASCIMENTO, M. I.; MONTEIRO, G. T. R. Características de acesso ao preventivo de câncer de colo do útero: três etapas metodológicas da adaptação do instrumento de coleta de informação. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1096-1108, jun. 2010.

NEUMANN, N. A. et al. Qualidade e equidade da atenção pré-natal em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 307-318, dez. 2003.

NOVAES, H. M. D.; BRAGA, P. E.; SCHOUT, D. Fatores associados a realização de exames preventivos para o câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1023-1035, out./dez. 2006.

NYGARD, M. et al. Effect of an antepartum Pap smear on the coverage of a cervical cancer screening programme: a population-based prospective study. **BMC health services research**, London, v. 7, p. 10, Jan 2007.

OLIVEIRA, A. F. et al. Estudo sobre a adesão ao exame citopatológico de Papanicolaou em um grupo de mulheres. **Revista de pesquisa em saúde**, São Luiz, v. 11, n. 1, p. 32-37, jan./abril, 2010.

OLIVEIRA, M. M. H. N. et al. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 325-334, 2006.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 25-32, 1998.

OZAWA, C.; MARCOPITO, L. F. Teste de Papanicolaou: cobertura em dois inquéritos domiciliários realizados no município de São Paulo em 1987 e em 2001-2002. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. 238-245, maio 2011.

PARKIN, D. M. et al. Global cancer statistics, 2002. **CA: a cancer journal for clinicians**, New York, v. 55, n. 2, p. 74-108, Mar/Apr 2005.

PINHO, A. A.; FRANÇA JÚNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Revista brasileira de saúde materno-infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 95-112, jan./mar. 2003.

PINHO, A. A. et al. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.19, p.303-313, 2003. Suplemento 2.

QUADROS, C. A. T.; VICTORIA, C. G.; DIAS DA COSTA, J. S. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in Southern Brazil. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, v. 16, n. 4, p. 223-232, Oct 2004.

RIBEIRO, K. C. B. Epidemiologia do câncer de colo do útero: fatores demográficos e fatores de risco. IN: COELHO, F. R. G. (Org.). **Câncer do colo do útero**. São Paulo: Tecmedd, 2008. p. 18-23.

RIVOIRE, W. et al. Carcinoma de colo uterino. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em ginecologia**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. p. 273-280.

RODRIGUES, A. D.; BUSTAMANTE TEIXEIRA, M. T. Mortalidade por câncer de mama e câncer de colo do útero em município de porte médio da Região Sudeste do Brasil, 1980-2006. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 241-248, fev. 2011.

RODRIGUES NETO, J. F.; FIGUEIREDO, M. F. S.; SIQUEIRA, L. G. Exame citopatológico do colo do útero: fatores associados a não realização em ESF. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a07.htm>>. Acesso em: 27 set. 2010.

ROSA, M. I. et al. Papilomavírus humano e neoplasia cervical. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 953-964, maio 2009.

SANKARANARAYANAN, R. et al. O desafio de controlar o câncer do colo do útero no mundo em desenvolvimento. In: COELHO, F. R. G. et al. (Org.). **Câncer do colo do útero**. São Paulo: Tecmedd, 2008. p. 104-113,

SANKARANARAYANAN, R.; BUDUKH, A. M.; RAJKUMAR, R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 79, n. 10, p. 954-962, 2001.

SANTIAGO, S. M.; ANDRADE, M. G. G. Avaliação de um programa de controle do câncer cérvico-uterino em rede local de saúde da Região Sudeste do Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 571-578, mar./abr. 2003.

SANTOS, S. R. et al. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 266-271, jun. 2000.

SICHERO, L.; VILLA, L. L. Biologia do HPV. In: COELHO, F. R. G. et al. (Org.). **Câncer do colo do útero**. São Paulo: Tecmedd, 2008. p. 58-66.

SILVA, D. W. et al. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 24-31, 2006.

SILVA, G. A. et al. Cervical cancer mortality trends in Brazil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2399-2407, dez. 2010.

SILVA, G. A. et al. Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1009-1018, 2011.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; DIAS da COSTA, J. S. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 131-139, jan./fev. 2001.

SMITH, R. A. et al. Cancer screening in the United States, 2011 – a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. **CA: a cancer journal for clinicians**, New York, v. 61, n. 1, p. 8-30, Jan/Feb 2011.

SOARES, M. B. O.; SILVA, S. R. Análise de um programa municipal de prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 177-182. mar./abr. 2010.

SZWARCWALD, C. L. et al. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 5, p. S11-S22, dez. 2005. Suplemento 1.

THUN, M. J. et al. The global burden of cancer: priorities for prevention. **Carcinogenesis**, New York, v. 31, n. 1, p. 100-110, Jan 2010.

VALE, D. B. A. P. et al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 383-390, fev. 2010.

VALENTE, C. A. et al. Conhecimento de mulheres sobre o exame de Papanicolaou. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, p. 1193-1198, 2009. Número 2 especial.

VAN DER AA. M. A. et al. Mass screening programmes and trends in cervical cancer in Finland and the Netherlands. **International journal of cancer**, New York, v. 122, n. 8, p. 1854-1858, Apr 2008.

WOLSCHICK, N. M. et al. Câncer do colo do útero: tecnologias emergentes no diagnóstico, tratamento e prevenção da doença. **Revista brasileira de análises clínicas**, v. 39, n. 2, p. 123-129, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Manual on the prevention and control of common cancers**. Geneva: WHO; 1998. 318p. (WHO regional publications. Western Pacific series; n.20).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cervical cancer screening in developing countries**: report of a WHO consultation. Geneva: 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health statistics 2006**. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/whosis2006_erratareduce.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Comprehensive cervical cancer control**: a guide to essential practice. Geneva: WHO, 2007.

ZEFERINO, L. C. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 213-215, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADOR

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

ENDEREÇO:

CEP: – JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32)

E-MAIL:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “INQUÉRITO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO DE JUIZ DE FORA”. O objetivo deste estudo é avaliar as condições de saúde da população e o seu acesso aos serviços. A importância do estudo é justificada pela necessidade de conhecer as condições de saúde da população e contribuir para a criação de políticas públicas nesta área. O estudo consiste na realização de uma entrevista na qual será aplicado questionários na população residente em Juiz de Fora.

Os riscos relacionados à participação no estudo são mínimos, comparáveis aos riscos das suas atividades de rotina. Participar da pesquisa não implica em custos, remuneração, ou qualquer ganho material (brindes, indenização, etc.). A participação no estudo será voluntária, não havendo nenhum tipo de prejuízo ou penalização. Os danos previsíveis serão evitados. Porém, qualquer tipo de problema ou desconforto detectado será imediatamente sanado pelo pelos pesquisadores, ou por quem de direito, sem qualquer custo para o entrevistado da pesquisa.

É garantido a todos os participantes que se retirem da pesquisa quando assim desejarem, sem qualquer prejuízo financeiro, moral, físico ou social. Todas as informações colhidas serão cuidadosamente guardadas, garantindo o sigilo e a privacidade dos entrevistados, que poderão obter informações sobre a pesquisa quando necessário pelo telefone (32) 3229-3830.

Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelos pesquisadores responsáveis, no Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES) e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “NOME DO ESTUDO”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer

momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2009.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

CEP 36036.900 FONE: 32 3220 3788

Tire suas dúvidas sobre riscos, acesse: <<http://www.ufjf.br/comitedeetica/files/2008/12/risco-em-pesquisa3.doc>>.

APÊNDICE B – Questionário estruturado



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Inquérito de Saúde no município de Juiz de Fora

1. Setor: _____ Bairro: _____ Domicílio: _____ Entrevistador: _____

2. Indivíduo elegível: ____ (gestante 01/ criança 02)

3. Cartão SUS: _____

4. Endereço: _____

5. Telefone para contato: (____) _____

6. Quem responde a entrevista?

(1) Mãe biológica → PULAR PARA 09

(2) Responsável pela criança por ausência definitiva da mãe biológica → APLICAR AS PERGUNTAS DE 7 a 16 E PULAR PARA A 34

(3) Informante-chave por impossibilidade temporária ou definitiva da mãe biológica de responder a entrevista → APLICAR AS PERGUNTAS DE 7 a 16 E PULAR PARA A 34

7.(!) Assinale o motivo pelo qual o questionário não foi respondido pela mãe biológica: (99) NSA

Óbito materno	(0) Não (1) Sim
Abandono da criança pela mãe	(0) Não (1) Sim
Doação da criança para adoção (criança adotada)	(0) Não (1) Sim
Mãe com demência ou incapacidade mental	(0) Não (1) Sim
Mãe com incapacidade física grave	(0) Não (1) Sim
Mãe surda muda	(0) Não (1) Sim
Hospitalização materna no momento da entrevista	(0) Não (1) Sim
Viajem da mãe por um período maior do que a permanência da equipe na região	(0) Não (1) Sim
Mãe alcoolizada no dia da entrevista	(0) Não (1) Sim
Mãe drogada no dia da entrevista	(0) Não (1) Sim
Outro _____	

8. **** Qual a sua relação familiar com a criança?

(1) Mãe adotiva

(2) Pai biológico

(3) Avós

(4) Outro. Qual? _____ (99) NSA

9. Qual é o seu nome? _____

10. Qual é o nome da criança? _____

11. Qual a sua idade [Qual a idade da mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>]? _____ anos completos

12. **** Qual é a sua cor [Qual a cor da mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>]? (99) IGN

(1) Branca (branco, clara, pele clara)

(2) Amarela (orientais)

(3) Parda (pardo, pardo claro)

(4) Morena (moreno, moreno claro, moreno escuro, moreno jambo)

(5) Indígena

(6) Mulata (mulato, mulato claro, mulato escuro)

(7) Mestiça (mestiço, miscigenado, caboclo, misto, mameluco, híbrido)

(8) Preta (preto, pele escura, negro, africano)

13. A Sra sabe ler e escrever [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA> sabe ler ou escrever]?
(0) Não → PULAR PARA 15 (1) Sim

14.** Até que série a(o) Sra(Sr) completou na escola [Até que série a mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA> completou na escola]?** ___série do ___grau (0 / 0) Sabe ler e escrever e não completou série na escola (99)NSA/ IGN

Obs.: _____

15.Atualmente, a(o) Sra(Sr) vive com companheiro(a) [Atualmente, a mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA> vive com companheiro]? (0) Não (1) Sim (99) IGN

16. ** Qual seu estado civil atual [Qual o estado civil atual da mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>]?**
(1) Solteira(o) (2) Casada(o) (3) Separada(o) / divorciada(o) (4) Viúva(o) (99) IGN

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE SUAS GESTAÇÕES E A GRAVIDEZ DO (a) < NOME DA CRIANÇA>

17. Quantas vezes na sua vida a Sra. ficou grávida? _____vezes (99) IGN

18. Quantos filhos nasceram? _____filhos (99) IGN

19. Que idade a Sra tinha quando ficou grávida do(a) <NOME DA CRIANÇA>? _____anos (99) IGN

20. Com relação à gravidez do(a) <NOME DA CRIANÇA>, a Sra. fez alguma consulta de pré-natal?
(0) Não (1) Sim → PULAR PARA 22 (99) IGN

21. NÃO FEZ acompanhamento durante o pré-natal por qual motivo? (marcar apenas 1 opção)

Dificuldade de conseguir ficha ou agendamento pelo SUS	(0) Não	(1) Sim	(99)NSA/ IGN
Não tinha médico para atender onde costuma consultar	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
Não tinha como ir marcar a consulta	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
Não podia pagar	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
Teve medo / não quis	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
Tinha compromissos com a família ou no trabalho	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
Dificuldade de conciliar com o horário de funcionamento da unidade	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
Outro – Qual? _____			

22. Em que mês da gravidez a Sra fez a primeira consulta de pré-natal? _____mês (99) NSA/ IGN

23. SE SIM: Quantas consultas de pré-natal a Sra fez na gravidez do(a) <NOME DA CRIANÇA> no:

	Número consultas	Local/ Endereço
Posto de Saúde		
Ambulatório Hospital		
Ambulatório Faculdade		
Centro de especialidades		
Sindicato ou empresa /Associação de bairro		
Consultório por Convênio / Plano de Saúde		
Consultório Particular		
Pronto-atendimento ou pronto-socorro		
Outro – Qual?		

(99) NSA/ IGN (00) Nenhuma vez

24. As consultas de pré-natal do(a) <NOME DA CRIANÇA> foram por algum convênio, particular ou SUS?
(1) Por convênio (2) Particular (3) SUS (99) NSA/ IGN

25. A Sra gastou algum dinheiro nas consultas de pré-natal da(o) <NOME DA CRIANÇA>?
 (0) Não → PULAR PARA 27 (1) Sim (99) NSA /IGN

26. SE SIM: Quanto? R\$ _____ (9999) NSA/ IGN

27. Em alguma consulta do pré-natal do(a) <NOME DA CRIANÇA> a Sra fez exame ginecológico (por baixo)?
 (0) Não (1) Sim (99) NSA/ IGN

28. Durante o pré-natal do(a) <NOME DA CRIANÇA> o médico solicitou algum exame para a Sr(a)?
 (0) Não → PULAR PARA 32 (1) Sim (99) NSA/ IGN

29. Agora vou lhe dizer uma lista de exames e gostaria que a Sr(a) me dissesse quais foram solicitados durante o pré-natal do (a) <NOME DA CRIANÇA>

Exame de sangue	(0) Não	(1) Sim	nº _____	() Não sei a quantidade	() NSA
Exame de urina	(0) Não	(1) Sim	nº _____	() Não sei a quantidade	() NSA
Exame de fezes	(0) Não	(1) Sim	nº _____	() Não sei a quantidade	() NSA
Exame de HIV/AIDS	(0) Não	(1) Sim	nº _____	() Não sei a quantidade	() NSA
Ultrassonografia	(0) Não	(1) Sim	nº _____	() Não sei a quantidade	() NSA
Outros: _____	(0) Não	(1) Sim	nº _____	() Não sei a quantidade	() NSA

Total de exames: _____

30. SE FOI SOLICITADO ALGUM EXAME: Quantos dos exames a Sra fez? _____ exames (00 = nenhum) (99) NSA

31. Se a Sra deixou de fazer algum do(s) exame(s) solicitado(s), qual(is) o(s) motivo(s)? (marcar apenas 1 opção)

Não conseguiu pelo SUS e não podia pagar	(0) Não	(1) Sim
Não achou que precisava	(0) Não	(1) Sim
Não quis	(0) Não	(1) Sim
Não tinha como ir marcar/ fazer	(0) Não	(1) Sim
Não tinha na cidade	(0) Não	(1) Sim
Outro- Qual? _____	(0) Não	(1) Sim

(99) NSA/ IGN

32. Qual sua opinião sobre o tempo de espera para as consultas de pré-natal?

				
(1) Péssimo	(2) Ruim	(3) Regular	(4) Bom	(5) Ótimo

(99) NSA/ IGN

33. Qual sua opinião sobre o atendimento que a Sra recebeu durante as consultas de pré-natal?

				
(1) Péssimo	(2) Ruim	(3) Regular	(4) Bom	(5) Ótimo

(99) NSA/ IGN

AGORA NÓS VAMOS FALAR SOBRE O (A) <NOME DA CRIANÇA>

34. Qual a idade do(a) <NOME DA CRIANÇA>? _____ mês(es) (00 = menos de 1 mês)

35. **** Qual é a cor do(a) <NOME DA CRIANÇA>?

- (1) Branca (branco, clara, pele clara)
- (2) Amarela (orientais)
- (3) Parda (pardo, pardo claro)
- (4) Morena (moreno, moreno claro, moreno escuro, moreno jambo)
- (5) Indígena
- (6) Mulata (mulato, mulato claro, mulato escuro)
- (7) Mestiça (mestiço, miscigenado, caboclo, misto, mameluco, híbrido)

(8) Preta (preto, pele escura, negro, africano)	(99) IGN
36. (!) SEXO DA CRIANÇA (observar): (1) Masculino (2) Feminino	
37. O(A) <NOME DA CRIANÇA> nasceu em hospital, em casa ou em outro lugar? (1) Hospital (2) Em casa (3) Outro local	(99) NSA/ IGN
38. O parto do(a) <NOME DA CRIANÇA> foi normal ou cesariana? (1) Normal (2) Cesariana	
39. Este parto do(a) <NOME DA CRIANÇA> foi por algum convênio, particular ou SUS? (1) Por algum convênio (2) Particular (3) SUS	(99) NSA/ IGN
40. Qual sua opinião sobre o tempo de espera para ser atendida para realizar o parto?	
     (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo	(99) NSA / IGN
41. Qual sua opinião sobre o atendimento que a Sra recebeu durante o parto?	
     (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo	(99) NSA / IGN
42. **** A Sr(a) gastou algum dinheiro no atendimento do parto da(o) <NOME DA CRIANÇA>? (0) Não → PULAR PARA 44 (1) Sim	(99) NSA / IGN
43. SE SIM: Quanto? R\$ _____	(9999) NSA/ IGN
44. Com quantos meses a <NOME DA CRIANÇA> nasceu? _____ meses (referido)	(99) NSA
45. Qual foi o peso do(a) <NOME DA CRIANÇA> ao nascer? _____ g (referido)	(99) NSA
46. **** Depois de nascimento até agora o(a) <NOME DA CRIANÇA> tem sido levado(a) a algum serviço de saúde para pesar, medir e acompanhar o crescimento? (0) Não → PULAR PARA 52 (1) Sim	(99) NSA/ IGN
47. Onde faz a(s) consulta(s) de acompanhamento do crescimento?	(99) NSA/ IGN (00) Nenhuma vez
	<u>Local/endereço</u>
Posto de Saúde	
Ambulatório Hospital	
Ambulatório Faculdade	
Centro de especialidades	
Sindicato ou empresa /Associação de bairro	
Consultório por Convênio / Plano de Saúde	
Consultório Particular	
Em casa	
Outro – Qual?	

48. Quem faz as consultas?

Médico (0) Não (1) Sim
 Enfermeiro (0) Não (1) Sim
 Auxiliar de enfermagem (0) Não (1) Sim
 Agente Comunitário de Saúde (0) Não (1) Sim
 Nutricionista (0) Não (1) Sim
 Outro - Quem? _____ (0) Não (1) Sim
 (99) NSA/ IGN

49. A Sr(a) gastou algum dinheiro no atendimento do(a) <NOME DA CRIANÇA> nas consultas?

(0) Não → PULAR PARA 51 (1) Sim (99) NSA/ IGN

50. SE SIM: Quanto? R\$ _____

(99) NSA/ IGN

51. Em alguma consulta foi conversado com a Sra [com a mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] sobre:

A melhor posição para colocar a criança para dormir (0) Não (1) Sim (99) NSA/ IGN
 Os cuidados de higiene com a criança (0) Não (1) Sim (99) NSA/ IGN
 A alimentação da criança (0) Não (1) Sim (99) NSA/ IGN
 A importância das vacinas que a criança precisa fazer (0) Não (1) Sim (99) NSA/ IGN
 Dar sulfato ferroso para evitar anemia (0) Não (1) Sim (99) NSA/ IGN
 Como evitar acidentes em casa (0) Não (1) Sim (99) NSA/ IGN
 As etapas do desenvolvimento da criança (0) Não (1) Sim (99) NSA/ IGN

52. SE NÃO: Por que o(a) <NOME DA CRIANÇA> não consultou? (marcar apenas 1 opção)

O(a) <NOME DA CRIANÇA> ficou internado(a) no hospital (0) Não (1) Sim
 Não conseguiu a consulta para o(a) <NOME DA CRIANÇA> (0) Não (1) Sim
 Não achou necessário levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> para consultar (0) Não (1) Sim
 Não teve tempo de levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> para consultar (0) Não (1) Sim
 Outro- Qual? _____ (0) Não (1) Sim
 (99) NSA/ IGN

53. A Sr(a) Pode me mostrar o cartão de vacinações? [Entrevistador: marque com um X estritamente de acordo com o preenchimento do cartão para as vacinas abaixo relacionadas.]

VACINAS	1ª dose	2ª dose	3ª dose	Reforço
Hepatite B				
BCG				
Anti-pólio (VOP)				
Tetralente (DTP+HIB)				
Tríplice bacteriana (DTP)				
Tríplice Viral				

(00) Não possui cartão de vacinação

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ALGUNS PROBLEMAS DE SAÚDE**54. O(A) <NOME DA CRIANÇA> teve algum destes problemas desde <TRINTA DIAS ATRÁS>? (99) NSA/ IGN**

Tosse, falta de ar ou dificuldade para respirar (0) Não (1) Sim → SEGUE 55
 Diarréia, desarranjo ou piriri (0) Não (1) Sim → SEGUE 55
 Febre (0) Não (1) Sim → SEGUE 55
 Dor de ouvido (0) Não (1) Sim → SEGUE 55
 Outro- Qual? _____ (0) Não (1) Sim → SEGUE 55

*Se houver alguma resposta **sim** aplicar as questões que seguem. Se **TODAS** forem **NÃO** PULAR PARA 86**55. SE SIM: Na última vez que o(a) <NOME DA CRIANÇA> teve algum desses problemas, a Sr(a) buscou atendimento médico?**

(0) Não → APLICAR 56, 59 e PULAR 86 (1) Sim → PULAR PARA 57 (99) NSA/ IGN

- 56. SE NÃO BUSCOU: por qual motivo não buscou atendimento?** (marcar apenas 1 opção) (99) NSA/ IGN
- | | | |
|--|---------|---------|
| Dificuldade de conseguir ficha ou agendamento pelo SUS | (0) Não | (1) Sim |
| Não tinha médico para atender onde costuma consultar | (0) Não | (1) Sim |
| Não tinha como ir marcar a consulta | (0) Não | (1) Sim |
| Não podia pagar | (0) Não | (1) Sim |
| Teve medo / não quis | (0) Não | (1) Sim |
| Tinha compromissos com a família ou no trabalho | (0) Não | (1) Sim |
| Porque melhorou | (0) Não | (1) Sim |
| Achou que não precisava | (0) Não | (1) Sim |

- 57. SE SIM: O Sr(a) conseguiu o atendimento médico para o(a) <NOME DA CRIANÇA> nesta última vez?**
- (0) Não → APLICAR 58, 59 e PULAR 86 (1) Sim → PULAR PARA 60 (99) NSA/ IGN

- 58. Por qual motivo o(a) <NOME DA CRIANÇA>, NÃO foi atendido?** (marcar apenas 1 opção)
- | | | |
|--|---------|---------|
| Não tinha médico | (0) Não | (1) Sim |
| Não tinha ficha | (0) Não | (1) Sim |
| Estava fechado no momento que procurei | (0) Não | (1) Sim |
| Não podia pagar | (0) Não | (1) Sim |
| Outro- Qual? _____ | (0) Não | (1) Sim |
- (99) NSA/ IGN

- 59.(#) O que aconteceu com o(a) <NOME DA CRIANÇA> se precisou ser atendido por algum médico e não consultou?**

- | | | |
|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| (0) Piorou | (1) Continua como antes | (2) Melhorou um pouco |
| (3) Melhorou bastante | (4) Curou / resolveu | (99) NSA/ IGN |

- 60. SE SIM: Onde o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) na última vez que teve algum desses problemas?**

	<u>Local/endereço</u>
Posto de Saúde	
Ambulatório do Hospital	
Ambulatório da Faculdade	
Centro de especialidades	
Sindicato ou empresa /Associação de bairro	
Consultório por Convênio / Plano de Saúde	
Consultório Particular	
Pronto-atendimento ou pronto-socorro	
Outro – Qual?	

(99) NSA/ IGN (00) Nenhuma vez

- 61. O atendimento do(a) <NOME DA CRIANÇA> com o médico foi por algum convênio, particular ou SUS?**

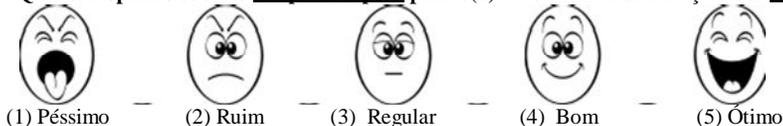
- | | | | |
|------------------------|----------------|---------|---------------|
| (1) Por algum convênio | (2) Particular | (3) SUS | (99) NSA/ IGN |
|------------------------|----------------|---------|---------------|

- 62. A Sr(a) gastou algum dinheiro no atendimento do(a) <NOME DA CRIANÇA> nesta consulta?**

- | | | |
|-------------------------|---------|--------------|
| (0) Não → PULAR PARA 64 | (1) Sim | (99) NSA/IGN |
|-------------------------|---------|--------------|

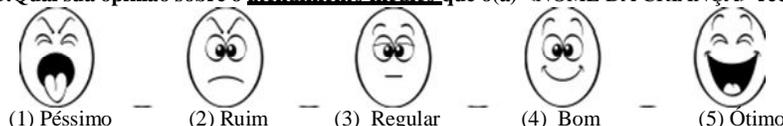
- 63. SE SIM: Quanto? R\$ _____** (9999)NSA/ IGN

64. Qual sua opinião sobre o **tempo de espera** para o(a) <NOME DA CRIANÇA> ser **atendido pelo médico**?



(1) Péssimo — (2) Ruim — (3) Regular — (4) Bom — (5) Ótimo (99) NSA/IGN

65. Qual sua opinião sobre o **atendimento médico** que o(a) <NOME DA CRIANÇA> recebeu?



(1) Péssimo — (2) Ruim — (3) Regular — (4) Bom — (5) Ótimo (99) NSA/IGN

66. Como o Sr(a) foi até o local onde o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido pelo médico? (99) NSA/IGN

Caminhando	(0) Não	(1) Sim
De bicicleta	(0) Não	(1) Sim
De carroça	(0) Não	(1) Sim
De ônibus / lotação / Van / Kombi	(0) Não	(1) Sim
De ambulância / SAMU	(0) Não	(1) Sim
De carro particular	(0) Não	(1) Sim
De táxi	(0) Não	(1) Sim
De moto	(0) Não	(1) Sim
Outro- Qual? _____	(0) Não	(1) Sim

67. Foi necessário gastar algum dinheiro **em transporte** para levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o consultório do médico?

(0) Não → PULAR PARA 69 (1) Sim (99) NSA/IGN

68. SE SIM, quem pagou para o Sr(a) **levar** o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o consultório médico? (99) NSA/IGN

Eu mesmo	(0) Não	(1) Sim
Prefeitura	(0) Não	(1) Sim
Comunidade / associação de moradores	(0) Não	(1) Sim
Políticos	(0) Não	(1) Sim
Igreja	(0) Não	(1) Sim
Parentes, vizinhos ou amigos	(0) Não	(1) Sim

69. (#) **Ao sair do atendimento** médico o Sr(a) considera que o problema do(a) <NOME DA CRIANÇA>:

(0) Piorou	(1) Continua como antes	(2) Melhorou um pouco
(3) Melhorou bastante	(4) Curou / resolveu	(99) NSA/IGN

70. O médico lhe explicou o motivo pelo qual o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido desta última vez?

(0) Não (1) Sim (99) NSA/IGN

71. O Sr(a) saiu do atendimento médico com alguma receita de remédio(s) para o(a) <NOME DA CRIANÇA>?

(0) Não → PULAR PARA 75 (1) Sim (99) NSA/IGN

72. SE SIM: O(A) Sr(a) conseguiu todos o(s) remédio(s) da receita pelo SUS?

(0) Não → APLICAR 73 (1) Sim → PULAR PARA 75 (99) NSA/IGN

73. SE NÃO conseguiu todos os remédios da receita pelo SUS, comprou algum?

(0) Não → PULAR PARA 75 (1) Algum (2) Todos (99) NSA/IGN

74. SE COMPROU ALGUM OU TODOS: Quanto gastou? R\$ _____ (9999) NSA/IGN

75. O Sr(a) saiu do atendimento com o médico com pedido de algum exame para o(a) <NOME DA CRIANÇA>?
 (0) Não → PULAR PARA 82 (1) Sim (99) NSA/IGN

76. SE SIM, agora vou lhe dizer uma lista de exames e gostaria que o Sr(a) me dissesse quais foram solicitados para o(a) <NOME DA CRIANÇA> nesta última consulta: (99) NSA/IGN

Exame de sangue	(0) Não	(1) Sim
Exame de urina	(0) Não	(1) Sim
Exame de fezes	(0) Não	(1) Sim
Raio X	(0) Não	(1) Sim
Ultrassom	(0) Não	(1) Sim
Eletrcardiograma	(0) Não	(1) Sim
Eletrorrencefalograma	(0) Não	(1) Sim
Tomografia	(0) Não	(1) Sim
Biópsia	(0) Não	(1) Sim
Ressonância	(0) Não	(1) Sim
Outro- Qual? _____	(0) Não	(1) Sim

Total de exames: _____

77. SE FOI SOLICITADO ALGUM EXAME: Quantos dos exames o(a) <NOME DA CRIANÇA> fez?
 _____ exames (00 = nenhum)

78. Se o(a) <NOME DA CRIANÇA> deixou de fazer algum do(s) exame(s) solicitado(s), qual(is) o(s) motivo(s)?
(marcar apenas 1 opção)

Não consegui pelo SUS e não podia pagar	(0) Não	(1) Sim
Não achou que precisava	(0) Não	(1) Sim
Não quis	(0) Não	(1) Sim
Não tinha como ir marcar/ fazer	(0) Não	(1) Sim
Não tinha na cidade	(0) Não	(1) Sim
Outro- Qual? _____	(0) Não	(1) Sim

(99) NSA/IGN

79. O Sr(a) gastou algum dinheiro para fazer o(s) exame(s) do(a) <NOME DA CRIANÇA>?
 (0) Não → PULAR PARA 81 (1) Sim (99) NSA/IGN

80. SE SIM, quanto gastou? R\$ _____ (9999) NSA/IGN

81. O(s) exame(s) que o(a) <NOME DA CRIANÇA> fez foi(ram) por algum convênio, particular ou SUS:

Por algum convênio	(0) Não	(1) Sim
Particular	(0) Não	(1) Sim
SUS	(0) Não	(1) Sim

(99) NSA/IGN

82. O(a) <NOME DA CRIANÇA> saiu do atendimento com o médico encaminhado para consulta em outro local?
 (0) Não → PULAR PARA 86 (1) Sim (99) NSA/IGN

83. SE SIM, para onde foi encaminhado? (99) NSA/IGN

	<u>Local/endereço</u>
Posto de Saúde	
Ambulatório do Hospital	
Ambulatório da Faculdade	
Centro de especialidades	
Sindicato ou empresa / Associação de bairro	
Consultório por Convênio / Plano de Saúde	

Consultório Particular	
Pronto-atendimento ou pronto-socorro	
Outro – Qual?	

84. O(A) <NOME DA CRIANÇA> deixou de ter algum atendimento do(s) encaminhamento(s) feitos pelo médico?
 (0) Não → PULAR PARA 86 (1) Sim (99) NSA/ IGN

85. SE SIM: Por que não fez a(s) consulta(s) para a(s) qual(is) foi encaminhado pelo médico? (marcar apenas 1 opção)

Não conseguiu pelo SUS e a família não podia pagar (0) Não (1) Sim
 A família não achou que era preciso (0) Não (1) Sim
 A família não foi marcar porque não quis (0) Não (1) Sim
 A família não foi marcar por que não tinha como ir (0) Não (1) Sim
 Não tinha o(s) atendimento(s) na cidade (0) Não (1) Sim
 Outro. Qual? _____ (0) Não (1) Sim (99) NSA/ IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO

86. O(A) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido em algum pronto-socorro desde <MÊS> do ano passado até agora?
 (0) Não (1) Sim → PULAR PARA 90 (99) IGN

87. SE NÃO: Apesar de não ter sido atendido, o(a) <NOME DA CRIANÇA> precisou de atendimento em pronto-socorro desde <MÊS> do ano passado até agora?

(0) Não → PULAR A QUESTÃO 112
 (1) Sim, mas não conseguiu → APLIQUE 88 e 89 E PULE PARA 112

88. SE o(a) <NOME DA CRIANÇA> precisou ser atendido no pronto-socorro e não conseguiu, qual foi o motivo? (marcar apenas 1 opção)

Estava muito cheio (0) Não (1) Sim
 Demorou muito e desistiu (0) Não (1) Sim
 Ausência de transporte (0) Não (1) Sim
 Não tinha o especialista (0) Não (1) Sim
 Não quiseram atender (0) Não (1) Sim
 Outro. Qual? _____ (0) Não (1) Sim (99) NSA/ IGN

89. (#) O que aconteceu com o problema do(a) <NOME DA CRIANÇA> se precisou ser atendido no pronto-socorro e não conseguiu?

(0) Piorou (1) Continua como antes (2) Melhorou um pouco
 (3) Melhorou bastante (4) Curou / resolveu (99) NSA/ IGN

90. SE FOI ATENDIDO: Quantas vezes o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido em pronto-socorro desde <MÊS> do ano passado até agora? Nos últimos 30 dias: _____ vezes

Entre 1 mês e 6 meses atrás: _____ vezes
 Mais de 6 meses até 1 ano atrás: _____ vezes (99) NSA/ IGN (00) Nenhuma vez

AGORA VAMOS FALAR DA ÚLTIMA VEZ QUE A CRIANÇA FOI ATENDIDA NO PRONTO-SOCORRO

91. Por qual problema o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido no pronto-socorro desta última vez?

_____ (99) NSA/ IGN

92.O(A) <NOME DA CRIANÇA> foi encaminhado(a) para o atendimento no pronto-socorro por algum serviço de saúde, foi levado por conta do(a) Sr(a) ou foi levado por outros?

- (1) Encaminhado(a) por serviço de saúde
 (2) Levado(a) por conta própria
 (3) Levado(a) por outros (99) NSA/ IGN

93. O Sr(a) gastou algum dinheiro no atendimento do(a) <NOME DA CRIANÇA> no pronto-socorro?

- (0) Não → PULAR PARA 95 (1) Sim (99) NSA/ IGN

94. SE SIM: Quanto? R\$ _____ (9999) NSA/IGN

95. Este atendimento do(a) <NOME DA CRIANÇA> no pronto-socorro foi por algum convênio, particular ou SUS?

- (1) Por algum convênio (2) Particular (3) SUS (99) NSA/ IGN

96. Quanto tempo demorou desde que chegou com o(a) <NOME DA CRIANÇA> no pronto-socorro até ele(ela) ser atendido? _____hora(s) e _____minutos (99 / 99) NSA/ IGN

97. Qual sua opinião sobre o tempo de espera para o(a) <NOME DA CRIANÇA> ser atendido no pronto-socorro?



(1) Péssimo



(2) Ruim



(3) Regular



(4) Bom



(5) Ótimo

(99) NSA/ IGN

98. Qual sua opinião sobre o atendimento que o(a) <NOME DA CRIANÇA> recebeu no pronto-socorro?



(1) Péssimo



(2) Ruim



(3) Regular



(4) Bom



(5) Ótimo

(99) NSA/ IGN

99. Em que tipo de transporte o Sr(a) levou o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o pronto-socorro?

- | | | |
|-----------------------------------|---------|---------|
| Caminhando | (0) Não | (1) Sim |
| De bicicleta | (0) Não | (1) Sim |
| De carroça | (0) Não | (1) Sim |
| De ônibus / lotação / Van / Kombi | (0) Não | (1) Sim |
| De ambulância / SAMU | (0) Não | (1) Sim |
| De carro da Polícia/ bombeiros | (0) Não | (1) Sim |
| De carro particular | (0) Não | (1) Sim |
| De táxi | (0) Não | (1) Sim |
| De moto | (0) Não | (1) Sim |
| Outro. Qual? _____ | (0) Não | (1) Sim |
- (99) NSA/ IGN

100. Foi gasto algum dinheiro em transporte para levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o pronto-socorro para ser atendido?

- (0) Não → PULAR PARA 102 (1) Sim (99) NSA/ IGN

101. SE SIM, quem pagou para o Sr(a) levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o pronto-socorro?

- | | | |
|--------------------------------------|---------|---------|
| Eu mesmo | (0) Não | (1) Sim |
| Prefeitura | (0) Não | (1) Sim |
| Comunidade / associação de moradores | (0) Não | (1) Sim |
| Políticos | (0) Não | (1) Sim |
| Igreja | (0) Não | (1) Sim |
| Parentes, vizinhos ou amigos | (0) Não | (1) Sim |
- (99) NSA/ IGN

102. Quanto tempo de viagem ou de transporte levou até chegar no pronto-socorro com o(a) <NOME DA CRIANÇA>? _____hora(s) e _____minutos (99 / 99) NSA/ IGN

103. (#) Ao sair do atendimento do pronto-socorro o Sr(a) considera que o problema do(a) <NOME DA CRIANÇA>:

(0) Piorou	(1) Continua como antes	(2) Melhorou um pouco
(3) Melhorou bastante	(4) Curou / resolveu	(99) NSA/ IGN

104. O médico lhe explicou o motivo pelo qual o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido no pronto-socorro desta última vez?

(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
---------	---------	---------------

105. Quando o(a) <NOME DA CRIANÇA> saiu do pronto-socorro recebeu algum relatório, documento ou papel explicando o que aconteceu no atendimento?

(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
---------	---------	---------------

106. O Sr(a) saiu do pronto-socorro com alguma receita de remédio(s) para o(a) <NOME DA CRIANÇA>?

(0) Não → PULAR PARA 110	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
--------------------------	---------	---------------

107. SE SIM: O Sr(a) conseguiu todos o(s) remédio(s) da receita pelo SUS?

(0) Não	(1) Sim → PULAR PARA 110	(99) NSA/ IGN
---------	--------------------------	---------------

108. SE NÃO conseguiu todos os remédios da receita pelo SUS, comprou algum?

(0) Não → PULAR PARA 110	(1) Algum	(2) Todos	(99) NSA/ IGN
--------------------------	-----------	-----------	---------------

109. SE COMPROU ALGUM OU TODOS: Quanto gastou? R\$ _____

(9999) NSA/ IGN

110. Após este atendimento no pronto-socorro, o(a) Sr(a) tratou o(a) <NOME DA CRIANÇA> de alguma outra forma além do que lhe foi receitado no pronto-socorro?

(0) Não → PULAR PARA 112	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
--------------------------	---------	---------------

111. SE SIM, o que fez para tratar o(a) <NOME DA CRIANÇA>?

Deu outro remédio por conta própria	(0) Não	(1) Sim	
Deu algum chá	(0) Não	(1) Sim	
Mandou benzer	(0) Não	(1) Sim	
Buscou apoio na religião	(0) Não	(1) Sim	
Buscou curandeiro	(0) Não	(1) Sim	
Deu homeopatia	(0) Não	(1) Sim	
Deu florais	(0) Não	(1) Sim	
Outro. Qual? _____	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE INTERNACÃO NO HOSPITAL

112. Desde <MÊS> do ano passado até agora, o(a) <NOME DA CRIANÇA> esteve internado(a) em algum hospital?

(0) Não	(1) Sim → APLICAR 114 E PULAR PARA 117	(99) IGN
---------	--	----------

113. SE NÃO: Apesar de o(a) <NOME DA CRIANÇA> não ter internado, houve indicação médica para internar desde <MÊS> do ano passado até agora?

(0) Não → PULAR PARA 139	(1) Sim, houve indicação, mas não internou → APLICAR 114 até 116	(99) NSA/ IGN
--------------------------	--	---------------

114. Por qual motivo o médico indicou para o(a) <NOME DA CRIANÇA> a internação no hospital?

(01) Para fazer cirurgia ou operação de urgência	
(02) Para fazer cirurgia ou operação que não era de urgência	
(03) Para fazer o tratamento clínico de uma doença	
(04) Somente para fazer exames	
(05) Outro. Qual? _____	(99) NSA/ IGN

115. * Por que o(a) <NOME DA CRIANÇA> não internou no hospital, se teve indicação? (marcar apenas 1 opção)**

Falta de leito	(0) Não	(1) Sim
Ausência de transporte	(0) Não	(1) Sim
Não pode pagar	(0) Não	(1) Sim
Achou que a criança não precisava	(0) Não	(1) Sim
Por medo	(0) Não	(1) Sim
Por compromissos com a família ou no trabalho	(0) Não	(1) Sim

Outro. Qual? _____ (0) Não (1) Sim
(99) NSA/IGN

116. (#) O que aconteceu com o(a) <NOME DA CRIANÇA se teve indicação para internar no hospital e não internou?

(0) Piorou (1) Continua como antes (2) Melhorou um pouco
(3) Melhorou bastante (4) Curou / resolveu (99) NSA/IGN

117. SE INTERNOU: Quantas vezes o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi internado em hospital desde <MÊS> do ano passado até agora?

Nos últimos 30 dias: _____ vezes
Entre 1 mês e 6 meses atrás: _____ vezes
Entre 6 meses até 1 ano atrás: _____ vezes (99) NSA/IGN (00) Nenhuma vez

AGORA VAMOS FALAR DA ÚLTIMA INTERNAÇÃO NO HOSPITAL

118. Qual foi o motivo da internação do (a)<NOME DA CRIANÇA> nesta última vez? (99) NSA/IGN

119. Que serviço encaminhou o(a) <NOME DA CRIANÇA> para a internação? (99) NSA/IGN

	<u>Local/endereço</u>
Posto de Saúde	
Pronto-socorro do SUS	
Pronto atendimento por Convênio / Plano de Saúde	
Ambulatório da Faculdade	
Centro de especialidades	
Consultório por convênio ou plano de saúde	
Consultório Particular	
Outro hospital	
Outro – Qual?	

120. O Sr(a) gastou algum dinheiro nesta última internação do(a)<NOME DA CRIANÇA>?

(0) Não→ PULAR PARA 122 (1) Sim (99) NSA/IGN

121. SE SIM, quanto gastou? R\$ _____ (9999) NSA/IGN

122. A internação foi por algum convênio, particular ou SUS?

(1) Por algum convênio (2) Particular (3) SUS (99) NSA/IGN

123. Quanto tempo demorou até conseguir internar o(a) <NOME DA CRIANÇA> no hospital? _____ dias

(000) No mesmo dia (999) NSA/IGN

124. Qual sua opinião sobre o tempo de espera para internar o(a) <NOME DA CRIANÇA> no hospital?



(1) Péssimo



(2) Ruim



(3) Regular



(4) Bom



(5) Ótimo

(99) NSA/IGN

125. Qual sua opinião sobre o **atendimento** que o(a) <NOME DA CRIANÇA> recebeu **nesta internação** no hospital?



(1) Péssimo



(2) Ruim



(3) Regular



(4) Bom



(5) Ótimo

(99) NSA/ IGN

126. Em que tipo de transporte o Sr(a) levou o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o hospital para internar?

- | | | | |
|-----------------------------------|---------|---------|---------------|
| Caminhando | (0) Não | (1) Sim | |
| De bicicleta | (0) Não | (1) Sim | |
| De carroça | (0) Não | (1) Sim | |
| De ônibus / Iotação / Van / Kombi | (0) Não | (1) Sim | |
| De ambulância / SAMU | (0) Não | (1) Sim | |
| De carro da polícia/ bombeiros | (0) Não | (1) Sim | |
| De carro particular | (0) Não | (1) Sim | |
| De táxi | (0) Não | (1) Sim | |
| De moto | (0) Não | (1) Sim | |
| Outro. Qual? _____ | (0) Não | (1) Sim | (99) NSA/ IGN |

127. Foi necessário gastar algum dinheiro em transporte para levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o hospital para internar?

- (0) Não → PULAR PARA 129 (1) Sim (99) NSA/ IGN

128. **SE SIM: Quem pagou para levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o hospital para internar?**

- | | | | |
|--------------------------------------|---------|---------|---------------|
| Eu mesmo | (0) Não | (1) Sim | |
| Prefeitura | (0) Não | (1) Sim | |
| Comunidade / associação de moradores | (0) Não | (1) Sim | |
| Políticos | (0) Não | (1) Sim | |
| Igreja | (0) Não | (1) Sim | |
| Parentes, vizinhos ou amigos | (0) Não | (1) Sim | (99) NSA/ IGN |

129. Quanto tempo de viagem ou de transporte levou para o(a) <NOME DA CRIANÇA> chegar até o hospital?

- _____ horas e _____ minutos (99 / 99) NSA/IGN

130. (#) Depois desta internação, após sair do hospital, o Sr(a) acha que o problema do(a) <NOME DA CRIANÇA>:

- | | | |
|-----------------------|-------------------------|--------------------------|
| (0) Piorou | (1) Continua como antes | (2) Melhorou um pouco |
| (3) Melhorou bastante | (4) Curou / resolveu | (99) NSA/ IGN (0) Piorou |

131. O médico lhe explicou o motivo pelo qual o(a) <NOME DA CRIANÇA> internou desta última vez?

- (0) Não (1) Sim (99) NSA/ IGN

132. Quando o(a) <NOME DA CRIANÇA> saiu do hospital recebeu um relatório ou atestado ou nota de alta ou algum papel explicando o que aconteceu nesta internação?

- (0) Não (1) Sim (99) NSA/ IGN

133. O(a) <NOME DA CRIANÇA> saiu do hospital com alguma receita de remédio(s)?

- (0) Não → PULAR PARA 137 (1) Sim (99) NSA/ IGN

134. **SE SIM: O(A) Sr(a) conseguiu todos o(s) remédio(s) da receita pelo SUS?**

- (0) Não (1) Sim → PULAR PARA 137 (99) NSA/ IGN

135. **SE NÃO conseguiu todos os remédios da receita pelo SUS, comprou algum?**

- (0) Não → PULAR PARA 137 (1) Algum (2) Todos (99) NSA/ IGN

136. **SE COMPROU ALGUM OU TODOS: Quanto gastou? R\$ _____** (9999) NSA/ IGN

137. Após esta internação, o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi tratado de alguma outra forma além do que o médico receitou para ele(ela) nesta internação?

- (0) Não → PULAR PARA 139 (1) Sim (99) NSA/ IGN

138. SE SIM: O que fez para tratar o(a) <NOME DA CRIANÇA>?

Deu outro remédio por conta própria	(0) Não	(1) Sim	
Deu algum chá	(0) Não	(1) Sim	
Mandou benzer	(0) Não	(1) Sim	
Buscou apoio na religião	(0) Não	(1) Sim	
Buscou curandeiro	(0) Não	(1) Sim	
Deu homeopatia	(0) Não	(1) Sim	
Deu florais	(0) Não	(1) Sim	
Outro. Qual? _____	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN

AGORA, VAMOS FALAR SOBRE SUA CASA E OS MORADORES**139. O domicílio tem água encanada?**

(0) Não (1) Sim, dentro de casa (2) Sim, no pátio (99) IGN

140. Para onde vai o lixo?

(1) É recolhido pelo caminhão (2) É enterrado (3) É queimado
(4) É jogado fora do pátio (5) Outro. Qual? _____ (99) NSA/ IGN

141.(1) Tipo de casa (OBSERVAR!):

(01) tijolo c/ reboco (02) tijolo s/ reboco (03) apartamento (04) mista (madeira e tijolo)
(05) madeira regular (06) madeira irregular (07) papelão ou lata (08) barro
(09) palha (10) lona () outro: _____

142. Vocês têm em casa?

Televisão em cores	(0)	(1)	(2)	(3)	(4) ou mais
Rádio	(0)	(1)	(2)	(3)	(4) ou mais
Banheiro	(0)	(1)	(2)	(3)	(4) ou mais
Automóvel (carro)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4) ou mais
Empregada mensalista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4) ou mais
Máquina de lavar	(0)	(1)	ou mais		
Vídeo Cassete ou DVD	(0)	(1)	ou mais		
Geladeira	(0)	(1)	ou mais		
Freezer	(0)	(1)	ou mais		(99) IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE AS PESSOAS QUE MORAM COM A SR(a) E SOBRE A RENDA DA FAMÍLIA

143. No total, quantas pessoas moram nesta casa? _____ pessoas (99) IGN

144. No mês passado, algum dos moradores recebeu bolsa família ou algum outro benefício do governo?

Bolsa Família	(0000) Não	R\$ _____ por mês
Aposentadoria por invalidez	(0000) Não	R\$ _____ por mês
Aposentadoria (idade / tempo de serviço)	(0000) Não	R\$ _____ por mês
Auxílio-doença	(0000) Não	R\$ _____ por mês
Seguro-desemprego	(0000) Não	R\$ _____ por mês

145. No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram aqui? Excluindo os benefícios citados acima.

Pessoa 1 R\$ _____
Pessoa 2 R\$ _____
Pessoa 3 R\$ _____
Pessoa 4 R\$ _____ (99999) IGN - não respondeu / não sabe

146. No mês passado, a família teve outra fonte de renda (aluguel ou pensão, etc.) que não foi citada acima?

(0000) Não R\$ _____ por mês

AGORA EU GOSTARIA DE PERGUNTAR ALGUMAS COISAS SOBRE O(A) CHEFE DA FAMÍLIA

- 147. Quem é o(a) chefe da família?**
- (1) Próprio(a) entrevistado(a)
 (2) Marido / companheiro da entrevistada
 (3) Esposa / companheira do entrevistado
 (4) Mãe /pai do(a) entrevistado(a)
 (5) Avô / avó do entrevistado(a)
 (6) Filho / filha do(a) entrevistado
 (7) Outro familiar do(a) entrevistado(a)
 (8) Outra pessoa. Qual outra? _____ (99) IGN
- 148. Qual é a escolaridade do(a) <CHEFE DA FAMÍLIA>?**
- (1) nenhuma ou até 3º série (primário incompleto)
 (2) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginasial) incompleto
 (3) 1º grau (ginasial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto
 (4) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto
 (5) nível superior completo (99)
 IGN
- 149. (!) O chefe da família é (OBSERVAR!):** (1) Homem (2) Mulher (99) IGN
- 150. Qual a idade do(a) <CHEFE DA FAMÍLIA>?** — ____anos (99) IGN
- 151. O <CHEFE DA FAMÍLIA> está trabalhando atualmente?** (99) IGN
 (0) Não→ PULE PARA 153 e APLIQUE AS PERGUNTAS DOS EXAMES PREVENTIVOS
 (1) Sim→ APLIQUE 152 e APLIQUE AS PERGUNTAS DOS EXAMES PREVENTIVOS
- 152. O <CHEFE DA FAMÍLIA> trabalha de empregado, patrão ou conta própria?**
- (1) empregado com carteira assinada
 (2) empregado sem carteira assinada (99) NSA/ IGN
 (3) conta própria
 (4) patrão (empregador)
 (5) não remunerado
 * **Que tipo de trabalho faz?** _____
- 153. SE NÃO ESTÁ TRABALHANDO ATUALMENTE: Qual a situação atual de trabalho do <CHEFE DA FAMÍLIA>?**
- | | | | |
|---|---------|---------|-----------|
| Nunca trabalhou | (0) Não | (1) Sim | |
| Não está trabalhando, mas está procurando emprego | (0) Não | (1) Sim | |
| Não está trabalhando nem procurando emprego | (0) Não | (1) Sim | |
| Está aposentado | (0) Não | (1) Sim | |
| Está encostado por problema de saúde | (0) Não | (1) Sim | |
| Está estudando | (0) Não | (1) Sim | |
| Outra situação. Qual? _____ | (0) Não | (1) Sim | (99) NSA/ |

ANEXO: SAÚDE DA MULHER

PARA ENCERRAR, GOSTARÍAMOS DE FAZER PERGUNTAS SOBRE A SUA SAÚDE E OS EXAMES PREVENTIVOS	
<p>1) A Sra tem algum problema de saúde? (1) Não (2) Sim. Qual? _____</p> <p><i>*O TESTE DO PAPANICOLAU É UM TESTE PREVENTIVO, NO QUAL SE COLHE UM MATERIAL DO COLO DE ÚTERO PARA ANÁLISE DE LABORATÓRIO.</i></p>	
<p>A) A senhora fez este exame alguma vez? (1) Não → Pule para E (2) Sim (9) NSA/ IGN</p>	<p>B) Quando foi a última vez? (1) Há menos de um 1 ano (2) Há 1 a 2 anos incompletos (3) Há 2 a 3 anos incompletos (9) NSA/ IGN (4) Há mais de 3 anos (5) Nunca fez</p>
<p>C) Em que serviço de saúde foi solicitado o exame? (1) Unidade Básica de Saúde (posto ou centro de saúde) (2) Consultório/Ambulatório (3) Hospital (4) Outro, especifique: _____ (9) NSA/ IGN</p>	<p>D) Esse serviço de saúde é: (1) SUS (2) Previdência Governamental (Estado/Município) (3) Privado (planos e convênios) (4) Particular (pagou pelo serviço sem reembolso) (5) Outro, especifique: _____ (9) NSA/ IGN</p>
<p>E) Por que a senhora nunca fez este exame? Pode haver mais de uma resposta (1) Não era necessário/ sou saudável (2) Não conhecia o exame/ não sabia de sua finalidade ou importância (3) Teve dificuldade para marcar consulta/ não tinha vaga (4) Problemas com a distância/ transporte/ dificuldades financeiras (5) É muito embaraçoso/ desconfortável/ tenho vergonha (6) Nunca tive relações sexuais (7) Nunca fui ao ginecologista (8) Retirou o útero. Causa: _____ (9) Outros, especifique: _____</p>	
O EXAME CLÍNICO DE MAMA É UM EXAME NO QUAL O MÉDICO/ENFERMEIRO APALPA AS MAMAS PARA PROCURAR ALGUMA ALTERAÇÃO.	
<p>F) No último ano, algum profissional de saúde examinou seus seios para procurar nódulos/caroços? (1) Não → Pule para I (2) Sim (9) NSA/ IGN</p>	<p>G) Em que serviço de saúde fez o exame? (1) Unidade Básica de Saúde (posto ou centro de saúde) (2) Consultório/Ambulatório (3) Hospital (4) Outro, especifique: _____ (9) NSA/ IGN</p>

<p>H) Esse serviço de saúde é:</p> <p>(1) SUS (2) Previdência Governamental (Estado/Município) (3) Privado (planos e convênios) (4) Particular (pagou pelo serviço sem reembolso) (5) Outro, especifique: _____ (9) NSA/ IGN</p>	
<p>I) A senhora mesma faz a palpação de seus seios procurando nódulos/ caroços? Com que frequência?</p> <p>(1) Não faz (2) Faz, mas não tem frequência definida (3) Faz mensalmente (4) Faz duas vezes ao ano (5) Faz anualmente (9) NSA/ IGN</p>	
<p>A MAMOGRAFIA É UM EXAME EM QUE AS MULHERES FAZEM UM RAIOS X COMPRIMENDO AS MAMAS PARA DETECTAR ALTERAÇÕES.</p>	
<p>J) A senhora fez este exame alguma vez?</p> <p>(1) Não → FIM DO QUESTIONÁRIO (2) Sim (9) NSA/ IGN</p>	<p>K) Quando foi a última vez?</p> <p>(1) Há menos de um 1 ano (2) Há 1 a 2 anos incompletos (3) Há 2 a 3 anos incompletos (4) Há mais de 3 anos (5) Nunca fez (9) NSA/ IGN</p>
<p>L) Em que serviço de saúde foi solicitado o exame?</p> <p>(1) Consultório/Ambulatório (2) Hospital (3) Outro, especifique: _____ (9) NSA/ IGN</p>	
<p>M) Esse serviço de saúde é:</p> <p>(1) SUS (2) Previdência Governamental (Estado/Município) (3) Privado (planos e convênios) (4) Particular (pagou pelo serviço sem reembolso) (5) Outro, especifique: _____ (9) NSA/ IGN</p>	

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!!!

DATA: _____

HORA: _____

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 277/2009

Protocolo CEP-UFJF: 1873.217.2009 **FR:** 294358 **CAAE:** 0168.0.180.000-09
Projeto de Pesquisa: INQUÉRITO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, MG
Versão do Protocolo: 1ª versão
Área Temática: Grupo III
Pesquisador Responsável: Luiz Cláudio Ribeiro
TCLE: 1ª versão
Instituição: PG Saúde Coletiva- UFJF

Sumário/comentários do protocolo:

Justificativa: Os argumentos apresentados na introdução estão devidamente embasados e justificam adequadamente a realização do presente estudo.

Objetivo(s): Neste projeto, pretende-se descrever e analisar morbidade referida, percepção da qualidade de vida e acesso aos serviços de saúde da população de Juiz de Fora (MG), considerando as desigualdades sociais que caracterizam a população brasileira [sic]

Comentário: Os objetivos são coerentes com a justificativa.

Metodologia: Estudo observacional transversal, com aplicação de questionário.

Comentário: A metodologia é adequada para responder a pergunta do estudo.

Revisão e referências: Devidamente citadas no texto, atualizadas e adequadas.

Orçamento: Devidamente apresentado.

Fonte de custeio: Pesquisador.

Cronograma: Adequado.

Data do término: mês = 03 / ano = 2011.

Qualificação do pesquisador: Adequada.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Dentro dos padrões exigidos pela Res. CNS 196/96.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto APROVADO.
Juiz de Fora, 20 de outubro de 2009.


Prof./Dr. Alfredo Chaoubah
Coordenador em Exercício – CEP/UFJF

RECEBI
DATA: ___/___/2009
ASS: _____

ANEXO B – Critério de Classificação Econômica Brasil – 2010



CRITÉRIO
DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA
BRASIL

ABEP
associação brasileira de empresas de pesquisa

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão do mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3ª. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4ª. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as de finições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

Bem alugado em caráter permanente

Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses

Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses

Bem quebrado há mais de 6 meses

Bem alugado em caráter eventual

Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores.

Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregada doméstica

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas. Note bem: o termo empregados mensalistas se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos 5 dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Máquina de Lavar

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semi-automáticas.

O tanquinho NÃO deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:

Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, serão atribuídos os pontos (4)

correspondentes a posse de geladeira;

Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª.

porta – ou houver no domicílio um freezer

independente serão atribuídos os pontos (2)

correspondentes ao freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	4 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	6 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	6 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	2 pt

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações freqüentes do tipo “... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas

pelo critério é classe B...” não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Pontos	Renda média familiar (Valor Bruto em R\$)
		2008
A1	42 a 46	14.366
A2	35 a 41	8.099
B1	29 a 34	4.558
B2	23 a 28	2.327
C1	18 a 22	1.391
C2	14 a 17	933
D	8 a 13	618
E	0 a 7	403

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR REGIÃO METROPOLITANA

2008

CLASSE	Total Brasil	Gde. FORT	Gde. REC	Gde. SALV	Gde. BH	Gde. RJ	Gde. SP	Gde. CUR	Gde. POA	DF
A1	0,6%	1,0%	0,30%	0,5%	0,60%	0,30%	0,6%	1,1%	0,20%	1,5%
A2	4,4%	3,5%	3,3%	2,5%	3,2%	3,5%	5,2%	5,3%	4,9%	8,8%
B1	9,1%	5,2%	5,8%	6,8%	7,7%	7,7%	10,6%	13,4%	11,3%	13,6%
B2	18,0%	10,1%	10,9%	9,4%	16,1%	17,5%	20,6%	25,3%	22,9%	20,4%
C1	24,5%	14,6%	19,7%	17,5%	24,4%	26,7%	26,9%	23,3%	27,1%	22,0%
C2	23,9%	27,9%	27,6%	31,5%	23,8%	26,30%	21,8%	19,4%	21,0%	17,5%
D	17,9%	30,7%	28,1%	28,4%	23,0%	17,0%	13,8%	10,7%	11,9%	15,4%
E	1,6%	7,0%	4,3%	3,4%	1,4%	0,9%	0,6%	1,6%	0,8%	1,0%