

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Mônica Cristina Marzullo de Freitas

**FATORES DETERMINANTES DO ACESSO AO PAPANICOLAOU POR
MULHERES IDOSAS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA-MG**

Juiz de Fora
2012

Mônica Cristina Marzullo de Freitas

**FATORES DETERMINANTES DO ACESSO AO PAPANICOLAOU POR
MULHERES IDOSAS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA-MG**

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

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Juiz de Fora

2012

Freitas, Mônica Cristina Marzullo de.

Fatores determinantes do acesso ao Papanicolaou por mulheres idosas no município de Juiz de Fora-MG / Mônica Cristina Marzullo de Freitas. – 2012.

147 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

1. Idoso. 2. Neoplasias do colo do útero. 3. Rastreamento. 4. Estudos transversais. I. Título.

MÔNICA CRISTINA MARZULLO DE FREITAS

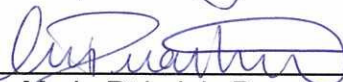
**“Fatores Determinantes do Acesso ao Papanicolaou por
Mulheres Idosas no Município de Juiz de Fora - MG”.**

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 08/03/2012



Isabel Cristina Gonçalves Leite - UFJF



Cristina Maria Rabelais Duarte – FASE –
Faculdade Arthur Sá Earp Neto



Maximiliano Ribeiro Guerra - UFJF

RESUMO

O Brasil passa por um processo de envelhecimento populacional e, com isso, seu quadro epidemiológico tende a se modificar, com aumento da prevalência de doenças crônicas, especialmente o câncer, em detrimento das infecciosas. Entre as mulheres, incluindo as mais idosas, o câncer de colo de útero caracteriza-se como um problema de saúde pública. Sendo o Papanicolaou o instrumento utilizado para o rastreamento precoce da doença, torna-se de extrema relevância a realização de estudos transversais acerca da prevalência do acesso por parte da população idosa feminina a este serviço de saúde e seus fatores de associação, em Juiz de Fora – MG. Em 2010, inserido no Inquérito de Saúde realizado na zona norte do município de Juiz de Fora, foi conduzido um estudo epidemiológico de corte transversal, usando amostragem por conglomerado e simples, com mulheres a partir de 60 anos de idade. O presente estudo fez uso de quatro instrumentos para a coleta de dados: Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), escala para avaliação da capacidade funcional para realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's) e escala para avaliação da capacidade funcional para realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's), além de questionário semi-estruturado subdividido em características sociodemográficas, questões referentes ao estado de saúde geral da idosa, e finalmente, questões relacionadas ao histórico de realização ou não de exames preventivos em saúde da mulher. Do total de questionários aplicados, 252 (90%) mulheres responderam ao desfecho de interesse. Foi construído um modelo teórico hierarquizado agrupando as variáveis distais, referentes às características sociodemográficas, intermediárias, com questões acerca do estado geral de saúde das idosas, e as variáveis proximais, reunidas num terceiro bloco, correspondentes às práticas preventivas em saúde da mulher. A prevalência de realização do exame preventivo de Papanicolaou foi de 84,1% (IC_{95%} 79% - 88,4%). Na regressão multivariada, três variáveis apresentaram significativa associação ($p \leq 0,05$) à realização do exame de Papanicolaou: entre as variáveis do nível mais distal (Bloco 1 do organograma), a situação conjugal “sem companheiro” (idosas solteiras, viúvas, separadas ou divorciadas), com $RP_{ajustada} = 3,642$ (IC_{95%} 1,465; 9,057). No segundo bloco, a independência para a realização das AIVD's, com $RP_{ajustada} = 6,932$ (IC_{95%} 2,022; 23,764). Já no terceiro bloco, referente às práticas preventivas em saúde da mulher, a realização da mamografia foi a variável de maior associação à realização do exame de Papanicolaou, com $RP_{ajustada} = 2,112$ (IC_{95%} 1,140; 3,913). Na análise interblocos estas variáveis continuaram significativamente associadas com a variável de desfecho. O presente estudo sugere que o maior acesso ao exame preventivo pelas idosas apresentou-se associado mais fortemente ao grupo composto por solteiras, viúvas, separadas ou divorciadas, independentes para as AIVD's e que também realizam ou que já realizaram mamografia. O envelhecimento populacional deve levar à reflexão quanto ao direcionamento de políticas públicas. No caso do câncer de colo de útero, deve haver incentivo à prática do Papanicolaou, a fim de se implementar uma rotina de prevenção secundária às idosas, mesmo não sendo a população alvo do rastreamento atualmente.

Palavras-chave: Idoso. Estudos transversais. Neoplasias do colo do útero. Fatores de risco. Acesso. Prevenção secundária. Rastreamento.

ABSTRACT

Brazil is going through a process of population aging, and thus, its epidemiological profile tends to change, with increased prevalence of chronic diseases, especially cancer, over infectious ones. Among women, including older women, cervical cancer is characterized as a public health problem. Since the Pap test is the instrument for early detection of the disease, it is thus extremely relevant to carry out cross-sectional studies on the prevalence, for elderly women, of access to this health service, and to investigate the factors associated with screening in Juiz de Fora - MG. In 2010, included in the Health Survey conducted in the northern district of the city of Juiz de Fora, a cross-sectional epidemiological study was conducted, using cluster and simple sampling, with women aged 60 or over. This study made use of four instruments for data collection: a Mini-Mental State Examination (MMSE), a scale to assess functional capacity to perform the Basic Activities of Daily Living (BADLs) and a scale to assess functional capacity to perform the Instrumental Activities of Daily Living (IADLs), and a semi-structured questionnaire divided into sociodemographic characteristics, questions concerning the general health of the elderly woman, and finally, questions related to the history of whether or not having been screened for cervical cancer and breast cancer. Of the total questionnaires administered, 252 women responded to the outcome of interest. A hierarchical theoretical model was built grouping the distal variables, related to sociodemographic characteristics, the intermediate variables, related to questions about the general health of the elderly women, and the proximal variables, gathered into a third block, corresponding to preventive practices in women's health. The prevalence of Pap test screening was 84.1% (CI_{95%} 79% - 88.4%). In the multivariate regression, three variables showed significant association ($p \leq 0.05$) with getting Pap testing: among the more distal level variables (Block 1 of the chart), the marital status of single, widowed, separated, or divorced, with $PR_{adjusted}$ (CI_{95%} = 3.642 CI_{95%} 1.465; 9.057). In the second block, the functional capacity of carrying out IADLs, with $PR_{adjusted}$ (CI_{95%} = 6.932 CI_{95%} 2.022; 23.764). And, in the third block, regarding preventive practices in women's health, mammography screening was the variable with the highest association with getting Pap testing, with $PR_{adjusted}$ (CI_{95%} = 2.112 CI_{95%} 1.140; 3.913). In the interblock analysis these variables remained significantly associated with the outcome variable. The present study suggests that increased access to preventive screening for elderly women was associated most strongly with the group composed of single, widowed, separated, or divorced, able to perform IADLs, and who also are or had been getting mammography screening. The aging of the population should lead to reflection about the direction of public policy. In the case of cervical cancer, there must be incentives for Pap test screening in order to implement a secondary prevention routine (early diagnosis and prompt treatment) for elderly women, although not the target population of screening today.

Key-words: Aged. Cross Sectional Studies. Uterine Cervical Neoplasms. Risk Factors. Health Services Accessibility. Secondary Prevention. Diagnosis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Expectativa de vida ao nascimento, no mundo, 2009	19
Figura 2 – Pirâmide etária brasileira no ano 2000.....	21
Figura 3 – Pirâmide etária brasileira no ano 2010.....	22
Figura 4 – Pirâmide etária brasileira para o ano de 2050.....	22
Figura 5 – Proporção de pessoas com 60 anos ou mais de idade, na população residente, segundo as Unidades da Federação, Brasil – 2009	23
Figura 6 – Distribuição percentual da População residente por idade em Juiz de Fora, Minas Gerais e Brasil, 1980/1991/2000	24
Figura 7 – Distribuição dos cânceres de maior incidência entre as mulheres de todas as idades no mundo, em 2009	32
Figura 8 – Distribuição dos cânceres de maior mortalidade entre as mulheres de todas as idades no mundo, em 2009	32
Figura 9 – Estimativa dos tipos de câncer mais incidentes no Brasil em 2012, excetuando-se o de pele não melanoma	34
Figura 10 – Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100.000 mulheres estimadas para o ano 2012, segundo a Unidade da Federação, Brasil (neoplasia maligna da mama feminina)	35
Figura 11 – Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100.000 mulheres estimadas para o ano 2012, segundo a Unidade da Federação, Brasil (neoplasia maligna do colo do útero).....	36
Figura 12 – Distribuição proporcional do total de mortes por câncer, segundo localização primária do tumor, em mulheres, Brasil, para os períodos entre 1999-2003 e 2004-2008.....	37

Figura 13 – Razão entre exames citopatológicos e mulheres, em todos os estados brasileiros, de 25 a 59 anos de idade, em 2009	64
Figura 14 – Razão entre exames citopatológicos e mulheres, em todos os estados brasileiros, 60 anos ou mais de idade, em 2009.....	64
Figura 15 – Esquema explicativo da seleção dos participantes	81
Figura 16 – Esquema para coleta dos dados.....	83
Figura 17 – Descrição do trajeto percorrido para seleção da amostra	84
Figura 18 – Modelo teórico de investigação dos efeitos das variáveis independentes sobre acesso ao exame preventivo de Papanicolaou estruturado em blocos hierarquizados.....	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População mineira idosa segundo contagem da população realizada pelo IBGE em 2007	25
Tabela 2 – Taxas de mortalidade por câncer de todas as neoplasias malignas, brutas e ajustadas por idade pelas populações mundial e brasileira, por 100.000 mulheres, entre 1999 e 2008.....	39
Tabela 3 – Número médio de anos potenciais de vida perdidos por câncer de todas as neoplasias malignas, por 1.000 mulheres, Brasil, entre 1999 e 2008, partindo da premissa que o limite superior é 80 anos	40
Tabela 4 – Morbidade por câncer de colo uterino entre todas as faixas etárias, 2008, no Brasil e nos continentes.....	42
Tabela 5 – Mortalidade por câncer de colo uterino entre todas as faixas etárias, 2008, no Brasil e nos continentes.....	43
Tabela 6 – Percentual de mulheres que já fizeram o exame preventivo para Câncer de Colo de Útero, por grandes regiões, Brasil – 2008	63
Tabela 7 – Classificação da amostra, segundo critério de exclusão e condição de respondente do estudo de idosas. Juiz de Fora, MG, 2010	95
Tabela 8 – Características demográficas e socioeconômicas de 252 idosas. Juiz de Fora, MG, 2010.....	95
Tabela 9 – Características relacionadas à saúde de 207 idosas. Juiz de Fora, MG, 2010	96
Tabela 10 – Questões referentes à presença ou não de morbidades autorreferidas por 207 idosas que foram aprovadas no Mini Exame do Estado Mental, e classificadas segundo a CID-10, Juiz de Fora, MG, 2010	97
Tabela 11 – Distribuição das variáveis relacionadas à saúde da mulher para a população total de idosas, Juiz de Fora, MG	98

Tabela 12 – Prevalência de realização do exame preventivo do Papanicolaou, entre 252 idosas. Juiz de Fora, MG, 2010	99
Tabela 13 – Última vez em que realizou o exame, entre 212 idosas. Juiz de Fora, MG, 2010	99
Tabela 14 – Nível de atenção em saúde em relação ao serviço utilizado, entre 212 idosas. Juiz de Fora, MG, 2010	99
Tabela 15 – Natureza do serviço utilizado, entre 212 idosas, Juiz de Fora, MG, 2010	100
Tabela 16 – Motivos para a não realização do exame preventivo de papanicolaou, entre 40 mulheres idosas, Juiz de Fora-MG	100
Tabela 17 – Variáveis demográficas e socioeconômicas associadas à realização do Papanicolaou, Juiz de Fora, MG, 2010	101
Tabela 18 – Variáveis referentes ao estado geral de saúde das 207 idosas, Juiz de Fora, MG, 2010	102
Tabela 19 – Variáveis referentes às práticas preventivas em saúde da mulher, Juiz de Fora, MG, 2010	103
Tabela 20 – Resultados da análise de regressão multivariada em blocos hierarquizados para as razões de prevalência bruta e ajustada interblocos, das variáveis de maior poder de associação com o desfecho, Juiz de Fora, MG, 2010	103

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Maiores e menores expectativas de vida (em anos), ao nascimento, no ano de 2009, segundo alguns países20
- Quadro 2** – Principais diferenças entre o rastreamento oportunístico e organizado57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA)
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVD	Atividades da Vida Diária
CCI	Cancer Care International (Tratamento de câncer internacional)
CCU	Câncer de Colo de Útero
CID-O	Classificação Internacional de Doenças para Oncologia
CIS	Cancer Information Service (Serviço de Informação de Câncer)
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DIU	Dispositivo Intra Uterino
DNA	Desoxirribonucleic acid – Ácido Desoxirribonucléico (ADN)
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações
FDA	Food and Drug Administration Review (Administração de Medicamentos e Alimentos)
GLOBOCAN	Global Cancer
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
HPV	Human Papilloma Viruses (Vírus do papiloma humano)
IARC	International Agency for Research on Cancer (Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
MEQ	Programa de Monitoramento Externo da Qualidade do Exame Citopatológico
MIQ	Programa de Monitoramento Interno da Qualidade do Exame Citopatológico
MG	Minas Gerais

MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNCCCU	Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo de Útero
RCBP	Registros de Câncer de Base Populacional
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero
SNC	Serviço Nacional de Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UICC	Union for International Cancer Control (União Internacional de Controle de Câncer)

LISTA DE SÍMBOLOS

\leq	menor ou igual
\geq	maior ou igual
%	por cento
χ^2	<i>qui-quadrado</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A EMERGÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS	18
2.1.1	Panorama mundial e brasileiro	19
2.1.2	A feminização da população idosa brasileira	24
2.1.3	Envelhecimento e as condições de risco para a emergência de doenças crônicas	25
2.2.	DOENÇAS NEOPLÁSICAS ASSOCIADAS À TRANSIÇÃO ETÁRIA POPULACIONAL.....	29
2.2.1	NEOPLASIAS PREVALENTES SEGUNDO O SEXO E A IDADE.....	30
2.2.2	O cenário feminino brasileiro	37
2.3	A PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO COMO REFLEXO DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER.....	41
2.3.1	Epidemiologia do câncer de colo uterino e a população idosa feminina	41
2.3.2	Fatores associados ao câncer de colo uterino	45
2.3.3	Soluções profiláticas e terapêuticas nos diferentes estágios do processo saúde-doença	50
3	HIPÓTESE	75
4	JUSTIFICATIVA	76
5	OBJETIVOS	78
5.1	OBJETIVO GERAL.....	78
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	78
6	METODOLOGIA	79
6.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	79
6.2	LOCAL DO ESTUDO.....	79
6.3	AMOSTRAGEM E POPULAÇÃO	80
6.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO	85
6.4.1	Variável dependente	85

6.4.2	Variáveis independentes	85
6.5	ESTUDO PILOTO.....	86
6.6	COLETA DE DADOS.....	86
6.7	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	88
6.7.1	Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)	88
6.7.2	Questionário semi-estruturado	89
6.7.3	Escalas para avaliação da capacidade funcional	90
6.8	SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	91
7	RESULTADOS	94
7.1	ANÁLISE DESCRITIVA.....	94
7.1.1	Caracterização geral da amostra	94
7.1.2	Caracterização da amostra segundo a prevalência de realização do exame do Papanicolaou	98
7.2	ANÁLISES BIVARIADA E MULTIVARIADA.....	101
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
	REFERÊNCIAS	106
	APÊNDICES	117
	ANEXOS	140

1 INTRODUÇÃO

O mundo passa por um processo lento e progressivo de envelhecimento de sua população. Graças ao progresso tecnológico em diversos setores, inclusive na saúde, ao homem está sendo permitido viver mais. No entanto, outros problemas de saúde começam a surgir e as doenças infecciosas dão lugar aos problemas crônicos de saúde. Como exemplo desse processo, destaca-se o câncer que atinge principalmente a faixa etária mais idosa e demanda grande atenção dos setores de saúde. No Brasil, nos primeiros 25 anos do século XXI, haverá um acréscimo anual de cerca de 550 mil idosos, ultrapassando-se o número de um milhão entre os anos de 2025 e 2050 (AGOSTARA; CARRUBA; USSET, 2008; ALMEIDA et al., 2002; ALVES et al., 2007; CARVALHO; RODRÍGUEZ WONG, 2008).

Apesar de ocorrerem, predominantemente, em países mais desenvolvidos, percebe-se que alguns tipos de neoplasia, como, por exemplo, o tumor de colo de útero, vem aumentando suas incidências entre as mulheres que vivem em regiões que se encontram em emergência socioeconômica, inclusive no Brasil. Isso sugere que tal ocorrência pode estar associada a algumas características particulares. Em 2010, ao se analisar as diferentes regiões brasileiras, destaca-se que o câncer de colo de útero (CCU) varia do terceiro ao primeiro lugar em taxa de incidência entre as mulheres, dentre todos os tipos de câncer, exceto o de pele não-melanoma (BRASIL, 2009).

O câncer de colo de útero é de fácil detecção e prevenção, sendo seu rastreamento simples, de baixo custo e disponível por meio dos setores públicos e privados de saúde. O exame do Papanicolaou é assim denominado em homenagem ao seu descobridor, Dr. George Papanicolaou, na década de 1930, e apresenta grande aceitabilidade pela população e por profissionais de saúde (GREENWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006).

A realização do exame é responsável pela diminuição da incidência e da mortalidade do câncer cervical, principalmente nos países desenvolvidos. Estima-se que é possível uma redução de aproximadamente 80% da mortalidade por esta patologia a partir, somente, do tratamento das lesões precursoras e do rastreamento pelo exame preventivo, desde que de forma organizada e de qualidade, por parte do

sistema de saúde e pelos profissionais responsáveis (FONSECA; RAMACCIOTTI; ELUF NETO, 2004; GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005; VALENTE et al., 2009).

No entanto, a partir da análise de estudos anteriores no Brasil, o que se verifica é que este exame deixa de ser feito por uma parcela significativa da população feminina, ou realiza-se um diagnóstico tardio da doença, em todas as faixas etárias, inclusive entre mulheres idosas, além de uma iniquidade do acesso vinculado à idade, ao grau de instrução, ao serviço de saúde a que se tem acesso, dentre outros possíveis determinantes socioeconômicos (VALE et al., 2010; VALENTE et al., 2009).

O que prevalece, em nosso cenário nacional, é ainda o rastreamento deficitário da doença – oportunístico, segundo Vale e outros (2010) –, de baixa cobertura populacional, sem uma busca ativa por supostos casos e sem obedecer à periodicidade recomendada pelo Instituto Nacional de Câncer (2010c). Dessa forma, tais características podem estar contribuindo para a manutenção de altas taxas de incidência e de mortalidade no país.

Partindo-se então do princípio de que a melhor forma de combate ao câncer de colo de útero é a sua prevenção, o presente estudo tem como meta analisar e demonstrar a prevalência de mulheres idosas residentes na região norte do município de Juiz de Fora que tem acesso ao exame de Papanicolaou. Objetiva-se também investigar quais fatores encontram-se associados à utilização deste serviço de saúde e, mesmo não sendo a população idosa o alvo para a prevenção, o que de fato a distancia do Papanicolaou.

A zona norte de Juiz de Fora foi objeto de nosso estudo por deter a maior disponibilidade territorial na área urbana (cerca de 51%), possuir o maior número de bairros (são mais de 79) e o maior contingente populacional (20,51%).

Diante das possíveis respostas alcançadas, finalmente poderão ser elaboradas sugestões para que o exame passe a ser não só acessível a todas as mulheres que se configuram como alvo da doença, mas que também seja respeitada e seguida a sua periodicidade recomendada. Assim, acredita-se que esta neoplasia possa ser monitorada e controlada e que não mais represente um problema de saúde pública.

Dessa forma, procurou-se descrever, na presente revisão, a prevalência de câncer de colo de útero no mundo e no Brasil e os fatores de risco associados. Também se buscou delinear o histórico das políticas de prevenção no Brasil, os

diferentes programas de cobertura populacional do exame – com seus pontos positivos e negativos – as formas alternativas de rastreamento, a prevalência de acesso ao Papanicolaou e os seus fatores associados ao comportamento das mulheres brasileiras.

O estudo está disposto em três partes: a primeira, subdividida em quatro seções, corresponde à revisão literária, em que será abordado primeiramente o envelhecimento populacional nos cenários mundial e nacional, acompanhado do processo de feminização da população idosa e o aumento da prevalência de doenças crônicas. Na segunda seção será discutida a emergência das doenças neoplásicas, cujos tipos variam de acordo com sexo, idade, situação socioeconômica e demográfica. Na terceira seção será tratada a prevalência do câncer de colo de útero no mundo e no Brasil e os possíveis fatores de associação. Na quarta seção serão descritas as ferramentas utilizadas pelas políticas de saúde da mulher rumo ao controle do câncer de colo de útero, em especial a cobertura populacional para a realização do exame preventivo do Papanicolaou.

A segunda parte do trabalho versa sobre a hipótese, justificativa, e os objetivos a serem alcançados ao longo da pesquisa, através da metodologia adotada.

Finalmente, a terceira parte apresenta os resultados obtidos, acompanhado da discussão e conclusão dos mesmos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O câncer caracteriza-se como uma doença crônica comum na população idosa e, por isso, merece destaque. No entanto, alguns tipos de neoplasias aparentam estar associadas não só à idade avançada, mas também a fatores sociodemográficos e econômicos, como o câncer de colo de útero (CCU) – responsável por uma alta incidência e mortalidade, em relação aos outros tipos de tumores em países mais pobres economicamente.

Ressalva-se que o câncer de colo de útero é altamente prevenível, detectável precocemente e que existem políticas públicas de saúde voltadas para o rastreamento precoce de lesões precursoras, através do exame de Papanicolaou. Apesar disso, no Brasil, muitas mulheres não seguem a periodicidade recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ou muitas vezes nunca realizaram o exame.

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A EMERGÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS

O mundo passa por um processo de envelhecimento populacional, e acompanhando esta transformação surgem as doenças crônicas, a exemplo do câncer, como uma resposta a hábitos e comportamentos, ao longo da vida, muitas vezes prejudiciais à saúde, ou decorrentes do próprio processo de envelhecer.

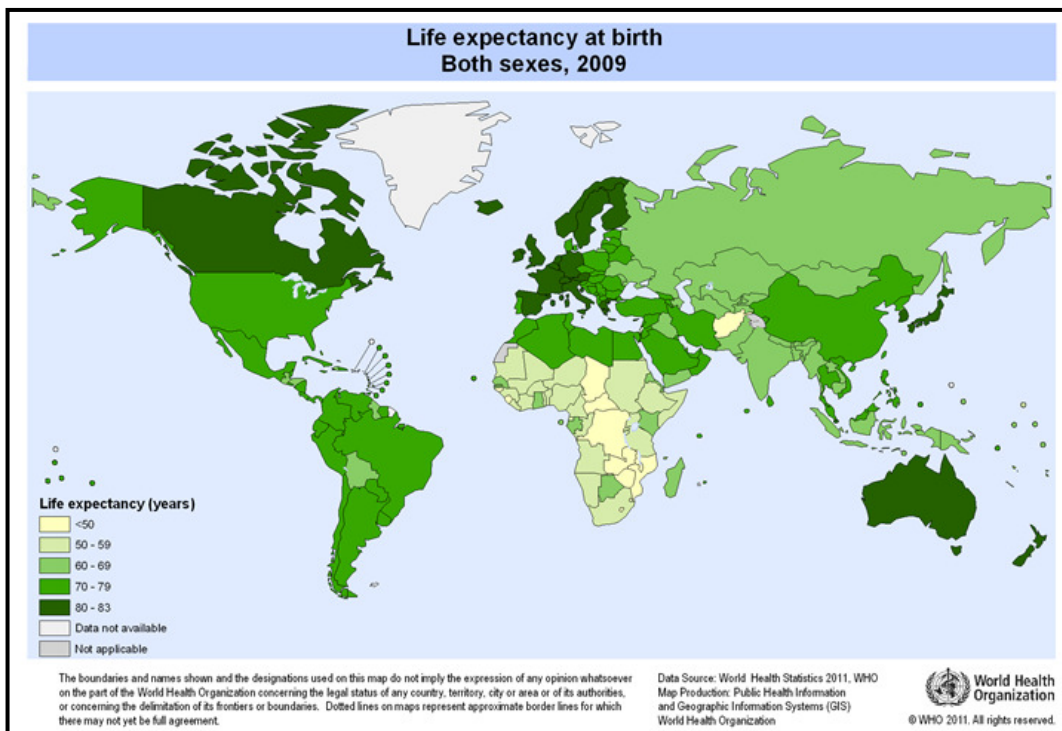
Entre as mulheres, um dos maiores problemas crônicos de saúde é o câncer de colo de útero que, mesmo sendo de fácil detecção e prevenção, ainda apresenta altas taxas de morbidade e de mortalidade.

2.1.1 Panorama mundial e brasileiro

O século XX foi marcado pelo contínuo crescimento da população idosa especialmente em países economicamente desenvolvidos; característica esta que se mantém durante o momento presente e que alcança também os países em desenvolvimento. Esta mudança, segundo Yashin e outros (2009), é fruto do incremento na qualidade da alimentação, condições de vida, tecnologia médica e cuidados à saúde.

A Figura 1 mostra a distribuição mundial da expectativa de vida no ano de 2009, cujos maiores índices pertencem a regiões como Japão, São Marino, Austrália, Islândia, Cingapura, Itália e Espanha (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011):

Figura 1 – Expectativa de vida ao nascimento, no mundo, 2009



Fonte: World Health Organization (2011)¹

¹ Disponível em: <http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mbd/life_expectancy/atlas.html>.

Os países que detêm as maiores e as menores expectativas de vida, ao nascimento, estão descritos no Quadro 1 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Quadro 1 – Maiores e menores expectativas de vida (em anos), ao nascimento, no ano de 2009, segundo alguns países

IDADE (EM ANOS)	PAÍSES
As maiores expectativas	
83	Japão, São Marino
82	Andorra, Austrália, Cingapura, Espanha, Islândia, Israel, Itália, Mônaco, Suíça
81	Canadá, Chipre, França, Luxemburgo, Nova Zelândia, Holanda, Noruega, Suécia
Posição do Brasil	
73	Brasil, Albânia, Belize, Granada, Lituânia, Malásia, Ilhas Maurício, Marrocos, Romênia, São Vicente e Granadinas, Seicheles
As menores expectativas	
49	Guiné Bissau, Moçambique, República Democrática do Congo, Serra Leoa, Suazilândia, Zimbábue
48	Zâmbia, Lesoto, Chade, República Central da África, Afeganistão
47	Malavi

Fonte: Adaptado de World Health Organization (2011)

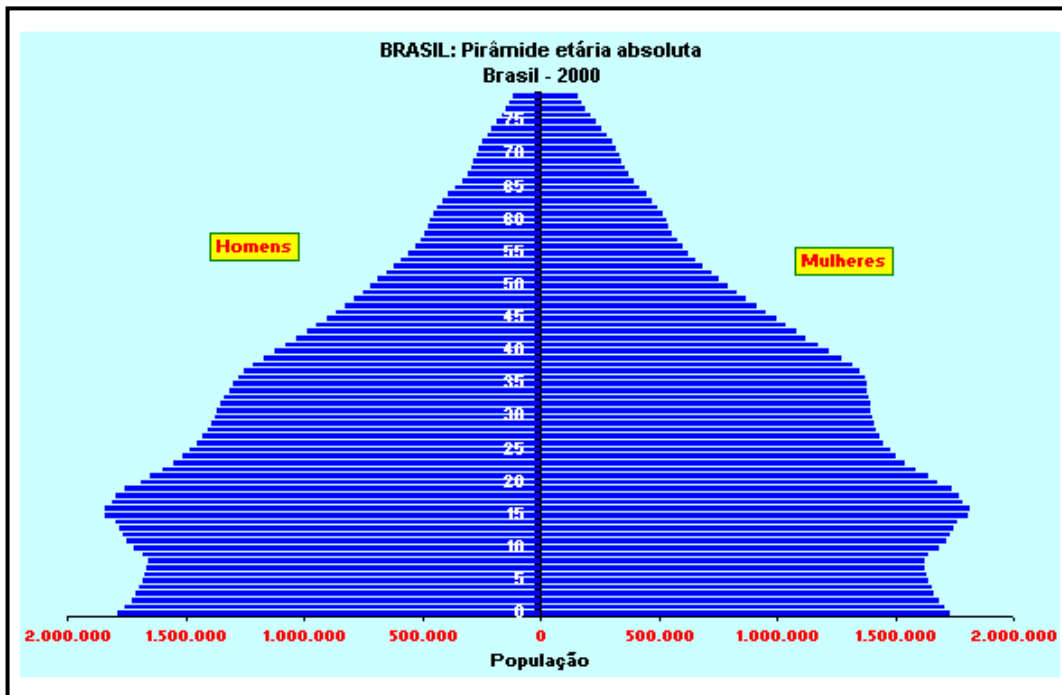
No Brasil, durante as décadas de 40 a 60, houve em nosso país um declínio significativo da mortalidade e a fecundidade manteve-se em níveis altos, resultando, assim, numa população quase estavelmente jovem e de rápido crescimento.

Já a partir do final dos anos 60, a taxa de fecundidade declinou especialmente nas camadas sociais mais ricas e nas regiões privilegiadas economicamente. Em seguida, essa tendência generalizou-se geograficamente, desencadeando a transição da estrutura etária, agora com um perfil mais envelhecido (de 3,1% em 1970, os idosos com 65 anos ou mais passarão a

representar cerca de 19% da população brasileira em 2050) e com baixo nível de crescimento populacional. Projeções apontam ainda que, em 2020, o Brasil será o 6º país com maior contingente populacional de idosos, o que representa cerca de 30 milhões de pessoas (CARVALHO; RODRÍGUEZ WONG, 2008; VERAS, 2007).

De acordo com as pirâmides etárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), vistas Nas Figuras 2, 3 e 4, pode-se comparar as projeções populacionais brasileiras em três diferentes momentos, retrospectivos e prospectivos.

Figura 2 – Pirâmide etária brasileira no ano 2000

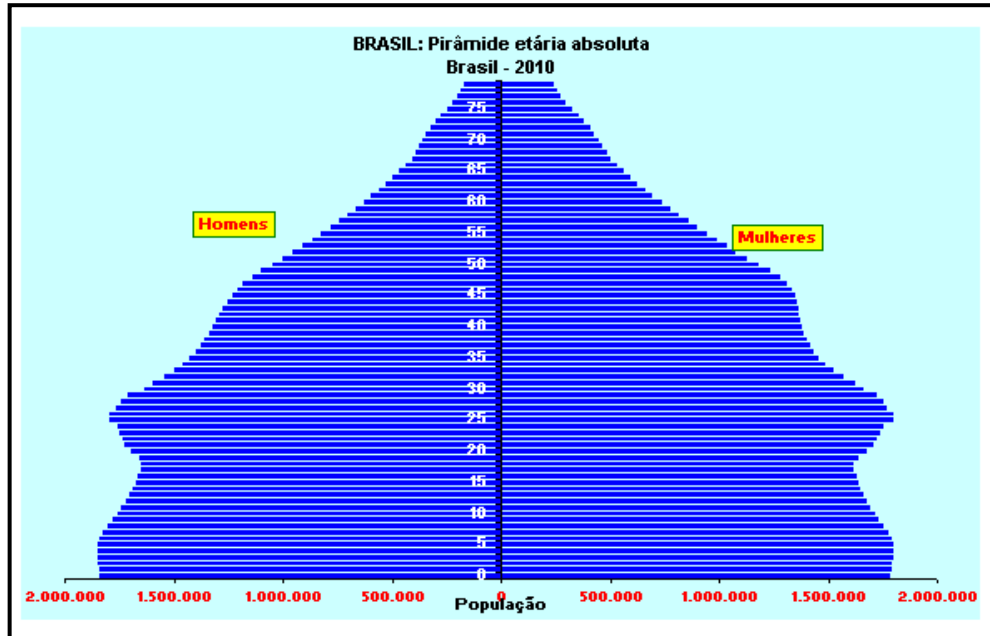


Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ([20--])²

² Disponível em:

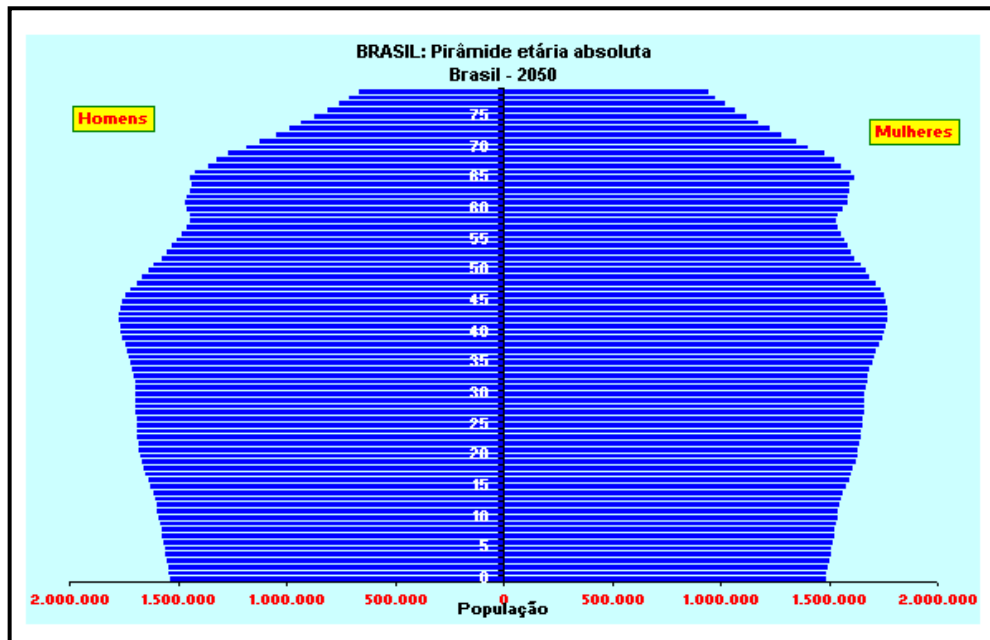
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/piramide/piramide.shtm>

Figura 3 – Pirâmide etária brasileira no ano 2010



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ([20--])³

Figura 4 – Pirâmide etária brasileira para o ano de 2050



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ([20--])⁴

³ Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/piramide/piramide.shtm>

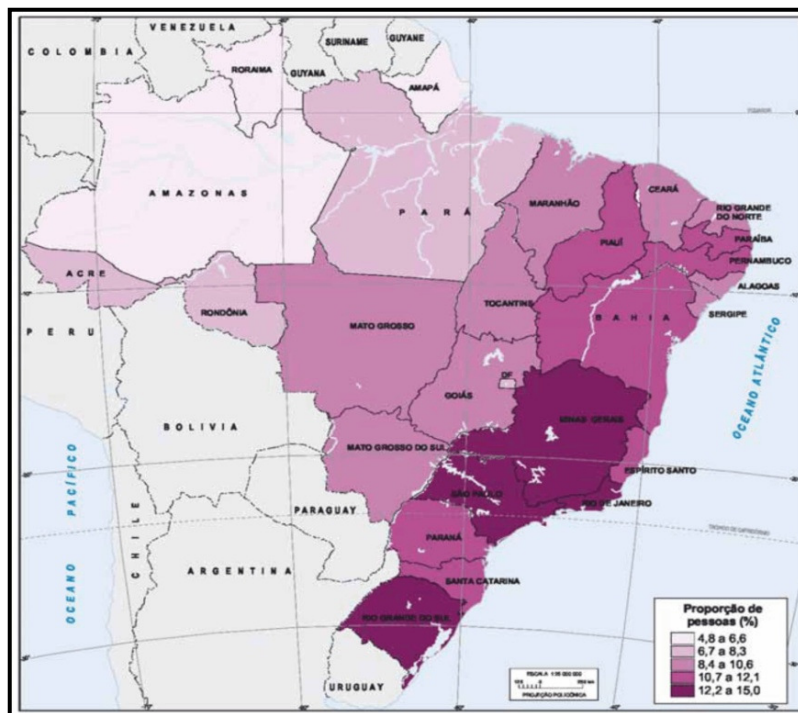
⁴ Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/piramide/piramide.shtm>

A mudança mais evidente, ao se analisar os desenhos, é a alteração na base e no ápice dos mesmos, demonstrando um aumento no número de idosos e uma diminuição de jovens, e um incremento na população acima de 80 anos de idade. Este crescimento se mostra progressivo até que a pirâmide projetada para o ano de 2050 inverta sua posição, configurando uma população composta, em sua maioria, por pessoas em idades mais adultas e idosas, e uma redução do número de pessoas mais jovens (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, [20--]).

No ano de 2009, a população idosa com 60 anos ou mais de idade, nos estados brasileiros, era distribuída de acordo com a Figura 5. As áreas de maior concentração de indivíduos com 60 anos ou mais pertenciam aos estados do Rio Grande do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Já os estados do Amazonas, Roraima e Amapá detinham a menor proporção de idosos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

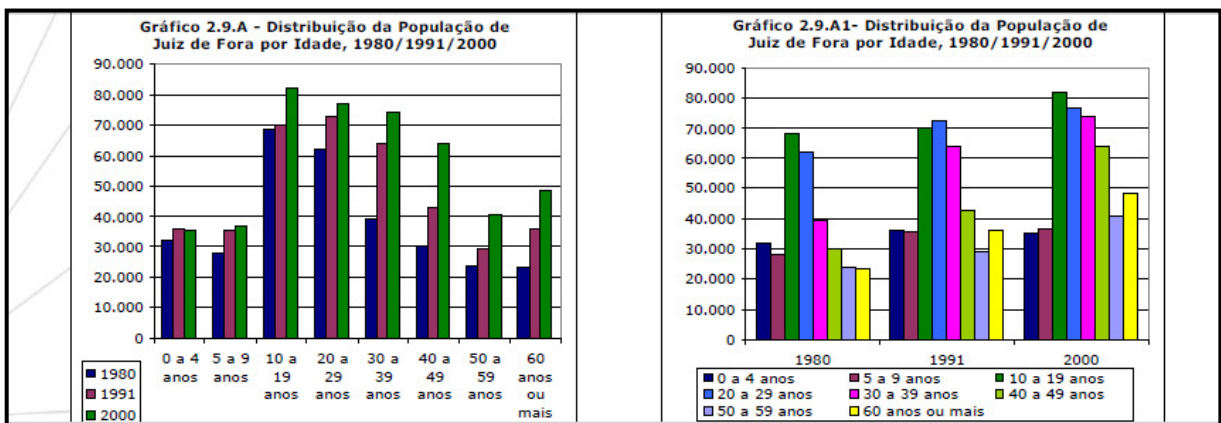
Figura 5 – Proporção de pessoas com 60 anos ou mais de idade, na população residente, segundo as Unidades da Federação, Brasil – 2009



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009)

De acordo com o Anuário Estatístico de Juiz de Fora de 2009 (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2009), esta é a distribuição do número de idosos no município, ao longo de duas décadas (Figura 6):

Figura 6 – Distribuição percentual da População residente por idade em Juiz de Fora, Minas Gerais e Brasil, 1980/1991/2000



Fonte: Universidade Federal de Juiz de Fora (2009)

Pode-se dizer que, da mesma forma em que ocorre no Brasil e no mundo, a população com 60 anos ou mais de idade apresenta um crescimento acelerado.

2.1.2 A feminização da população idosa brasileira

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada em 2009 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009), a proporção de homens idosos, com 60 anos de idade ou mais, no Brasil, era de 10,3% e a proporção de idosas, 12,3%. Da população total residente no Brasil, entre todas as faixas etárias, os idosos, entre homens e mulheres, representam 11,3%. A região com maior proporção de idosos é a Sudeste, cujos valores chegam a ultrapassar a média brasileira: 12,7% da população têm 60 anos ou mais. Já a região com menor percentual de idosos é a Norte: somente 7,3% da população é composta por idosos.

A transformação no contingente populacional pela qual o Brasil está passando revela, ainda, outra tendência: a feminização da população idosa. Em 2000, para cada 100 mulheres idosas havia 81 homens idosos; em 2050, o número de idosos reduzirá para 76 a cada 100 mulheres idosas. Já na população com 80 anos ou mais, para cada 100 idosas, o número de homens idosos diminuirá de 71 (no ano de 2000) para 61 (no ano de 2050). Ou seja, em meados deste século, haverá, praticamente, duas mulheres idosas para cada homem idoso, entre os mais anciãos (CARVALHO; RODRÍGUEZ WONG, 2008).

Em relação a Minas Gerais, a população total é de 12.597.121 habitantes, dos quais 6.265.664 (49,74%) são homens e 6.269.402 (49,8%), mulheres. Dentro destes totais nota-se, a partir dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2007), que o estado repete a característica populacional brasileira, com maior prevalência (mesmo que discreta) da população idosa do sexo feminino, nas três subdivisões etárias. A Tabela 1 apresenta estes dados (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007):

Tabela 1 – População mineira idosa segundo contagem da população realizada pelo IBGE em 2007

Idade	População recenseada, por sexo		
	Homens	Mulheres	Total
60-69 anos	366.357	393.099	759.456
70-79 anos	206.653	241.222	447.875
80 anos ou mais	77.782	110.348	188.130
Total de idosos, com 60 anos ou mais	650.792	744.669	1.395.461

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2007, p.160)

2.1.3 Envelhecimento e as condições de risco para a emergência de doenças crônicas

As diversidades encontradas nas regiões brasileiras podem ser justificadas, uma vez que sua população encontra-se em um contexto de grande heterogeneidade cultural, social, econômica, convivendo com a fragilidade das

instituições e a carência geral de recursos. Em menos de 40 anos, passou-se de um cenário de mortalidade típico de uma população jovem, para um panorama cujas doenças prevalentes são complexas e onerosas, características da terceira idade: as doenças crônicas, que requerem medicação, exames e cuidados de maneira contínua (VERAS, 2007).

As doenças crônicas são afecções da saúde que acompanham o enfermo por longo período de tempo, alternando quadros de piora e melhora. Nos países em desenvolvimento e, especialmente, nos desenvolvidos economicamente, as doenças crônicas não transmissíveis assumem a liderança em termos de incidência e de mortalidade e podem estar ligadas às características do mundo moderno (ALMEIDA et al., 2002; BARROS et al., 2006; UKRAINTSEVA; YASHIN 2005; YASHIN et al., 2009).

De acordo com Mendoza Nuñez, Martínez Maldonado e Correa Muñoz (2009), as doenças crônicas mais prevalentes no mundo durante a fase da terceira idade são hipertensão, *diabetes mellitus*, artrite, osteoporose, depressão, demência e câncer. De acordo com Haseen, Adhikari e Soonthorndhada (2010), as maiores causas de morte neste grupo populacional são as doenças crônicas cardíacas, cerebrovasculares, renais, pneumonia, diabetes e câncer, além dos suicídios.

A partir de pesquisa realizada por Alves e outros (2007), no município de São Paulo, *diabetes mellitus*, doenças cardíacas, pulmonares e câncer, de forma geral, também se comportaram como doenças crônicas de maior prevalência.

De acordo com Almeida e outros (2002) e com Barros e outros (2006), no Brasil, a prevalência de problemas crônicos aumenta com o avanço da idade. Estratificando-se as faixas etárias e tomando como referência a idade de 15-24 anos, o risco de apresentar doenças crônicas entre adultos de 45-64 anos, é 3,71 vezes maior, e entre os idosos acima de 64 anos, 4,57 vezes maior.

Segundo o Inquérito Domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis realizado no Brasil (2004), as condições de risco prevalentes para o desenvolvimento de doenças não transmissíveis são o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a dieta sem qualidade, a atividade física insuficiente ou inexistente e o consumo elevado de álcool (BRASIL, 2004).

De acordo com a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (Vigitel), a autoavaliação do estado de saúde

comporta-se como um importante indicador do estado da saúde dos indivíduos, mostrando-se associado a medidas objetivas de morbidade e utilização de serviços, assim como da mortalidade (preditor). Esta variável avalia o impacto que determinada doença proporciona ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo (BRASIL, 2011).

Conforme Almeida e outros (2002), para estratos populacionais com maiores níveis de escolaridade e renda, a prevalência de doenças crônicas foi menor. Em pesquisa realizada com idosos, por Haseen, Adhikari e Soonthornhada (2010), sobre a autoavaliação do estado de saúde, o grupo que possuía maior grau de escolaridade mencionou um estado de saúde melhor. Assim, diante de tal estudo, pode-se deduzir que pessoas com melhor grau de instrução detêm maior conhecimento acerca das doenças e dos seus agravos, bem como do uso dos serviços. Estas inferências também sugerem que o papel do ambiente, do nível sociocultural e econômico, do grau de escolaridade e da acessibilidade aos serviços de saúde pode estar associado a esses eventos.

Segundo os autores Almeida e outros (2002) e Barros e outros (2006), o sexo feminino apresentou maior percentual de morbidade referida em relação ao sexo masculino. Este fato pode estar associado à mulher apresentar maior percepção de saúde do que o homem em relação aos sinais e sintomas, habilidades e conhecimentos sobre doenças, adquiridos por seu papel social de “cuidadora” da família, além da valorização de problemas de saúde, mesmo quando de menor gravidade. Além disso, elas utilizam mais os serviços de saúde, o que também amplia seus conhecimentos acerca da seriedade das doenças.

Pode-se dizer que a tendência atual é haver um crescente número de idosos que, se por um lado, estão vivendo mais, por outro apresentam mais condições crônicas diretamente associadas a uma série de comorbidades que alteram a qualidade de vida, uma vez que as doenças crônicas são as maiores causadoras de incapacidade no indivíduo (ALMEIDA et al., 2002; ALVES et al., 2007).

A maior demanda por serviços de saúde e, conseqüentemente, os gastos substanciais neste setor referem-se às condições crônicas pelas quais muitos indivíduos passam. Este estado de fragilidade e dependência repercute, diretamente, na rotina e na qualidade de vida do idoso, além de onerar economicamente sua própria vida, a de sua família e o sistema de saúde vigente.

Diante desse quadro, a capacidade funcional aparece como mais um componente para a saúde do idoso, extremamente útil para o processo de envelhecimento com qualidade, uma vez que a manutenção da independência pessoal resulta em menores custos para o próprio idoso, sua família e para a sociedade (ALMEIDA et al., 2002; ALVES, et al., 2007; MENDOZA NUÑEZ; MARTÍNEZ MALDONADO; CORREA MUÑOZ, 2009).

De acordo com Haseen, Adhikari e Soonthorndhada (2010), na Tailândia, entre os idosos com sessenta anos de idade ou mais, a presença de doença(s) crônica(s), principalmente acompanhada da limitação da capacidade funcional e dos sintomas psicológicos, além do avanço da idade, estão diretamente associados a uma autoavaliação pessimista do estado de saúde individual. A associação entre idade e autoavaliação da saúde pode ser explicada pela dificuldade progressiva que os mais idosos enfrentam para realizar movimentos corporais e suas AVD's – Atividades da Vida Diária (HASEEN; ADHIKARI; SOONTHORNDHADA, 2010).

Durante a Segunda Assembléia Mundial *Ageing Held*, realizada no ano de 2002, em Madri, foi enfatizada a importância do chamado “envelhecimento ativo”; uma estratégia para se atingir o nível máximo de saúde, bem-estar e de qualidade de vida pelo idoso, baseada na promoção da independência, confiança, dos direitos e dos valores pessoais (MENDOZA NUÑEZ; MARTÍNEZ MALDONADO; CORREA MUÑOZ, 2009).

O câncer não apresenta impacto relevante na dependência das atividades básicas da vida diária (ABVD's) e das atividades instrumentais de vida diária (AIVD's) dos idosos, em relação às demais doenças crônicas. As comorbidades advindas do seu estado de saúde, mais do que a própria história pregressa ou presente desta patologia, é que estão relacionadas à incapacidade funcional (ALVES et al., 2007).

Compreender o mecanismo das diferentes tendências patológicas e suas inter-relações é de extrema importância para colocar em prática, da melhor forma, os conhecimentos em saúde de modo a se conseguir um equilíbrio entre os riscos de doenças crônicas e a conquista da longevidade na população idosa mundial (YASHIN et al., 2009).

De acordo com o Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não transmissíveis – um importante instrumento de conhecimento para tal compreensão – os resultados encontrados

sugerem a prioridade de se implantar e incrementar as políticas públicas para o controle dos fatores de risco ao desenvolvimento de doenças não transmissíveis (BRASIL, 2004).

2.2. DOENÇAS NEOPLÁSICAS ASSOCIADAS À TRANSIÇÃO ETÁRIA POPULACIONAL

A mudança demográfica resultante do envelhecimento da população mundial traz consigo uma forte influência no processo saúde-doença. Tal transformação acarreta, por exemplo, um aumento na incidência e na prevalência de doenças crônico-degenerativas ou não transmissíveis, relacionadas a diversas características. Dentre estas, pode-se destacar a exposição prolongada a fatores de risco, como a alteração do padrão alimentar (abandono de dieta rica em fibras, grãos, frutas, verduras, legumes, por um maior consumo de açúcar e gorduras saturadas), o aumento do sedentarismo decorrente da vida urbana, a mecanização e a tecnização de algumas tarefas, o aumento do uso de veículos, maior tempo em frente à televisão, ao computador e a jogos eletrônicos, o consumo de cigarro, álcool, a diminuição do lazer, a exposição excessiva ao sol, além do próprio progresso tecnológico (CERVI; HERMSDORF; RIBEIRO, 2005, GUERRA et al., 2005).

O envelhecimento, por si só, já é um fator de risco para o desenvolvimento deste grupo de doenças, a exemplo das neoplasias, pois os indivíduos ficam por mais tempo suscetíveis a esses fatores e às transformações celulares malignas; isso explica, em parte, a sua prevalência majoritária na população idosa (CERVI; HERMSDORF; RIBEIRO, 2005).

Conceituando-se “prevalência neoplásica”, segundo Haberland e outros (2010), trata-se do número total da população residente de determinado lugar que tem ou teve, no passado, pelo menos um tipo de câncer. A mortalidade refere-se ao número de mortes por determinada patologia e representa, segundo Stracci e outros (2007), junto com a prevalência, importantes instrumentos para o controle do câncer.

As neoplasias, em geral, exercem grande influência sobre a morbidade e mortalidade no mundo, configurando-se como um importante problema de saúde

pública, concorrendo, principalmente, com doenças do aparelho respiratório, circulatório e causas externas. Em 2008, foram estimados cerca de 12,7 milhões de novos casos de câncer em todo o mundo, sendo o número de óbitos próximo de 7,6 milhões. Atualmente, representam a terceira maior causa de morte no mundo e a segunda no Brasil, perdendo somente para as doenças cardiovasculares; em 2008, ocorreram 160.584 novos casos entre os homens e, entre as mulheres, houve 160.371 registros. A mortalidade para os sexos foi de 102.233 e de 87.871, respectivamente (BASÍLIO; MATTOS, 2008; CERVI; HERMSDORF; RIBEIRO, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, c2010a).

De acordo com Agostara, Carruba e Usset (2008), Yashin e outros (2009) e Ukraintseva e Yashin (2005), diferentes mecanismos podem associar câncer à idade. Alguns aspectos dos hábitos modernos, como alimentos ricos em hormônios de crescimento e gravidez em idade mais avançada, podem retardar o envelhecimento do organismo, mas aumentar a suscetibilidade ao câncer devido às exposições constantes aos fatores de risco. Em nível microscópico, algumas vias moleculares podem promover proteção contra o câncer e, simultaneamente, combater o envelhecimento através da limitação de produção e acúmulo de células danosas ao organismo. No entanto, outras vias podem combater a proliferação de células cancerosas e, no entanto, promover o envelhecimento.

Analisando o processo patológico neoplásico propriamente, pode-se dizer que algumas células do nosso organismo podem vir a adquirir a capacidade de proliferação autônoma e desregulada de determinadas moléculas denominadas oncogenes, que promovem o crescimento celular (denominado fator de crescimento), ou a proliferação anormal de proteínas específicas da membrana celular que se vinculam a essas células. Ambos os processos desencadeiam uma série de comandos cujo produto final é a proliferação, em determinado órgão, de células cancerosas primárias e, até mesmo, a disseminação para outros locais do corpo – metástase (AGOSTARA; CARRUBA; USSET, 2008).

2.2.1 NEOPLASIAS PREVALENTES SEGUNDO O SEXO E A IDADE

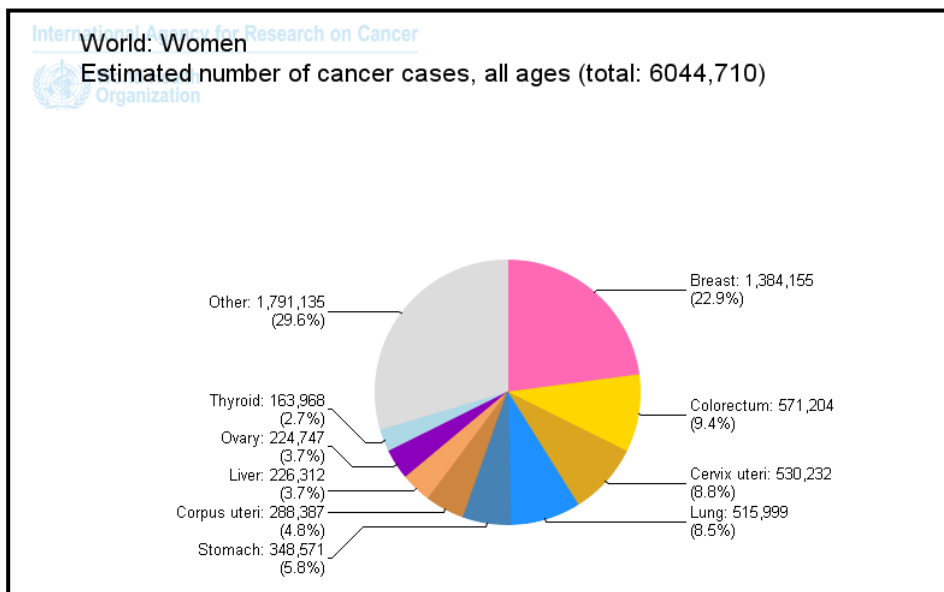
Em estudo realizado na Alemanha por Haberland e outros (2010), foi constatado que, de acordo com a idade do indivíduo e com o sexo, os riscos de morbidade e de mortalidade pelo câncer podem variar. Como exemplo, para o homem de até 49 anos, as chances de morbidade para todos os tipos de câncer, exceto o de pele não melanoma, é de 3,3%; para as mulheres, na mesma faixa etária, 4,8%. Já aos 70 anos ou mais de idade, estes valores sobem significativamente: para os homens o risco de morbidade sobe para 42,9%; e para as mulheres, 28,5%.

Em relação ao risco de mortalidade, para todos os cânceres, excetuando o de pele não melanoma, entre os homens e as mulheres com até 49 anos, as chances são de 1%. Entre os homens com 70 anos ou mais o risco de mortalidade sobe para 22,9%, enquanto para as mulheres, 16,2%.

De acordo com a *World Health Organization* (c2010a), os três cânceres de maior incidência, em 2008, entre os homens de todas as idades, no mundo, foram: em primeiro lugar, o câncer de pulmão (representando 16,5% em relação aos outros tipos de câncer no sexo masculino), em segundo lugar, o câncer de próstata e, em terceiro lugar, o câncer de cólon e reto. Já em relação à mortalidade, tem-se em primeiro lugar o câncer de pulmão (com 22,5% do total de mortes por câncer), em segundo o câncer de cólon e reto e, em terceiro lugar, o câncer de próstata.

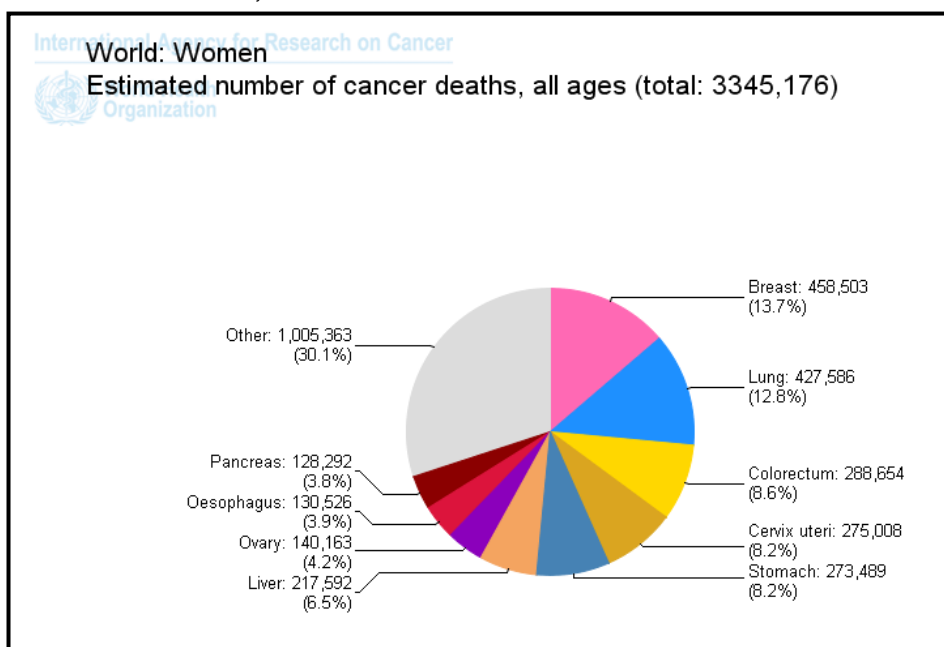
Em relação ao sexo feminino, em todas as idades, o panorama mundial, em 2008, dos tipos de câncer mais comuns é assim descrito pelo Globocan: em primeiro lugar, com maior risco de incidência e mortalidade, o câncer de mama; em segundo lugar, o câncer de cólon e reto e, em terceiro, o câncer de colo do útero (Figuras 7 e 8).

Figura 7 – Distribuição dos cânceres de maior incidência entre as mulheres de todas as idades no mundo, em 2009



Fonte: World Health Organization (c2010a)⁵

Figura 8 – Distribuição dos cânceres de maior mortalidade entre as mulheres de todas as idades no mundo, em 2009



Fonte: World Health Organization (c2010a)⁶

⁵ Disponível em:

<http://globocan.iarc.fr/pie_pop.asp?selection=221900&title=World&sex=2&type=0&window=1&join=1&submit=%A0Execute%A0>.

⁶ Disponível em:

<http://globocan.iarc.fr/pie_pop.asp?selection=221900&title=World&sex=2&type=1&window=1&join=1>

Na Alemanha, analisando os órgãos do corpo mais acometidos pelo câncer, segundo o sexo, para todas as idades, entre 1980 e 2004, o resultado sobre a ordem de maior prevalência encontrada para o sexo masculino foi: próstata, colo retal e pulmão; este último que antes era o mais comum entre os homens, começou a declinar a partir dos anos 90. Entre as mulheres os tumores de mama foram os mais encontrados, seguido do colo retal. Mas o que mais chamou a atenção foi o aumento em 150% da chance de incidência do câncer de pulmão em relação a 1980; característica esta que se observa em muitos países europeus, provavelmente devido aos hábitos de fumo no passado. Além disso, atualmente na Alemanha, o consumo de tabaco entre as mulheres é crescente, enquanto nos homens ele decresce (HABERLAND et al., 2010).

Em estudo realizado em Úmbria, região central da Itália, por Stracci e outros (2007) sobre as tendências de mortalidade, observou-se que, a partir da década de 1980, houve entre as mulheres um declínio na incidência de morte por leucemia, câncer de estômago, fígado e por câncer de útero como um todo; a mortalidade por câncer de ovário manteve-se constante e a neoplasia de pulmão manteve-se em constante crescimento durante todo o período de estudo.

Entre os homens desta região, o declínio na mortalidade por câncer de estômago deu-se a partir de 1985; de fígado, a partir de 1991; e o câncer de pulmão começou a ser menos prevalente após 1989. Os cânceres de cabeça, pescoço, esôfago e laringe estiveram durante todo o lapso temporal em constante declínio. Finalmente, analisando-se todos os tipos de câncer, entre homens e mulheres, incluindo o de pele não melanoma, observa-se um declínio na mortalidade a partir de 1988-1989.



Segundo Jemal e outros (2010), os três tipos de câncer de maior incidência, segundo o sexo, nos Estados Unidos, em 2010, são, entre os homens, o de próstata (28%), o de pulmão e brônquios (15%) e o de cólon e reto (com 9%), dentre todos os tipos de câncer incidentes no ano do estudo.

Já entre as mulheres do país, os três tipos de maior incidência são: mama, em primeiro lugar, com 28% de todos os casos, pulmão e brônquios (14%) e, em terceiro lugar, cólon e reto (10%). O câncer do corpo do útero aparece em 4º lugar, com 6% do total de cânceres incidentes entre as mulheres.

No entanto, analisando-se a mortalidade, o câncer de pulmão e brônquios ocupa o primeiro lugar para ambos os sexos, repetindo a característica de outros países também economicamente desenvolvidos, representando 29% da mortalidade entre todos os tipos de câncer entre os homens e 26% entre as mulheres. Próstata e mama vêm em segundo lugar e cólon e reto em terceiro lugar, para ambos os sexos (9% do total de mortes entre todos os tipos de câncer). O câncer de corpo de útero, por sua vez, ocupa o oitavo lugar, sendo responsável por 3% das mortes entre os óbitos por câncer entre as mulheres (JEMAL et al., 2010).

No Brasil, de acordo com o INCA (c2012), para o período 2012-2013 são estimados 518.510 casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, sendo 257.870 para o sexo masculino e 260.640 para o feminino. Os tumores de maior incidência serão os de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago para o sexo masculino, e os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireoide para o sexo feminino (Figura 9).

Figura 9 – Estimativa dos tipos de câncer mais incidentes no Brasil em 2012, excetuando-se o de pele não melanoma

Localização primária					Localização primária		
	casos novos	percentual				casos novos	percentual
Próstata	60.180	30,8%	Homens 	Mulheres 	Mama Feminina	52.680	27,9%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.210	8,8%			Colo do Útero	17.540	9,3%
Cólon e Reto	14.180	7,3%			Cólon e Reto	15.960	8,4%
Estômago	12.670	6,5%			Glândula Tireoide	10.590	5,6%
Cavidade Oral	9.990	5,1%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.110	5,3%
Esôfago	7.770	4,0%			Estômago	7.420	3,9%
Bexiga	6.210	3,2%			Ovário	6.190	3,3%
Laringe	6.110	3,1%			Corpo do Útero	4.520	2,4%
Linfoma não Hodgkin	5.190	2,7%			Sistema Nervoso Central	4.450	2,4%
Sistema Nervoso Central	4.820	2,5%			Linfoma não Hodgkin	4.450	2,4%

Fonte: Instituto Nacional de Câncer (c2012)⁷

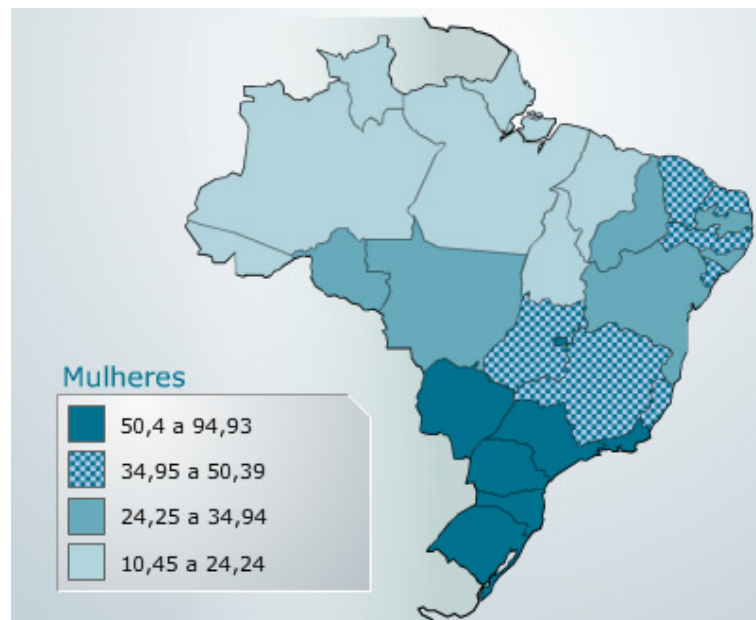
Ao analisar o contexto do câncer na população brasileira, Guerra e outros (2005) destacam o aumento na incidência de câncer de pulmão, especialmente entre as mulheres, repetindo a característica de países desenvolvidos como Alemanha e Itália, decorrente da exposição cada vez mais precoce ao uso do tabaco.

⁷ Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/tabelaestados.asp?UF=BR>>.

Em algumas regiões em que o consumo de churrasco e de bebidas quentes, como o chimarrão e o mate, são características culturais, observa-se um grande índice de câncer de estômago. Em algumas regiões prevalecem, por exemplo, o câncer de mama ou o de colo uterino, o câncer de próstata ou de cólon e reto, o que, de acordo com os autores, fortemente estão associados a políticas de saúde locais, questões socioculturais e, até mesmo, econômicas. O câncer de colo de útero parece estar associado mais fortemente às regiões brasileiras de menor poder aquisitivo.

A partir das figuras, a seguir, é possível ilustrar como os fatores regionais podem influenciar o comportamento de alguns tipos de câncer, como os de mama e de colo de útero. Sua distribuição geográfica retrata as diferentes realidades da população brasileira. O câncer de mama é mais prevalente no sul e sudeste (Figura 10).

Figura 10 – Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100.000 mulheres estimadas para o ano 2012, segundo a Unidade da Federação, Brasil (neoplasia maligna da mama feminina)

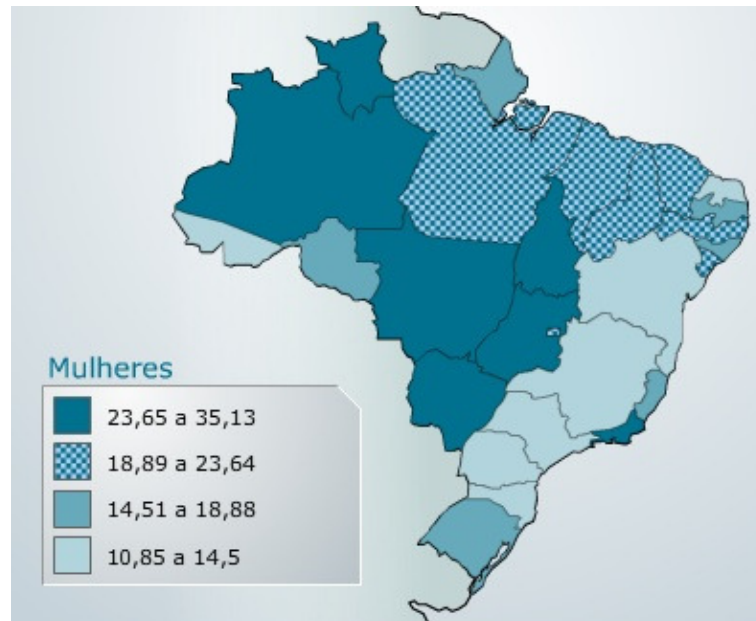


Fonte: Instituto Nacional de Câncer (c2012)⁸

⁸ Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/mapa.asp?ID=13>>.

Já o câncer de colo uterino é mais comum nas regiões norte, nordeste, centro-oeste, e no estado do Rio de Janeiro. Minas Gerais apresenta um dos menores índices do Brasil (Figura 11).

Figura 11 – Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100.000 mulheres estimadas para o ano 2012, segundo a Unidade da Federação, Brasil (neoplasia maligna do colo do útero).



Fonte: Instituto Nacional de Câncer (c2012)⁹

Em relação à taxa bruta de incidência estimada para 2012 para cada estado brasileiro, entre todos os tipos de neoplasia maligna, temos os seguintes resultados: entre os homens, tem-se o Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul em primeiro lugar, e entre as mulheres, o estado do Rio de Janeiro como o estado com maior taxa bruta de incidência (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, C2012).

Ao estudar as diferentes prevalências de neoplasia, deve-se levar em consideração o sexo, a idade, os comportamentos, os hábitos pessoais e o contexto socioeconômico em que o indivíduo se insere, uma vez que este conjunto de variáveis influencia na determinação de quais tipos cancerígenos poderão ser desenvolvidos no percurso de sua vida.

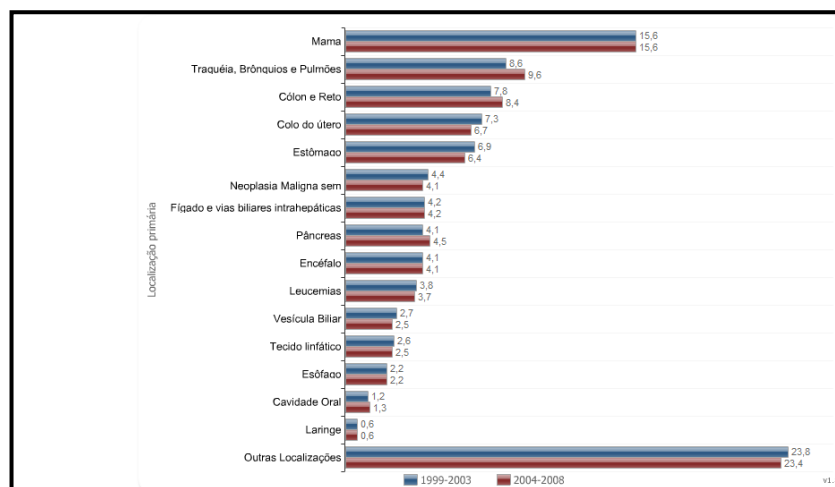
⁹ Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/mapa.asp?ID=5>>.

2.2.2 O cenário feminino brasileiro

Em nosso país, cuja herança paternalista ainda persiste, as mulheres, especialmente as idosas, oriundas de gerações anteriores, apresentam características particulares que determinam seu processo saúde-doença e que merecem atenção (BASÍLIO; MATTOS, 2008).

Em relação à mortalidade proporcional entre as mulheres brasileiras de todas as idades, de acordo com localização primária do tumor (exceto tumor de tireóide), o Instituto Nacional de Câncer (c2011) sugere, entre os anos de 1999 a 2003 e 2004 a 2008, o câncer de mama em primeiro lugar durante todo o período analisado. Em segundo lugar, os tumores de traqueia, brônquios e pulmões, que vêm aumentando seus índices de mortalidade progressivamente, assim como nos países desenvolvidos. Em terceiro, também aumentando sua participação na mortalidade por câncer entre as mulheres, os tumores de cólon e reto. O câncer de colo de útero, apesar de ocupar o quarto lugar, é o único que vem apresentando declínio na mortalidade proporcional ao longo dos períodos estudados. A Figura 12 ilustra as estatísticas.

Figura 12 – Distribuição proporcional do total de mortes por câncer, segundo localização primária do tumor, em mulheres, Brasil, para os períodos entre 1999-2003 e 2004-2008



Fonte: Instituto Nacional de Câncer (c2011)¹⁰

¹⁰ Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/prepararModelo01.action>>.

Em relação às regiões do país, tem-se que somente o Sul do país repete o mesmo ranking nacional de mortalidade para os períodos compreendidos entre 1999-2003 e 2004-2008.

Na região Centro-Oeste, durante todos os períodos analisados, o câncer de mama manteve-se em primeiro lugar, ao passo que os tumores de traqueia, brônquios e pulmões passaram da terceira para a segunda classificação, ultrapassando o de colo do útero.

No Nordeste, durante todo o período compreendido entre 1999 e 2008, o câncer de mama foi o maior desencadeador de mortes entre todos os tipos de câncer entre as mulheres. Em segundo lugar, o câncer de colo de útero e, em terceiro, traqueia, brônquios e pulmões.

Na região Sudeste, tem-se a seguinte classificação: mama em primeiro lugar, seguido do câncer de cólon e reto e, em terceiro, traqueia, brônquios e pulmão.

Finalmente, ao contrário das outras regiões brasileiras, o Norte apresentou, durante todo o período compreendido entre 1999-2008, o câncer de colo de útero como o maior causador de mortes entre as mulheres, em segundo lugar o de mama e, em terceiro, tumores de traqueia, brônquios e pulmões (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, c2011).

Classificando-se as regiões do país de acordo com a taxa padronizada de mortalidade por câncer (dentre os principais) entre as mulheres de todas as idades, entre 1999 e 2008, tem-se o Sul em primeiro lugar; em segundo, a região Sudeste, seguido do Centro-Oeste, do Nordeste e, em último lugar, o Norte brasileiro. A mortalidade em algumas regiões do Brasil vem reforçar que o câncer, de forma geral, trata-se de uma doença característica de regiões mais economicamente desenvolvidas (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, c2011).

Em relação às idosas, segundo o INCA (c2011), a maior taxa de mortalidade pertence às de 80 anos de idade ou mais, para todas as regiões. Agostara, Carruba e Usset (2008) observam, no entanto, um declínio na incidência e na mortalidade a partir dos 90 anos de idade, talvez como resultado da eficácia dos programas de rastreamento ou da capacidade diagnóstica. Assim, sugere-se estarem o câncer e a idade intimamente relacionados até por volta dos 85 anos de idade, quando, a partir de então, esses indicadores começam a divergir.

A Tabela 2 demonstra os resultados segundo a taxa de mortalidade entre as mulheres no período de 1999 a 2008.

Tabela 2 – Taxas de mortalidade por câncer de todas as neoplasias malignas, brutas e ajustadas por idade pelas populações mundial e brasileira, por 100.000 mulheres, entre 1999 e 2008

Região	Taxas Específicas											Taxa Bruta	Classificação	Taxas Padronizadas	
	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais			Pop. Mundial (1)	Pop. Brasil (2)
Região Centro Oeste	4,96	3,65	3,42	4,01	7,59	22,88	70,22	160,88	310,68	572,70	881,46	57,18	3	76,24	65,91
Região Nordeste	3,95	3,01	2,77	3,53	6,55	20,80	59,12	123,43	206,95	333,67	512,09	46,75	4	52,71	45,71
Região Norte	3,67	2,48	2,81	3,88	6,31	21,76	62,71	128,45	215,06	361,17	514,45	34,81	5	55,03	47,76
Região Sudeste	4,19	3,52	3,44	4,15	7,29	22,76	73,02	170,41	318,12	585,65	997,95	82,36	2	79,35	68,75
Região Sul	4,19	3,93	3,72	4,68	7,95	26,41	80,17	192,45	369,38	671,66	1.122,30	92,32	1	90,26	78,07

Fonte: Instituto Nacional de Câncer (c2011)¹¹

Legenda: (1) População Padrão Mundial, modificada por Doll et al. (1966)

(2) População Padrão Brasileira – Censo demográfico de 2000 – IBGE

O INCA (c2011) fornece, ainda, a taxa de anos potenciais de vida perdidos por todas as neoplasias para o sexo feminino no Brasil, entre 1999 e 2008, cujo maior percentual pertence às mulheres entre 60 e 69 anos de idade (taxa de 40,86). A estimativa foi calculada partindo-se do pressuposto de que o limite de idade seja 80 anos, uma vez que a expectativa de vida no Brasil, atualmente, segundo a *World Health Organization* (c2010a), é de 73 anos de idade. A Tabela 3 ilustra a classificação descrita.

¹¹ Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/prepararModelo04.action>>.

Tabela 3 – Número médio de anos potenciais de vida perdidos por câncer de todas as neoplasias malignas, por 1.000 mulheres, Brasil, entre 1999 e 2008, partindo da premissa que o limite superior é 80 anos

Faixa etária	APVP	TAPVP
01-04 anos	210.064	3,16
05-09 anos	201.559	2,38
10-14 anos	188.062	2,13
15-19 anos	223.737	2,46
20-29 anos	617.922	3,84
30-39 anos	1.367.740	10,02
40-49 anos	2.532.286	23,82
50-59 anos	2.709.384	38,25
60-69 anos	1.913.604	40,86
70-79 anos	561.084	20,88
Total	10.525.442	11,98

Fonte: Instituto Nacional de Câncer (c2011)¹²

Legenda: APVD = anos potenciais de vida perdidos; TAPVP = taxa de Anos Potenciais de Vida Perdidos

O que se deve levar em conta principalmente ao analisar a prevalência de neoplasias femininas, no Brasil, é que em um país extenso, com suas heterogeneidades culturais, demográficas, socioeconômicas e políticas, os indivíduos que aqui vivem estão expostos a “cenários” extremamente diversos. Ainda para acentuar as divergências, a variação da qualidade do acesso ao diagnóstico do câncer e ao seu tratamento, somado à qualidade da assistência ao indivíduo, contribuem para acirrar as disparidades encontradas nos coeficientes de mortalidade da população idosa feminina no Brasil (CERVI; HERMSDORF; RIBEIRO, 2005).

¹² Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/prepararModelo06.action>>.

2.3 A PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO COMO REFLEXO DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER

2.3.1 Epidemiologia do câncer de colo uterino e a população idosa feminina

O câncer de colo de útero origina-se, principalmente, na junção escamo colunar (do epitélio escamoso ou colunar). Pode ser histopatologicamente classificado, segundo Clifford e outros (2003) e Mariani e outros (2010), em carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma, carcinoma adenoescamoso, carcinoma invasivo e não invasivo, neoplasia intra-epitelial e adenocarcinoma *in situ*. O Instituto Nacional de Câncer (2010a) classifica duas categorias principais: carcinoma de células escamosas, responsáveis por cerca de 80% do total de casos de câncer de colo de útero, e adenocarcinoma, com 10% do total de prevalência, mais comum em mulheres mais jovens, sugerindo a causa estar relacionada ao maior consumo de anticoncepcionais.

Trata-se de uma doença que apresenta alta incidência em todo o mundo, trazendo cerca de 500 mil casos e 230 mil óbitos, anualmente (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, c1996). De acordo com dados do Globocan (WORLD HEALTH ORGANIZATION, c2010a), este é o sétimo tipo de câncer mais comum em relação à localização anatômica e o terceiro mais frequente entre as mulheres, perdendo para o de mama e de colo e reto.

No mundo, de acordo com dados disponibilizados pelo Globocan (WORLD HEALTH ORGANIZATION, c2010a), em 2008 foram registrados 530.232 casos novos de câncer de colo de útero (mortalidade de 275.008 mulheres), sendo 434.499 entre as mulheres com menos de 65 anos de idade (mortalidade de 189.052) e 95.733 para as com 65 anos ou mais (com 85.956 mortes), traduzindo-se num risco acumulado de 1,6% para incidência e 0,9% para mortalidade, de 0 a 74 anos.

Em 2010, estes números sofreram aumento, alcançando a marca de 553.119 casos (288.109 óbitos), sendo 453.549 na faixa etária abaixo de 65 anos (com 198.562 mortes) e 99.570 entre as idosas com 65 anos de idade ou mais

(mortalidade de 89.547). A *World Health Organization* (c2010a) estima que, em 2020, cerca de 665 mil casos novos ocorrerão no mundo.

O câncer de colo de útero prevalece cerca de duas vezes mais em países menos desenvolvidos, em comparação aos mais desenvolvidos (BRASIL, 2009), como em algumas regiões da África, América do Sul e Central, e centro-sul da Ásia. Segundo Denny (2005), na América Latina, na África Subsaariana e no sul e centro-sul da Ásia, o câncer de colo de útero corresponde a 15% de todos os tipos de câncer.

De acordo com o INCA (BRASIL, 2009), a média mundial de sobrevida estimada é de 49%. Em países mais desenvolvidos, ela varia de 51% a 66%. Em contrapartida, nos países em desenvolvimento, como os casos são diagnosticados em estádios relativamente avançados, o tempo de sobrevida médio é menor, cerca de 41% após cinco anos.

Quanto à morbidade e à mortalidade por câncer de colo de útero as Tabelas 4 e 5 apresentam a variação das taxas padronizadas por idade e o risco acumulado no Brasil e nos continentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, c2010a).

Tabela 4 – Morbidade por câncer de colo uterino entre todas as faixas etárias, 2008, no Brasil e nos continentes

Localidade	Total	Tx. pad. / Idade (%)	Risco acumulado (%)
Brasil	24.562	24,5	2,60
América do Norte	12.491	5,7	0,53
América Central	15.606	22,2	2,22
América Latina e Caribe	68.220	23,5	2,44
América do Sul	47.881	24,1	2,54
África	80.419	25,2	2,80
Ásia	312.990	15,3	1,57
Europa	54.517	10,6	1,00
Oceania	1.595	8,0	0,74

Fonte: Adaptado de World Health Organization (c2010a)

Legenda: Total= número total de casos de câncer de colo uterino; Tx. Pad. = Taxa padronizada por idade

Tabela 5 – Mortalidade por câncer de colo uterino entre todas as faixas etárias, 2008, no Brasil e nos continentes

Localidade	Total	Tx. pad. / Idade (%)	Risco acumulado (%)
Brasil	11.055	10,9	1,18
América do Norte	4.413	1,7	0,18
América Central	7.631	11,1	1,19
América Latina e Caribe	31.712	10,8	1,16
América do Sul	21.836	10,8	1,17
África	53.334	17,6	2,10
Ásia	159.894	7,9	0,88
Europa	24.874	3,9	0,41
Oceania	781	3,6	0,36

Fonte: Adaptado de World Health Organization (c2010a)

Legenda: Total= número total de mortes por câncer de colo uterino; Tx. Pad. = Taxa padronizada por idade

No Brasil, as estimativas da *World Health Organization* (2010) para a morbidade pelo câncer de colo de útero sobem de 24.562 casos em 2008 (sendo 6.512 para 65 anos de idade ou mais) – do o total de 160.371 de todos os tipos de câncer entre as mulheres, exceto o de pele não melanoma – para 25.935 em 2010 (6.965 entre as idosas com 65 anos ou mais), dentro do universo de 170.249 casos novos de todos os cânceres femininos.

O INCA divulgou, segundo estimativa 2012, o total de 17.540 novos casos de câncer de colo de útero cujo risco estimado chega a 17 casos para cada 100 mil mulheres, entre todas as idades. O número de óbitos no país, segundo o Globocan, sobe de 11.055 em 2008 (4.049 entre mulheres com 65 anos ou mais de idade) – dentro dos 87.781 óbitos por todas as neoplasias femininas – para 11.737 em 2010 (4.341 para as idosas com 65 anos ou mais), do total de 93.676 mortes por todos os tipos de câncer, exceto o de pele não melanoma. Em 2020, estimam-se mais de 33 mil casos novos de câncer de colo de útero, com mais de 15 mil óbitos.

A distribuição das estimativas da incidência do câncer de colo uterino para o ano de 2012, nas diferentes regiões brasileiras é bastante heterogênea, talvez pelos diferentes graus de influência exercidos pelos fatores de risco sobre diferentes populações locais.

Na análise nacional, a Região Norte apresenta o câncer de colo de útero como o mais incidente entre as mulheres, com risco estimado de cerca de 23 casos

para 100 mil mulheres; nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, ele é o segundo tipo de câncer mais comum, com risco estimado de cerca de 19 casos /100.000. No Sul e no Sudeste o tumor de colo de útero é o terceiro mais comum, com riscos acumulados de cerca de 21 casos/100.000 mulheres e 16/100.000, respectivamente (BRASIL, 2009).

Segundo estimativa para o período 2012 - 2013, o câncer do colo do útero continuará sendo o mais incidente na região Norte (24/100 mil). Nas regiões Centro-Oeste (28/100 mil) e Nordeste (18/100 mil) continuará ocupando a segunda posição. Na região Sudeste (15/100 mil), a terceira, e na região Sul (14/100 mil), a quarta posição (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, c2012).

Em relação à mortalidade, segundo o INCA (BRASIL, 2009), para as diferentes regiões, durante o período de 1998 a 2007, na região Norte o câncer de colo de útero ocupa o primeiro lugar em causa *mortis* em relação a todos os tipos de câncer; na região Nordeste, o segundo lugar; no Centro-Oeste, o terceiro lugar e, finalmente, nas regiões Sul e Sudeste, a mortalidade pelo câncer de colo de útero está em quarto e quinto lugares, respectivamente, em relação a outras neoplasias.

Quanto aos estados, a estimativa para a menor taxa bruta de incidência por 100 mil mulheres, em 2010, pertenceu a Minas Gerais (12,93%), totalizando 1330 casos. Já na estimativa para 2012 e 2013, Minas Gerais perdeu para os estados do Acre e Santa Catarina. Apesar de altamente prevenível e tratável, Carestiato e outros (2006) afirmam que esta patologia ainda apresenta altas taxas de morbidade e de mortalidade entre as mulheres brasileiras (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, c2012).

Em Minas Gerais, de acordo com Alves, Guerra e Bastos (2009), entre 1980 e 2005, foi observada uma diminuição da mortalidade mais expressiva do câncer de útero porção não especificada em relação ao tumor do colo do útero. Isto pode estar associado à melhoria do sistema de informação e codificação do tipo de tumor, com a redução dos óbitos com causa básica “câncer de útero porção não especificada”. Em relação ao subgrupo composto por idosas com 60-69 anos e 80 anos ou mais de idade, houve um aumento da mortalidade por câncer de colo de útero, porém não significativo.

2.3.2 Fatores associados ao câncer de colo uterino

2.3.2.1 Contexto demográfico, socioeconômico e étnico

Em estudo realizado por Watson e outros (2008), nos Estados Unidos é raro o câncer de colo de útero entre mulheres com menos de 30 anos de idade, estando mais presente na faixa etária que compreende 45-49 anos, levando-se em conta todas as raças e estratos sociais. Para Lima, Palmeira e Cipolotti (2006), o câncer de colo uterino acomete, principalmente, mulheres na faixa etária reprodutiva – especialmente entre os 40 e 50 anos de idade, ou entre 35 e 55 anos de idade – de acordo com Greenwood, Machado e Sampaio (2006). Tal doença atinge um pico de incidência entre os 45 e 49 anos de idade, segundo o INCA (BRASIL, 2009), Mendonça e outros (2008). Estes últimos relatam, no entanto, que o câncer de colo de útero, atualmente, está se estendendo aos grupos de mulheres ainda mais jovens e, até mesmo, em fase de adolescência.

De acordo com fatores étnicos, segundo Watson e outros (2008), o câncer de colo de útero nos Estados Unidos é mais prevalente em mulheres negras, em comparação com brancas, hispânicas, ou não. Conforme Brookfield e outros (2009), em estudo realizado na Flórida, de acordo com tempo médio de sobrevivência, as mulheres hispânicas caucasianas apresentam melhor prognóstico do que as que não são desta etnia, o que contraria os achados de Watson e outros (2008). Já as afro-americanas apresentaram a pior média dentre todas as etnias. No entanto, estes achados são mais bem compreendidos quando se acrescenta às diferenças étnicas as desigualdades sociais.

Segundo Alves, Guerra e Bastos (2009), o âmbito socioeconômico apresenta forte influência sobre o desencadeamento desta neoplasia. Para Mendonça e outros (2008), o câncer de colo de útero é mais comum em mulheres oriundas de populações urbanas, apesar de alguns estudos, como o realizado por Hammouda e outros (2005) na Argélia, apontarem a vida rural como fator de maior risco.

De acordo com Rosa e outros (2003) e Mendonça e outros (2008), o nível de escolaridade e a classe social mais baixos, a cor de pele negra, o tabagismo

(diretamente relacionado ao número de cigarros fumados, ou ao fumo passivo e à quantidade de tempo de exposição a estes) e a baixa ingestão de vitaminas também estão associados a um maior risco de incidência.

O estado de Minas Gerais, durante o período de 1980 a 2005, alavancou grande melhoria no estado de saúde de sua população, contribuindo para isso o aumento no número de casas abastecidas com água, instalação sanitária, melhoria no nível de escolaridade e de renda. Tais incrementos possivelmente colaboraram para menor taxa estadual de incidência de câncer de colo de útero entre as mulheres de todas as idades, o que reforça a possibilidade de associação do câncer de colo de útero com as condições socioeconômicas e de higiene (ALVES; GUERRA; BASTOS, 2009).

2.3.2.2 Contexto de comportamento sexual

De acordo com o INCA (BRASIL, 2009), o uso de contraceptivos orais por um período prolongado e, segundo Lima, Palmeira e Cipolotti (2006), superior a 10 anos, é visto como co-promotor da neoplasia. Porém, em outras pesquisas, como a de Hammouda e outros (2005), tal hipótese não pode ser comprovada.

O Dispositivo Intra Uterino (DIU), por sua vez, na mesma pesquisa realizada por Hammouda e outros (2005), mostrou evidências de que, quando usado por cinco anos ou mais, pode representar um fator protetor contra o câncer. As possíveis razões para esta relação inversamente proporcional não ficaram claras, principalmente porque, entre as mulheres do grupo controle do estudo (que relataram usar o DIU), a prevalência de infecção pelo vírus HPV foi maior do que em mulheres que não usavam o DIU.

Existe, também, uma forte associação entre o câncer de colo de útero e as práticas sexuais atuais, devido às mudanças comportamentais encontradas em nossa sociedade, segundo Alves, Guerra e Bastos (2009). Para Lima, Palmeira e Cipolotti (2006) e INCA (BRASIL, 2009), a atividade sexual das mulheres pode desencadear o surgimento da neoplasia, uma vez que o número elevado de parceiros, o início precoce da atividade sexual e o número de gestações também são considerados condições de risco para a doença. A não realização de exames

preventivos para doenças sexualmente transmissíveis, como exemplo o Papanicolaou, ou sua realização irregular, foi apontado por Lima, Palmeira e Cipolotti (2006) e por Hammouda e outros (2005) como um comportamento de risco para as mulheres.

Deve ser ressaltado, no entanto, que nenhum outro fator de risco é tão determinante no desencadeamento da neoplasia cervical como o HPV, sendo interpretado como a principal condição de risco ou a causa primária para Mendonça e outros (2008), Albuquerque e outros (2009) e Rosa e outros (2003). O Instituto Nacional de Câncer (2010b) afirma que o vírus HPV está presente em mais de 90% dos casos de câncer de colo de útero. No entanto, segundo Alves, Bastos e Guerra (2010), a infecção pelo vírus HPV não é suficiente para gerar, sozinha, a doença, sendo necessária a presença de outros fatores de risco.

Conceituando o HPV, trata-se de um vírus da família Papilomaviridae, sexualmente transmissível, que causa lesões na pele ou nas mucosas, como na vagina, colo do útero, pênis e ânus, com mais de 200 subtipos diferentes, sendo os 16 e 18 de maior risco para o desenvolvimento do câncer cervical.

Como prevenção contra o contágio pelo HPV, recomenda-se o uso de preservativo masculino durante a relação sexual que, apesar de não impedir totalmente, diminui as chances de contágio. Para realizar o diagnóstico subclínico, ou seja, das lesões precursoras do câncer de colo de útero, recomenda-se o exame citopatológico, denominado Papanicolaou (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010c).

Dentre os tipos de câncer de colo de útero, segundo Clifford e outros (2003) e Smith e outros (2007), os genótipos do HPV mais encontrados são o 16 (52% na Ásia a 58% na Europa) e o 18 (13% na América do Sul e Central e 22% na América do Norte), não necessariamente nesta ordem de prevalência. E quando os genótipos são combinados (HPV 16/18), a presença varia de 65% a 70% na América Central e do Sul, África e Ásia, e de 74% a 77% na América do Norte, Europa e Oceania. Na maioria das regiões, os tipos 45, 31, 33 (e o 35 algumas vezes) aparecem logo em seguida, como os mais prevalentes. Na Ásia, porém, são mais comuns, depois dos subtipos 16 e 18, os de números 58 e 52.

De acordo com Mendonça e outros (2008), a pré-existência de outras doenças sexualmente transmissíveis, como a *Chlamydia Trachomatis*, o Herpes

vírus-2 e o HIV, também se apresentam como fatores potenciais de risco para o câncer de colo de útero.

Em relação aos países da África Subsaariana, cuja prevalência de AIDS e de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST's) é um evento epidemiologicamente relevante, deve-se associar seu papel às neoplasias de colo de útero e outras ginecológicas, uma vez que a depressão imunológica causada pelas DST's, provavelmente influencia o prognóstico neoplásico destas pacientes. Um aspecto positivo, no entanto, tem-se hipotetizado: a partir da terapêutica com antirretrovirais para o HIV (tratamento cujo acesso tem-se universalizado progressivamente), a imunidade parece se restabelecer, promovendo no organismo uma proteção também contra o HPV, ou contra sua permanência, além de contribuir para a redução da ocorrência de lesões pré-cancerígenas.

A partir desta premissa, tem-se sugerido, como estratégia alternativa, a identificação do HPV em diferentes estágios do HIV, com a participação de mulheres que não necessitam do tratamento com antirretrovirais, ou que estão o iniciando e, ainda, que se tratam com antirretrovirais há um longo período de tempo (LOUIE; SANJOSE; MAYAUD, 2009).

Em estudo conduzido por Hammouda e outros (2005), a multiparidade somente apresentou associação significativa com o aumento do risco do câncer de colo de útero entre mulheres já portadoras do vírus HPV.

De acordo com Carestiato e outros (2006), em pesquisa realizada em mulheres no Rio de Janeiro entre 2000 e 2001, a faixa etária que apresentou maior prevalência do HPV foi a compreendida entre 20 e 30 anos de idade, o que coincidiu com a idade da maioria das participantes e com a idade auge da atividade sexual. Os autores ainda comentam que, nesta fase, as infecções pelo HPV são classificadas como transitórias, o que justificaria o decréscimo da prevalência deste vírus nas mulheres com 35 anos de idade ou mais, assim como afirmam Watson e outros (2008).

Outra pesquisa realizada no Rio de Janeiro, desta vez por Silva e outros (2009), comparando mulheres que eram atendidas em clínicas ginecológicas privadas com aquelas que frequentavam uma policlínica, demonstrou que a presença de HPV no DNA é de 10,7% das pacientes do setor privado e de 31,1% do total de mulheres atendidas pelo setor público. Para ambos os grupos, os subtipos de maior prevalência foram o HPV 16 (5,3% para as mulheres infectadas do grupo

atendido pelo setor privado e 10% do setor público) seguido do 18 (1,3% das mulheres infectadas assistidas pelo sistema privado e 4,7% das assistidas pelo público).

Descobriu-se, também, algumas variáveis associadas à infecção pelo vírus para cada grupo de mulheres. Assim, entre as assistidas pelo sistema privado, as características encontradas foram: mulheres com menos de 30 anos de idade, negras, solteiras, separadas ou viúvas, com mais de um parceiro sexual e que fazem uso de contraceptivos orais. Analisando-se o grupo atendido pelo setor público, os fatores associados à infecção viral foram: uso de álcool (mesmo que moderado), tabagismo, início precoce da vida sexual, história de aborto e prévia contaminação por outra doença sexualmente transmissível.

Em estudo conduzido por Onuki e outros (2009) no Japão, onde aproximadamente 12 milhões de japonesas provavelmente carregam consigo o DNA do vírus HPV, observou-se a seguinte relação entre a idade e a presença do vírus HPV: entre as mulheres que apresentavam exame citológico normal, o pico de prevalência dos subtipos considerados oncogênicos, pertencia à faixa etária de 15 a 25 anos (fase reprodutiva) e acima de 55 anos de idade, achado este não justificado pelos autores.

A mesma associação com a idade foi identificada no estudo conduzido por Mariani e outros (2010) na Itália, quanto à presença do HPV 16. Estes foram os percentuais de mulheres com HPV 16, segundo a faixa etária: cerca de 72% das mulheres com menos de 40 anos de idade; 57% das mulheres entre 40-49 anos de idade e 54% do grupo cuja faixa etária era maior de 49 anos. Contudo, as diferenças não foram estatisticamente significativas. Neste estudo, os tipos de HPV 16 e 18, juntos, foram responsáveis por 69,4% dos casos positivos para o vírus.

2.3.3 Soluções profiláticas e terapêuticas nos diferentes estágios do processo saúde-doença

2.3.3.1 Histórico das políticas de prevenção do câncer de colo de útero no Brasil

O câncer de colo de útero apresenta alguns aspectos particulares: uma fase pré-clínica de longa duração e um dos maiores potenciais de prevenção e de cura, especialmente quando diagnosticado precocemente. Por este motivo, autores como Martins, Thuler e Valente (2005) afirmam que a abordagem mais eficaz contra o câncer de colo de útero continua sendo o rastreamento preventivo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010c).

Na década de 20, o câncer começou a ser encarado como um problema de saúde pública, um “mal universal”, desenvolvendo-se, a partir daí, tecnologias como eletro cirurgia, *radium* e Raio-X, que transformariam, aos poucos, o conceito do câncer de “incurável” para o de doença “tratável” (MENDONÇA; NORONHA; ALMEIDA, 2006).

Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Câncer (SNC), dinamizando o projeto anticâncer por meio de campanhas por todo o território nacional. Dessa forma, o SNC passaria a focar a informação como forma de prevenção e diagnóstico precoce do câncer, permitindo que suas políticas angariassem fundos para a expansão maciça de campanhas pelo Brasil e para a conclusão do Hospital-Instituto Central (INCA) – sede do SNC, no Rio de Janeiro, inaugurado por Juscelino Kubitschek e Ugo Pinheiro Guimarães, em agosto de 1957 (MENDONÇA; NORONHA; ALMEIDA, 2006).

Em 1954, a União Internacional de Controle do Câncer (UICC) promoveu, em São Paulo, o 6º Congresso Internacional de Câncer, em que uma das resoluções foi a adoção, pela OMS, do conceito de “controle”: meios práticos aplicados às coletividades, capazes de influenciar a mortalidade por câncer. Outra decisão foi a elaboração de nomenclatura de neoplasias para uso internacional, que mais tarde passaria a se chamar Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – CID-O (MENDONÇA; NORONHA; ALMEIDA, 2006).

Em relação aos programas de prevenção contra o câncer de colo de útero, o Brasil foi um dos pioneiros na utilização do Papanicolaou, iniciando-se no final da década de 50 e início dos anos 60, mesmo que num momento deficitário, com baixa abrangência populacional. Até o início da década de 80, as ações voltadas para o câncer de colo de útero priorizavam mulheres em período gestacional e puerperal (MENDONÇA; NORONHA; ALMEIDA, 2006).

No final dos anos 60 e início dos anos 70 foram criados programas semelhantes de controle do câncer de colo de útero, por José Aristodemo Pinotti em Campinas e proximidades, através da Universidade Federal de Campinas (Unicamp), e por João Sampaio Goes em várias cidades no estado de São Paulo, através da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) e do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011).

Ainda na década de 80, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pelo Ministério da Saúde, com o intuito de expandir as ações básicas em saúde da mulher e atividades preventivas e diagnósticas do câncer de colo uterino e de mama, mas as atividades continuaram focadas na contracepção, no acompanhamento da gravidez e do parto. Em 1986, foi fundado o Programa de Oncologia (PRO-ONCO), que criou o projeto “Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-uterino”, destinado a pontuar as ações necessárias para disseminar e efetivar o controle da doença, tais como: integração entre os diferentes programas de controle e prevenção, integração na comunidade a fim de se melhorar o atendimento às mulheres, ampliação da rede de coleta e melhoria na qualidade de análise dos laboratórios, além da relação entre os diferentes níveis de atenção em saúde em prol do êxito do tratamento (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011).

Em 1988, com a contribuição do PRO-ONCO, foi possível realizar a reunião nacional, em 1988, nomeada “Consenso sobre a Periodicidade e Faixa Etária no Exame de Prevenção do Câncer Cérvico-uterino” (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011).

A partir da elaboração da Constituição Brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, e da regulamentação do SUS através da Lei Orgânica de Saúde, em 1990, o acesso ao rastreamento da doença foi dinamizado, e o Ministério da Saúde (MS) passou a assumir a coordenação da política de saúde no Brasil, e o INCA passou a ser responsável pela elaboração da política nacional do câncer,

agregando o PRO-ONCO (CORRÊA; VILLELA, 2008; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011; MENDONÇA; NORONHA; ALMEIDA, 2006).

Em setembro de 1995, na VI Conferência Mundial sobre a Mulher, na China, o INCA propôs o desenvolvimento de um programa nacional para o controle do câncer de colo de útero, dando origem, em 1996, ao Programa “Viva Mulher”, cujo órgão consultor escolhido foi o Cancer Care International (CCI), da Fundação Ontário de Pesquisa e Tratamento do Câncer. Este programa foi criado diante da manutenção das altas taxas de mortalidade por câncer de colo de útero, e destinado a mulheres entre 35 e 49 anos de idade, preconizando a padronização da coleta de material ginecológico, a conduta a ser tomada a partir de cada tipo de resultado do exame, e a cirurgia de alta frequência para tratamento de lesões pré-invasivas cancerígenas (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011). O Projeto Piloto foi instalado entre janeiro de 1997 e junho de 1998, nas cidades de Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém, bem como no estado de Sergipe, totalizando 124.440 mulheres atendidas. Durante o período de 18 de agosto a 30 de setembro de 1998, o programa intensificou-se e dinamizou-se. Neste período, mais de três milhões de mulheres foram mobilizadas acerca da realização do exame citopatológico (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, [S.d.]).

Em 1998 ainda foi criado o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero (PNCCCU), cujos objetivos principais são a detecção precoce do câncer de colo de útero em mulheres assintomáticas e a redução das sequelas deixadas pela doença, sejam elas físicas, morais, psicológicas, ou sociais. Alguns meios essenciais para que tais objetivos sejam efetivamente alcançados são:

- Definição da população-alvo e periodicidade para o rastreamento;
- Infraestrutura de assistência satisfatória em todos os níveis de atenção;
- Sistema de informação para monitoração do rastreamento;
- Estabelecimento de orientações acerca do diagnóstico e tratamento;
- Capacitação e treinamento para os profissionais envolvidos;
- Informação para a população-alvo;
- Compromisso técnico e político dos gestores de patrocinar as ações propostas, assim como de fornecer o suporte financeiro.

O PNCCCU se dispôs do Papanicolaou para um rastreamento precoce e da cirurgia de alta frequência para o tratamento das lesões intra-epiteliais 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. Entre 1999 e 2001, as ações direcionadas pelo Programa “Viva Mulher” expandiram-se por todo o Brasil (CORRÊA; VILLELA, 2008; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010d).

No ano de 2002, o Programa passou por uma nova fase de intensificação, dessa vez priorizando a detecção, o acompanhamento e o eventual tratamento às mulheres (na faixa etária entre 35-49 anos de idade) que nunca tinham feito o exame preventivo ou que, há mais de três anos, não o realizavam. Tais atuações contribuíram para o fortalecimento do Sistema de Informações de Controle do Câncer de Colo do Útero (SISCOLO), criado em 1999. O total foi de mais de 3,8 milhões de mulheres aderidas à proposta (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, [S.d.]).

Em Minas Gerais, a partir do “Viva Mulher”, o SISCOLO pontuou as necessidades de incrementação das ações como, por exemplo, o papel dos profissionais de saúde como educadores. O SISCOLO, junto ao DATASUS, desenvolve a função de avaliar se a população-alvo está sendo, de fato, coberta por programas, quais são os tipos de lesões prevalentes desencadeadoras da neoplasia, além de revelar a qualidade da coleta do material a ser examinado e quantas mulheres recebem assistência após o diagnóstico (ALBUQUERQUE et al., 2009; ALVES; GUERRA; BASTOS, 2009; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, [S.d.]; NOBRE; NETO, 2009).

Em 2004, o SISCOLO investiu na qualidade do monitoramento das ações de controle do câncer de colo de útero, recebendo uma nova versão no mesmo ano. A partir das Portarias GM/MS n. 2.439, de 8 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005), a respeito da criação da Política Nacional de Atenção Oncológica, e GM/MS n. 399 de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006a), sobre a criação do Pacto pela Saúde, o controle do câncer de colo de útero passou a ser uma das metas prioritárias dos governos estaduais e municipais (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010d).

A partir de 2007, após 10 anos de implementação do PNCCCU, de acordo com estimativas de incidência de câncer no Brasil de 2008 pode-se averiguar uma estabilização da incidência do câncer de colo de útero, de forma geral, e uma redução nas capitais brasileiras (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, [S.d.]).

De acordo com Corrêa e Vilela (2008), 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 ao câncer de colo de útero.

O sistema de rastreamento vigente apresenta, ainda, algumas falhas que dificultam seu êxito como, por exemplo, a sua gestão que detém o controle sobre o número de exames realizados, mas não sobre as mulheres que o fizeram, não se permitindo saber se todas as mulheres da população-alvo estão realizando o Papanicolaou e, o mais importante, se o estão fazendo dentro da periodicidade correta.

Outro problema a ser enfrentado é a forma de financiamento das ações de rastreamento e assistência do câncer de colo de útero que, por serem de mesma origem (Fundo de Ações Estratégicas e Compensações- FAEC), acabam competindo entre si. Isso causa um favorecimento aos doentes (tratamento) em detrimento dos sadios (rastreamento) e uma diminuição da oferta dos serviços de prevenção, dado seu subfinanciamento (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010d).

Com o intuito de se aprimorar o PNCCCU, foram estabelecidas algumas diretrizes (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010d):

- Mudança na forma de financiamento do Programa;
- Aprimoramento do SISCOLO;
- Fortalecimento da descentralização da gestão;
- Investimento na divulgação de recomendações para o controle do câncer de colo de útero;
- Fortalecimento das políticas de pesquisa, das redes de conhecimento para o controle do câncer de colo de útero e o aprimoramento da informação para os sistemas SIM, RHC e RCBP;
- Melhoria da qualidade dos exames citopatológicos, dispendo-se, para isso, de meios como o Programa de Monitoramento Interno e Externo da Qualidade do Exame Citopatológico (MIQ e MEQ), ambos reestruturados, e a qualificação permanente dos profissionais da rede básica;

- Fortalecimento das ações de prevenção e controle do câncer de colo de útero na região Norte, por esta apresentar os maiores índices de incidência e de mortalidade no Brasil;
- Levantamento das hipóteses alternativas de controle do câncer de colo de útero, como a descoberta de soluções de alcance a populações remotas, de difícil acesso, e a avaliação do custo-efetividade da citologia automatizada.

2.3.3.2 Estratégias de rastreamento oportunístico versus rastreamento organizado

De forma geral, a mortalidade por neoplasia é maior em países desenvolvidos em relação aos em desenvolvimento, porém os coeficientes para os primeiros encontram-se em declínio e, para os segundos, em contínuo crescimento nos últimos anos. As evidências encontradas associadas à redução numérica de casos são o aumento do rastreamento precoce, da qualidade dos exames diagnósticos e a melhoria dos tratamentos.

Por outro lado, os coeficientes de morbidade podem continuar altos no mundo e/ou até mesmo crescerem, não pelo aumento do risco de se desenvolver o câncer propriamente, mas pelo envelhecimento populacional, pela possibilidade de diagnósticos mais sensíveis, precisos e precoces, permitindo sua detecção em idade mais jovem, em estágio ainda reversível ou tratável, melhorando, assim, as chances de sobrevivência do indivíduo (CERVI; HERMSDORF; RIBEIRO, 2005; HABERLAND et al., 2010).

Segundo Denny (2005), o câncer de colo de útero oferece duas oportunidades de prevenção através de intervenção em nível primário e secundário, de acordo com o estágio da doença. A prevenção primária é a profilaxia ao vírus HPV através de vacinas, por exemplo, e, em nível secundário, a detecção e tratamento de lesões precursoras da neoplasia através de citologia e outros.

Segundo Van der Aa (2008), nas regiões em que prevalece o rastreamento efetivo, em massa, da população-alvo, percebe-se um declínio da taxa de incidência e de mortalidade do câncer de colo de útero. No entanto, 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.

Para Louie, Sanjose e Mayaud (2009), além de acessibilidade econômica, aceitabilidade e eficácia, para se obter êxito em qualquer programa de rastreamento é preciso que haja, também, complementando o serviço, um acompanhamento diagnóstico, o tratamento de casos confirmados e a disseminação da informação acerca do que é proposto a partir dos programas implantados. Estas são ações importantes para que se consiga uma adesão satisfatória ao programa por parte da população.

Existem diferentes estratégias de rastreamento do câncer de colo de útero. Alguns países, por exemplo, adotam o 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 ou de encontros com profissionais de saúde. O programa de base populacional, ou organizado, apresenta-se como mais eficaz no combate à incidência e à mortalidade por conseguir maior abrangência e acompanhamento da população e ter maior controle de qualidade (KARSA et al., 2008; MILES et al., 2004).

De acordo com Miles e outros (2004), existem diferenças significativas entre os rastreios oportunístico e organizado. A partir da análise de ambos, o rastreamento organizado apresenta-se como mais eficaz por conceder maior acesso à população adulta, apesar de ser menos encontrado em relação ao oportunístico, e nem sempre englobar todos os indivíduos com alto risco de desenvolvimento do câncer ou de lesões pré-cancerígenas. A justificativa para tal é a reduzida probabilidade de se conseguir uma melhora na qualidade de vida destes indivíduos rastreados, ou acreditar que os benefícios conseguidos através do rastreamento poderiam compensar os possíveis danos inerentes ao procedimento em si à paciente. Assim, o objetivo do programa organizado não é oferecer proteção máxima a cada indivíduo, mas poupá-los de possíveis danos.

O Quadro 2 ilustra algumas das principais diferenças entre os tipos de rastreamento para o câncer de colo de útero (MILES et al., 2004).

Quadro 2 – Principais diferenças entre o rastreamento oportunístico e organizado

ORGANIZADO	OPORTUNÍSTICO
Maior potencial para reduzir morbidade e mortalidade devido aos níveis populacionais atingidos por sua cobertura	Combate à morbidade e mortalidade a nível individual.
Maior controle de qualidade proporcionando maior especificidade e menor frequência do teste, controlando os danos físicos e psicológicos a partir da redução do número de diagnósticos e tratamentos desnecessários e, assim, os resultados falso-positivos.	Não apresenta estratégias para redução dos danos eventuais inerentes ao rastreamento.
Presente em poucos países.	Presente na maioria dos países.
Oferece um sistema padronizado de cuidados e orientações a nível nacional que define quem deve ser rastreado, a periodicidade e como a detecção de anormalidades deve ser monitorada e tratada. O rastreamento é determinado por políticas de saúde e adequação ao sistema de <i>recall</i> e o convite é emitido a partir de registros populacionais.	Depende do conhecimento e do comportamento entre paciente e profissional, assim como da cobertura médica e das visitas do paciente aos serviços de saúde, para o rastreamento, acompanhamento e tratamento, já que a maioria não pertence a um sistema de <i>recall</i> . Não apresenta definições acerca do público a ser rastreado ou sua periodicidade.
O pilar do cuidado em saúde é a equidade do acesso, o que garante que nenhum grupo fique excluído por divergências geográficas, socioeconômicas ou étnicas.	Permanecem presentes as barreiras ao acesso.
O rastreamento é gratuito ou, em alguns casos, o indivíduo é reembolsado.	Os indivíduos devem se submeter à co-pagamentos e a outras deduções para o rastreamento.
A implantação depende de recursos, da infraestrutura e da aceitação por parte do público e dos profissionais de saúde do sistema centralizado (a predominância de serviços de saúde privatizados constitui uma barreira para o rastreamento organizado).	Os sistemas privatizados de saúde não repercutem no rastreamento.
Os elementos “garantia de qualidade”, “ <i>follow-up</i> ” e “avaliação” aparecem inter-relacionados e interdependentes.	Os elementos “garantia de qualidade”, “ <i>follow-up</i> ” e “avaliação” não estão inter-relacionados e interdependentes.

Fonte: Adaptado de Miles e outros (2004)

Apesar das vantagens observadas no programa organizado, deve-se enfatizar que ele é mais custoso e, quando o local a ser implantado não dispõe de recursos apropriados para sua efetivação, acaba sendo tão limitado quanto o programa oportunístico (LOUIE; SANJOSE; MAYAUD, 2009; MILES et al., 2004).

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. A Suíça, por exemplo, apresenta dificuldades para estabelecer este tipo de rastreamento, além de alegar que, em detrimento dos gastos com o rastreamento, é preferível investir em outras tecnologias em prol da saúde (MILES et al., 2004).

De acordo com Van der Aa e outros (2008), na Finlândia, assim como no Reino Unido (DENNY, 2005), 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 do câncer de colo de útero, apesar de o país ainda precisar prestar maior atenção às mulheres mais jovens e ao rastreamento excessivo. Já nos Países Baixos, coexistem o rastreamento oportunístico e o convite para população local/regional desde os anos 70, ocasionando um declínio na mortalidade para o câncer de colo de útero.

Na Coreia do Sul, em 1988, foi introduzido o Programa Nacional Organizado de Rastreamento, executado pelo Seguro de Saúde Nacional de Rastreio do câncer de colo de útero, que busca 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 pelo governo, a Coreia do Sul conta também com o rastreamento oportunístico por parte de hospitais e clínicas particulares. O resultado do rastreamento observado foi a redução da mortalidade entre mulheres com idade entre 30-69 anos, contrastando com o aumento desta entre mulheres a partir dos 70 anos de idade (talvez pela falta de políticas públicas de prevenção ao câncer de colo de útero em gerações anteriores).

Esses dados refletem o êxito do rastreamento em mulheres de meia-idade versus o rastreamento deficitário entre mulheres idosas. Acredita-se, no entanto, que as gerações mais novas, atualmente, ao envelhecerem, apresentarão menores chances de câncer de colo de útero devido às práticas preventivas introduzidas no presente momento (SHIN et al., 2008).

De acordo com Jun e outros (2009), a partir de estudo para se avaliar a efetividade do programa organizado de rastreamento predominante nacionalmente na Coreia do Sul a partir do ano 2000, pode-se concluir que não existe diferença de

incidência do câncer de colo de útero invasivo, ou *in situ*, entre mulheres que nunca foram rastreadas ou que o foram somente uma vez. Assim, observou-se uma significativa redução somente para aquelas que foram rastreadas dentro da periodicidade recomendada. Ou seja, o estudo demonstrou que o mais importante não é saber o quantitativo de mulheres que já realizaram o Papanicolaou, mas sim a frequência de cada uma delas frente ao exame.

Resultados anormais para o Papanicolaou significam a presença de lesões que, provavelmente, podem evoluir para um câncer, ou podem detectar um tumor já existente. Dessa forma, estas pacientes devem ser acompanhadas e monitoradas para que, assim, seja alcançado o desempenho almejado pelos programas organizados de rastreamento.

Outra característica importante notada é que o rastreamento esteve diretamente associado a alguns fatores: mulheres com 50 anos ou mais de idade realizaram mais preventivos, ao passo que entre as mais jovens (20-29 anos) houve uma menor quantidade de exames. 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 apresentam uma consciência e um comportamento menos saudáveis, propiciando uma maior tendência ao surgimento de neoplasias em geral (JUN et al., 2009).

De acordo com Palència e outros (2010), a partir de pesquisa realizada com mulheres de 22 países europeus, observaram-se desigualdades sociais no acesso ao rastreamento em países cujos programas baseavam-se no âmbito regional (de base populacional) e oportunístico. Com isso, levantou-se a hipótese de que o comportamento do rastreamento do câncer de colo de útero é influenciado por outros aspectos em saúde, como o acesso aos serviços e às consultas ao ginecologista.

Segundo Vale e outros (2010) e INCA (2010d), no Brasil ainda é predominante o rastreamento 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. Isso gera baixa cobertura populacional brasileira, super-rastreamento de um grupo insuficiente para representar a população, sendo assim, menos custo-efetivo (diminuir os exames em excesso

otimiza os recursos disponíveis e permite cobrir as mulheres não rastreadas seguindo a forma recomendada).

O Brasil segue uma tendência universal de não priorizar as mulheres com menos de 25 anos e as com mais de 60 anos de idade, e o modelo de financiamento e as práticas de convocação e registro de mulheres são ainda insuficientes, prevalecendo o super-rastreamento desnecessário de algumas em detrimento de outras que nunca tiveram a chance de serem examinadas.

2.3.3.3 O exame preventivo do Papanicolaou

O Papanicolaou, também denominado citologia oncótica, exame citológico, exame de lâmina, exame citopatológico, ou citologia cérvico-vaginal, trata-se de um exame introduzido por George Papanicolaou e Traut, em 1943, para detecção precoce de neoplasias cervicais.

Ele é realizado a partir do esfregaço da mucosa da parede do colo do útero que detecta a presença de células anormais, buscando a identificação de lesões incipientes, passíveis de tratamento e cura. No exame é colhido o material citológico do colo do útero, através da introdução de um espéculo vaginal que escama ou esfolia uma amostra da parte externa (ectocérvice) e outra da parte interna (endocérvice), com uma espátula de madeira e uma escovinha endocervical. O material colhido é, posteriormente, colocado numa lâmina de vidro para então ser examinado em laboratório. No caso de mulheres em período gestacional, a amostra é colhida do fundo-do-saco vaginal posterior e ectocérvice, para não estimular as contrações uterinas. Para realizar o exame a mulher deve, nas 48 horas antecedentes a este, evitar relações sexuais, o uso de duchas ou de medicamentos vaginais e de anticoncepcionais locais. É importante também que a mulher não esteja menstruada durante o exame para que se garanta a veracidade do resultado e, em caso de sangramento fora do período menstrual, a mulher deve ser examinada (ALBUQUERQUE et al., 2009; CARESTIATO et al., 2006; FONSECA; RAMACCIOTTI; ELUF NETO, 2004; GREENWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2009; VALE et al., 2010; SOARES; SILVA, 2010).

Além de eficiente e seguro, o Papanicolaou apresenta baixo custo e sua realização é simples, por isso tem sido uma das estratégias públicas mais eficazes para o combate desta patologia. A redução significativa da incidência e da mortalidade, em países desenvolvidos, por câncer de colo uterino, observada desde o início da década de 60, se deve à prática deste exame (ALBUQUERQUE et al., 2009; CARESTIATO et al., 2006; FONSECA; RAMACCIOTTI; ELUF NETO, 2004; GREENWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010c, SOARES; SILVA, 2010; VALE et al., 2010).

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 (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010d).

No entanto, segundo Saslow e outros (2002), deve-se levar em consideração que o exame não é perfeito, sendo sua técnica de realização passível de erros de coleta e de preparação da lâmina, além de apresentar interpretação subjetiva dos resultados. Algumas limitações que colocam em risco a sensibilidade são: 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 a presença de alterações patológicas. A presença de um ou mais destes fatores pode gerar resultados falso-negativos.

De acordo com Ferreira e Oliveira (2006) e Martins, Thuler e Valente (2005), diante do exposto surge a necessidade de se repetir periodicamente o exame, para que as lesões que, porventura, não tenham sido identificadas no exame anterior, possam ser reveladas no seguinte. Desde 1988, o Ministério da Saúde do Brasil adotou, como regra, a norma do Instituto Nacional de Câncer sobre a periodicidade do exame: deve ser realizado em mulheres entre 25 e 60 anos de idade, anualmente, e após dois anos consecutivos de resultados normais, o exame pode ser realizado a cada três anos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010c).

Para Amorim e outros (2006), independentemente da idade, o exame deve ser realizado quando a mulher inicia suas atividades sexuais. A cobertura, para ser eficaz, segundo Mendonça, Noronha e Almeida (2006), deve alcançar 80% da

população alvo. Entre 2000 e 2005, a cobertura nos três anos anteriores variou de 57% em São Luís, e 92,9% em Vitória.

Segundo Saslow e outros (2002), o objetivo principal do rastreamento da região do colo do útero é a identificação e a posterior remoção de lesões pré-cancerígenas. A *American Cancer Society*, em acordo com outras entidades, recomenda o rastreamento logo após a primeira relação sexual, ou não mais tarde do que aos 21 anos de idade. Além disso, deve-se focar não somente a detecção precoce do câncer cervical, mas também campanhas para o cuidado com a saúde, como uso de contraceptivos, frente a outras patologias sexualmente transmissíveis.

O rastreamento no máximo a cada três anos aumenta, significativamente, as chances de detecção de lesões ainda incipientes, mas, por outro lado, o rastreamento antes de três anos, após dois resultados anuais consecutivos negativos para o HPV, geraria um excesso de diagnósticos positivos para o HPV frente a até mesmo lesões transitórias, de regressão espontânea, proporcionando intervenções médicas desnecessárias e um custo maior para o sistema de saúde.

De acordo ainda com Saslow e outros (2002), mulheres idosas com 70 anos ou mais de idade, que tenham o colo do útero em perfeitas condições de saúde, e que passaram por três ou mais exames consecutivos com resultados negativos para lesões pré-cancerígenas, durante os dez anos anteriores aos setenta anos de idade, não precisam mais realizar o rastreamento, mas devem continuar a tomar os cuidados apropriados em saúde. As idosas que nunca tiveram o colo do útero examinado, ou que não se lembram do último exame, que tenham história prévia de câncer cervical e/ou tenham baixa imunidade (por exemplo, HIV positivo) devem continuar a realização do Papanicolaou ao longo de toda a vida, sem interrupções. O que se deve levar em consideração é que nesta faixa etária as condições fisiológicas, tais como a escassez de estrogênio (reduzindo o número de células endocervicais e ectocervicais para amostragem), a atrofia e a estenose do colo do útero, condicionam a uma cultura não satisfatória para análise, além de desconforto, dor e ansiedade nas pacientes (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011).

Realizar o rastreamento de doenças ginecológicas em mulheres que sofreram histerectomia, com a retirada do colo do útero, não é indicado desde que se confirme que a cirurgia foi realizada por motivos benignos, diferentemente das que realizaram histerectomia total por neoplasia prévia, ou parcial (SASLOW et al., 2002).

Segundo Carestiato e outros (2006), a partir da implantação do exame Papanicolaou, observou-se uma redução de cerca de 70% na mortalidade mundial. No entanto, com o passar dos anos, estes índices voltaram a aumentar devido ao acesso insuficiente a toda a população-alvo.

No Brasil, de acordo com a razão entre a realização de exames citopatológicos e o número de mulheres em 2008, os coeficientes variam de acordo com alguns aspectos. Analisando-se as regiões brasileiras através de dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008), tem-se um percentual maior de mulheres entre 25-59 anos de idade que já realizaram o Papanicolaou em relação às outras faixas etárias, para todas as regiões. Levando-se em conta a escolaridade, unanimemente as mulheres com 11 anos ou mais de estudo prevaleceram para a realização do exame; em relação à execução de alguma atividade ou a ocupação por parte deste grupo populacional, em todas as regiões, as economicamente ativas ou ocupadas detinham o maior percentual para o preventivo. A Tabela 6, abaixo, ilustra melhor estes dados.

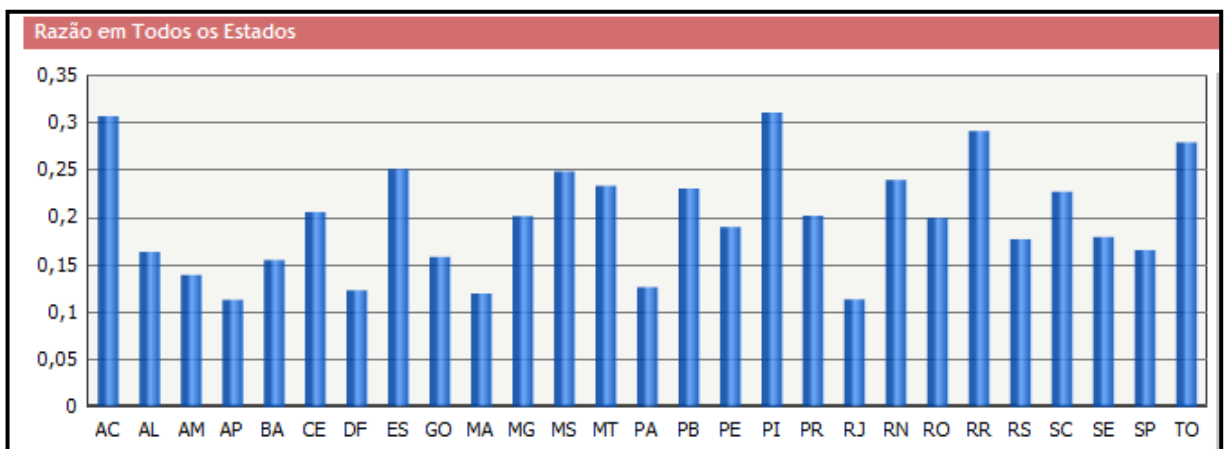
Tabela 6 – Percentual de mulheres que já fizeram o exame preventivo para Câncer de Colo de Útero, por grandes regiões, Brasil – 2008

Variáveis	Brasil (%)	Norte (%)	Nordeste (%)	Sudeste (%)	Sul (%)	Centro-Oeste (%)
<i>Grupos de idade</i>						
25-59 anos	87,00	85,60	81,70	89,60	89,20	86,40
60-69 anos	81,40	75,50	72,20	86,30	83,10	82,50
70 anos ou mais	67,00	59,60	54,80	74,00	66,70	66,10
<i>Anos de estudo</i>						
Sem instrução e menos de 1 ano	65,00	63,80	60,10	70,40	66,40	70,10
1 a 3 anos	79,70	79,80	76,90	82,30	78,00	80,50
4 a 7 anos	85,70	83,00	81,60	88,10	86,10	84,40
8 a 10 anos	89,00	88,00	84,90	90,40	89,80	86,90
11 anos ou mais	90,70	90,90	87,00	91,80	92,90	89,70
<i>Condição de atividade e de ocupação na semana referida</i>						
Economicamente ativas	87,20	86,80	81,90	89,70	89,30	87,00
Ocupadas	87,40	86,90	81,80	89,90	89,30	87,20
Não economicamente ativas	80,60	77,90	73,10	84,80	81,60	80,80

Fonte: Adaptado de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008, p.137)

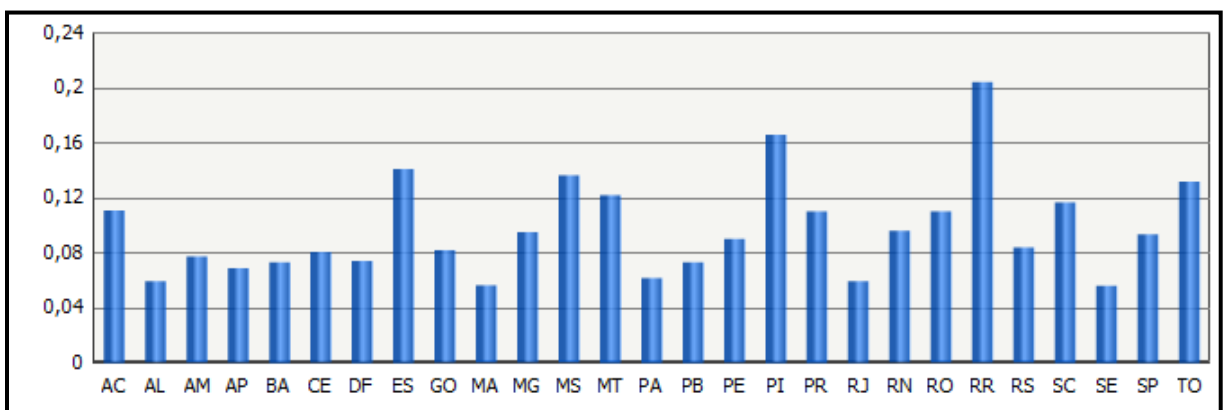
Analisando-se os estados brasileiros, o INCA disponibiliza os dados abaixo, através das Figuras 13 e 14, que expõem a razão entre exames citopatológicos e mulheres entre 25-59 anos de idade e com 60 anos ou mais. Pode-se notar que, de forma geral, as mulheres mais idosas realizam menos o exame quando comparadas às mais jovens (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011).

Figura 13 – Razão entre exames citopatológicos e mulheres, em todos os estados brasileiros, de 25 a 59 anos de idade, em 2009



Fonte: Instituto Nacional de Câncer (2011)¹³

Figura 14 – Razão entre exames citopatológicos e mulheres, em todos os estados brasileiros, 60 anos ou mais de idade, em 2009



Fonte: Instituto Nacional de Câncer (2011)¹⁴

¹³ Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoos_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/indicadores/p1_razao_entre_exames_citopatologicos_e_mulheres_da_p_opulacao>.

¹⁴ Disponível em:

O acesso ao exame Papanicolaou é sensivelmente influenciado por fatores sociais, econômicos, culturais e regionais. Segundo Watson e outros (2008), em estudo envolvendo mulheres norte-americanas, as negras e as hispânicas apresentaram maior taxa de câncer de colo de útero não especificado quanto ao estadiamento, devido às desigualdades encontradas para o rastreamento, estadiamento preciso e/ou tratamento adequado da doença.

De forma geral, existem algumas barreiras comuns que impedem a instauração de um programa de rastreamento efetivo, especialmente em países com recursos escassos. Em regiões menos favorecidas economicamente, por exemplo, existem outras doenças que competem pela assistência, como a malária, a tuberculose e algumas verminoses (LOUIE; SANJOSE; MAYAUD, 2009), além das altas taxas de mortalidade infantil e a epidemia de AIDS.

Outra característica encontrada em países menos desenvolvidos economicamente é que os serviços focam mais em tratar do que prevenir doenças, promover saúde e, de forma geral, mulheres destas populações recebem muito pouca informação acerca de programas de rastreamento, prevenção e educação em saúde, talvez até mesmo por falta de interesse das políticas locais. Interessante também é que muitas dessas regiões são marcadas por guerras ou conflitos civis, abalando as estruturas dos serviços de saúde (DENNY, 2005).

De acordo com estudo realizado por Brookfield e outros (2009), constatou-se que raça, etnia e nível de pobreza são variáveis inter-relacionadas na determinação do acesso aos serviços de saúde, uma vez que as afro-americanas e aquelas de comunidades onde mais de 15% da população vivem em situação de pobreza apresentaram prognóstico pior do que as mulheres de outras etnias e níveis socioeconômicos. Uma justificativa seria que muitas dessas mulheres deixam de ser rastreadas e também não recebem acompanhamento adequado mediante o resultado, acarretando na descoberta da neoplasia em estágios mais avançados, com início tardio do tratamento.

De acordo com McCarthy e outros (2010), dentro do contexto socioeconômico, o nível baixo de escolaridade, o acesso deficitário aos serviços de saúde, a baixa renda e a falta de seguros de saúde acessíveis põem em risco o

desempenho do rastreamento. Em Nova York, por exemplo, constatou-se que, entre mulheres oriundas de regiões economicamente mais pobres, o aspecto étnico determina o diagnóstico tardio da doença: as negras e as porto-riquenhas apresentam maior tendência a serem diagnosticadas em estágios mais avançados da doença em relação às mulheres brancas.

O baixo nível socioeconômico, combinado ao aspecto étnico, esteve associado à maior mortalidade. O estudo concluiu que o acesso igualitário ao rastreamento do câncer de colo de útero, o acompanhamento mediante presença de resultado alterado, o tratamento mediante seguro saúde dirigido a idosos (Medicare) e, ainda, a vacinação contra o HPV podem reduzir as desigualdades raciais e diminuir as chances de incidência e de mortalidade da população por esta neoplasia.

O diagnóstico tardio, no Brasil, ainda é muito comum e o empecilho para a detecção precoce é a baixa cobertura que pode decorrer da dificuldade de acesso, por parte da população feminina, aos serviços e programas de saúde. Somam-se a isso a dificuldade em se obter um rastreamento individual das mulheres em detrimento do rastreamento da doença em si (sistema de informação longitudinal, baseado na pessoa, que facilitaria estabelecer estratégias mais eficazes de prevenção e cura) e a insuficiente capacitação dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica, uma vez que o comportamento esperado das mulheres, frente à realização do exame Papanicolaou, depende muito da relação de respeito entre médico e paciente (MENDONÇA et al., 2008; NASCIMENTO; MONTEIRO, 2010; VALE et al., 2010).

O sistema de saúde brasileiro também se encontra insatisfatório em atender à demanda populacional. Como resultado, pode-se dizer que o Brasil, assim como o restante dos países latino-americanos, apresenta taxas elevadas de mortalidade em decorrência do câncer de colo de útero e, mesmo assim, o quantitativo de mulheres que nunca realizaram o exame do Papanicolaou permanece alto (MENDONÇA et al., 2008; NASCIMENTO; MONTEIRO, 2010; VALE et al., 2010).

Denny (2005) comenta haver uma escassez de ensaios clínicos randomizados que avaliem o impacto do rastreamento sobre a mortalidade do câncer de colo de útero e que a maioria dos estudos é baseada em coorte ou caso-controle.

Martins, Thuler e Valente (2005) também afirmam que o Brasil apresenta uma escassez de estudos transversais sobre o perfil da cobertura do Papanicolaou,

concentrando-se mais nas regiões Sul e Sudeste, nas principais capitais, e que ainda estes estudos são de difícil comparação entre si, uma vez que abordam metodologias diversas, prejudicando a identificação do perfil real da doença nos diversos territórios brasileiros.

De acordo com estudo desenvolvido por Dias da Costa e outros (2003) no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, 72,2% das mulheres entrevistadas estavam atualizadas quanto à realização do exame citopatológico, 16,6% estavam em atraso e 11,2% das mulheres nunca o haviam realizado. A não-realização do exame esteve associada à baixa inserção social e à idade avançada (mulheres com 60 anos ou mais de idade apresentaram prevalência 32% superior para a não realização do exame, em detrimento das faixas etárias mais jovens). A desatualização destas associou-se à ausência de consulta médica no último ano, à baixa renda familiar (mulheres cuja renda familiar era igual ou menor que um salário mínimo apresentaram 95% a mais de chance em não realizarem o exame do que aquelas com renda familiar maior que 10 salários mínimos) e à presença de doenças crônicas, ou hospitalizadas.

Em relação a este último aspecto, é interessante notar a persistência de uma falta de integralidade na assistência médica, uma vez que mulheres portadoras de doenças crônicas ou que se encontram internadas em hospitais, apesar de consultarem o médico com mais frequência, este profissional de saúde se detém somente ao problema já instalado, na queixa principal da paciente, não se preocupando em proporcionar a este público cuidados preventivos gerais em saúde (DIAS DA COSTA et al., 2003).

Em estudo realizado por Gamarra, Paz e Griep (2005), na Argentina, acerca do conhecimento do Papanicolaou com mulheres, em sua maioria, de baixa renda, entre 18 e 64 anos de idade, os resultados foram subdivididos em três classificações quanto à resposta.

- “Conhecimento adequado”: identificado em 49,5% das mulheres entrevistadas, a maioria com escolaridade maior ou igual a sete anos e que haviam procurado serviço de saúde no ano anterior à pesquisa.
- “Atitude adequada”: evidenciada em 80,5% das mulheres, cujas características maiores foram escolaridade mais alta, trabalho fora de casa, com menos de seis filhos e que usavam algum método contraceptivo.

- “Prática adequada”: constatada em 30,5% da população entrevistada, em sua maioria mulheres com renda maior ou igual a uma cesta básica alimentar, que utilizaram serviço de saúde no ano anterior à pesquisa e que possuíam menos de seis filhos.

Concluiu-se, com o estudo de Gamarra, Paz e Griep (2005), que as principais barreiras encontradas para a realização do exame entre as mulheres argentinas foram a falta de encaminhamento por parte do médico, ou outro profissional capacitado para tal, a ausência de trabalho fora de casa, o elevado número de gestações, a ausência de sintomas suspeitos para a doença e a sensação de “não sentir-se doente”.

Corroborando com os achados de Albuquerque e outros (2009), o número maior de gestações esteve associado como empecilho para a realização do exame, assim como a não utilização de nenhum método contraceptivo. Uma observação pertinente é que a maior fonte de informação a essas mulheres argentinas não era exclusivamente oriunda das instituições de saúde, mas também dos veículos de comunicação, amigas e familiares, o que põe em cheque o verdadeiro conhecimento e atitude a respeito da prática do exame.

A partir de pesquisa realizada por Welch, Miller e James (2008) com americanas, observou-se que, entre mulheres submetidas ao rastreamento anual do câncer de colo de útero, prevalecem as seguintes características pessoais: presença de cobertura assistencial pública em saúde, não-fumantes, faixa etária acima de 40 anos de idade, sem limitações funcionais, negras e não hispânicas, níveis de renda mais altos, praticantes de atividades físicas e com colesterol dentro da normalidade.

De acordo com estudo sobre mulheres latinas que vivem como imigrantes nas cidades de Nova York e Arkansas, muitas não souberam responder às questões acerca do câncer de colo de útero, a não ser através de desenhos explicativos, e muitas nem sequer sabiam sobre a anatomia sexual feminina. Uma grande parte, apesar de já ter realizado o Papanicolaou, não sabia, ao certo, do que se tratava e o motivo para sua realização. Algumas hipóteses levantadas pelos pesquisadores para o desconhecimento e a não realização de exames preventivos foram o baixo nível de escolaridade das mulheres, o machismo de seus maridos ou companheiros, que muitas vezes proibiam suas esposas ou companheiras de se “exporem” ao profissional de saúde, e a igreja que, em alguns locais, defendia somente a cura

espiritual, com a condenação aos serviços de saúde tradicionais (ERWIN et al., 2010).

Em estudo realizado por Amorim e outros (2006), em Campinas, com mulheres de 40 anos ou mais de idade (das quais 71,7% eram idosas com 60 anos, ou mais, de idade) 43,2% realizaram o preventivo do Papanicolaou através do SUS, enquanto 56,8% usufruíram do sistema privado de saúde, do total de 83,3% das mulheres que haviam realizado o exame, revelando uma dependência significativa ainda do sistema privado de saúde.

Do total de entrevistadas, 16,7% não haviam realizado o teste nos últimos três anos anteriores à entrevista, sendo que 8,5% das mulheres com 40 a 59 anos e 11,2% das idosas com 60 anos, ou mais, nunca o haviam realizado. Como principais associações a não realização do preventivo pelas mulheres-alvo do estudo estavam as seguintes variáveis: idade entre 40-59 anos, escolaridade de até quatro anos completos, renda per capita menor ou igual a quatro salários mínimos, possuindo até nove bens duráveis, autorreferidas como negras ou pardas, morando em domicílio com, no mínimo, cinco pessoas e que não realizavam outros tipos de prevenção ou cuidados com a saúde frente à neoplasia das mamas.

Neste mesmo estudo, as mulheres entrevistadas justificaram a não realização do exame por entenderem-no como desnecessário, embaraçoso, ou pela falta de conhecimento sobre o mesmo e a dificuldade em conseguir marcá-lo. Outras alegaram não estar mais em idade fértil ou sexualmente ativas.

A conclusão dos autores foi a de que a cobertura do Papanicolaou em Campinas ainda está longe de atingir os índices ideais para o município, relevando a necessidade de serviços de saúde mais efetivos e presentes para a população, especialmente nos grupos mais suscetíveis à doença.

De acordo com estudo de Albuquerque e outros (2009), em Pernambuco, com mulheres entre 18 e 69 anos de idade, a maior proporção de realização do teste pertenceu às mulheres que vivem com companheiros, sem filhos e com ensino fundamental completo.

Corrêa e Villela (2008) observaram um aumento no coeficiente de mortalidade por câncer de colo de útero, entre 2001 e 2005 no estado do Amazonas, apesar de campanhas do Programa Viva Mulher. Os autores justificaram para tal achado, a presença prévia de lesões já avançadas em mulheres cujo tratamento não obteria mais êxito.

No entanto, apesar de a cobertura do exame Papanicolaou ainda encontrar-se deficitária, ou seja, aquém dos 80% de cobertura mínima populacional recomendada pelo Ministério da Saúde, em estudo realizado por Nobre e Neto (2009), também no Amazonas, com mulheres entre 20 e 49 anos de idade, o percentual de mulheres que afirmaram ter realizado o exame pela primeira vez progrediu de 8,89%, em 2001, para 27,17%, em 2005. A resposta “não sabe”, a respeito da realização anterior do exame, declinou de 67,83%, em 2001, para 5,65%, em 2005, o que pode ser justificado pela melhora da qualidade dos registros, por parte dos profissionais da saúde, que, neste estado, apresentaram superação das expectativas, além de uma melhor adesão das mulheres aos programas de rastreamento do câncer de colo de útero.

Segundo Alves, Guerra e Bastos (2009), a inserção de programas de rastreamento na população feminina de Minas Gerais contribuiu para um impacto positivo sobre a redução da mortalidade por câncer de colo de útero. Contudo, o estudo de Novaes (2010), conduzido em Juiz de Fora (MG), com idosos, identificou alguns fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, incluindo a realização do Papanicolaou: uso do Sistema Único de Saúde (SUS), referência de obstáculos na busca de assistência, autoavaliação negativa de sua própria condição de saúde. A distância foi referida como a principal dificuldade ao acesso, sendo justificada, pelas mulheres idosas (em sua maioria viúvas), a falta de companhia para se dirigirem aos serviços de saúde.

Em estudo realizado por Valente e outros (2009) sobre o conhecimento acerca do Papanicolaou entre estudantes de escolas estaduais, acima de 18 anos de idade, em Uberaba (Minas Gerais), 81% afirmaram ter ouvido falar e sabiam do que se tratava; 17% já haviam ouvido falar, mas não sabiam o que era e 1% não sabiam ou não responderam. Em relação à utilidade do exame, 85% sabiam corretamente o objetivo de se realizá-lo, 12% afirmaram ser um procedimento de proteção contra o câncer e 1% respondeu ser um exame para visualização do bebê durante a gravidez. Em relação à periodicidade, 96% responderam "uma vez ao ano" (resposta considerada como correta pelos pesquisadores) e 4% não a sabiam. Finalmente, em relação ao que fazer após a realização do exame, 91% acertaram a resposta e 8% afirmou que somente o fato de tê-lo realizado as protegeria da neoplasia.

Analisando a população da pesquisa, das 81% que já tinham ouvido falar a respeito do exame e sabiam do que se tratava, 51,3% acertaram todo o questionário, das quais somente 4,5% possuíam mais de 45 anos de idade, e a grande maioria (48,5%) tinha entre 18 e 25 anos de idade. Isso indica que as mulheres mais jovens detêm maior conhecimento acerca do Papanicolaou, em cujo subgrupo se concentra o maior índice de infecções transitórias e o foco principal é a prevenção. No entanto, apesar de respostas corretas, por grande parte da população inquirida, a informação correta não significa, necessariamente, práticas corretas.

2.3.3.4 Formas alternativas de cobertura populacional

Uma alternativa de prevenção é o teste de detecção do DNA-HPV oncogênico, que requer baixo investimento tecnológico, indicado para regiões remotas, de difícil acesso assistencial. A partir do resultado positivo após a realização do teste, a paciente pode ser imediatamente inspecionada visualmente com ácido acético, e ao método “ver e tratar”. O uso deste teste ainda está sob questionamento, uma vez que, para tal, seria necessária a importação de nova tecnologia, o que poderia modificar a estrutura dos programas de controle do câncer de colo de útero (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010d).

De acordo com Onuki e outros (2009), em muitas regiões, como nos Estados Unidos, Austrália e Europa, a prevenção ao HPV tem se mostrado eficaz por reduzir a incidência de câncer cervical e as lesões precursoras a este, a partir da detecção precoce e do uso de vacinas contra o vírus (subtipos 16 e 18).

No Japão, estas condutas já são responsáveis por reduzir as chances de se desenvolver o pré-câncer, o câncer de colo de útero propriamente e sua forma invasiva, entre as mulheres que se encontram em fase reprodutiva. Isso permite, por exemplo, a redução do número de biopsias, ou de histerectomias, nesta fase da vida cujos procedimentos poderiam atrapalhar ou impedir a oportunidade dessas mulheres serem mães, futuramente.

Na Finlândia e nos Países Baixos existe uma discussão acerca da repercussão da vacina quadrivalente (contra os subtipos de HPV 6, 11, 16 e 18), que

foi autorizada pela União Europeia para mulheres a partir dos 9 anos de idade. Tal debate se deve ao fato de que, a partir desta inoculação, essas mulheres podem apresentar comportamentos de risco por desenvolverem um pensamento errôneo de que estão totalmente imunes ao HPV. Contudo, na realidade, mesmo nestes casos, o rastreamento deve ser preconizado por mais algumas décadas, além da vacina (VAN DER AA et al., 2008).

Clifford e outros (2003) e Mariani e outros (2010) concluem que, apesar de se poder reduzir em mais de 70% a incidência de casos de câncer de colo de útero invasivo no mundo, a vacinação contra HPV 16 e 18 seria mais eficaz na Europa, na América do Norte e na Austrália, do que na África, nas Américas do Sul e Central e na Ásia. Nestas regiões, outros subtipos de HPV estão relacionados à doença, principalmente os 45, 31, 33, 58 e 52, cuja importância e prevalência variam em cada região.

Para Smith e outros (2007), a vacina bivalente contra o HPV16/18 apresenta potencial para diminuir em cerca de dois terços os casos de câncer de colo uterino invasivo e metade das lesões escamosas intra-epiteliais de alto grau. Porém, para aumentar ainda mais a eficácia contra esta neoplasia, vacinas profiláticas aos outros genótipos de HPV também devem ser desenvolvidas.

Watson e outros (2008) afirmam que, atualmente, uma vacina quadrivalente contra os vírus HPV 16, 18, 6 e 11 está licenciada e disponível nos Estados Unidos e que a vacina bivalente contra os subtipos 16 e 18 do vírus HPV está sob análise pela *US Food and Drug Administration review* (FDA). Estas vacinas detêm o potencial de reduzir a morbidade e a mortalidade pelo câncer de colo de útero, no entanto, é necessária a constante vigilância sobre os indicadores da taxa deste tumor e de lesões pré-cancerígenas para se poder medir a eficácia destes programas de vacinação.

Na África Subsaariana, as vacinas profiláticas quadrivalente e bivalente para o HPV têm sido licenciadas, apesar de haver alguns desafios para se conseguir custear a inoculação, em massa, da população-alvo (LOUIE; SANJOSE; MAYAUD, 2009).

Atualmente, no Brasil, existem duas vacinas aprovadas e disponíveis pela ANVISA, uma quadrivalente (Gardasil®, Merck) e a outra bivalente (Cevaxix®, Glaxo-Smith-Kline), ambas profiláticas, ou seja, de maior eficácia em mulheres sem infecção prévia por HPV, ou, antes do início da vida sexual. Não se exclui, no

entanto, a necessidade de um rastreamento posterior. Um estudo em andamento avalia o custo-efetividade das vacinas cujos resultados decidirão sua efetivação, ou não, sobre a população (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010d).

Além do rastreamento citológico cervical convencional, a medicina dispõe de outra ferramenta profilática ao câncer de colo de útero, o uso de citologia em base líquida, considerado no mínimo equivalente ao Papanicolaou no que diz respeito à detecção de lesões pré-cancerígenas e do câncer propriamente.

Recomendado a partir dos trinta anos de idade, seu rastreamento a cada dois ou três anos, comparado ao Papanicolaou, compensa a diminuição da especificidade do resultado; no entanto, usar a citologia em base líquida no mesmo intervalo de tempo que o teste convencional do Papanicolaou gerará uma superdetecção de células escamosas atípicas, porém não necessariamente danosas ao organismo, elevando a demanda de mulheres para a realização de colposcopia e aumentando, assim, desnecessariamente, os gastos em saúde (SASLOW et al., 2002).

Alguns países investem, também, na disseminação da informação à população, como em Chicago, nos Estados Unidos, através do “Cancer Information Service” (CIS), criado em 1975, que procura oferecer às mulheres economicamente carentes o acesso à informação sobre prevenção e cuidados frente a esta neoplasia. As informações são fornecidas via telefone, o que diminui o constrangimento da mulher para sanar suas dúvidas. No entanto, apesar da consciência da existência do programa e de seu potencial de abrangência, observa-se um baixo aproveitamento desta fonte por parte da população-alvo. As mulheres brancas utilizam mais o serviço (83%) do que as hispânicas (2%) e afro-descendentes (13,4%), revelando a prevalência ainda de desigualdades sociais e raciais, culminando na distribuição geográfica heterogênea da doença (COFTA WOERPEL et al., 2009).

De acordo com Valente e outros (2009), a organização, a integralidade, a qualidade do rastreamento do câncer cervical, acompanhado de ferramentas (como campanhas educativas aos profissionais de saúde e à população-alvo) são de extrema importância para a prevenção e o combate da mortalidade nacional.

Outra solução apontada por Miles e outros (2004), para driblar as barreiras do acesso geográfico, é o estabelecimento de unidades móveis de rastreamento, em que o serviço vai até o público. Isso reduz a distância, o tempo de deslocamento e

aumenta a adesão daqueles que se encontram isolados geograficamente e socialmente dos serviços de saúde.

Em estudo realizado por Soares e Silva (2010) em Igarapava (São Paulo), os autores concluíram que, para aprimorar o Programa Municipal de Prevenção do câncer de colo de útero, é preciso sensibilizar as mulheres a realizarem o exame, através de campanhas para população correspondente à faixa etária de 35 a 49 anos de idade e/ou àquelas que nunca realizaram o exame. É também necessário oferecer a realização deste às mulheres que comparecem às unidades de saúde por motivos diversos, distribuir panfletos e cartazes a respeito do câncer de colo de útero e suas formas de prevenção, realizar uma busca ativa por mulheres que chegaram a realizar o Papanicolaou e que, por algum motivo desconhecido, não retornaram às unidades de saúde para buscar o resultado e, para as mulheres com resultados alterados, oferecer tratamento e terapêutica oportunos, assim como para aquelas com doenças sexualmente transmissíveis (SOARES; SILVA, 2010).

3 HIPÓTESE

A população idosa feminina a partir de 60 anos de idade da região norte do município de Juiz de Fora – MG apresenta um histórico de acesso satisfatório ao exame preventivo do câncer de colo de útero, o Papanicolaou (DIAS DA COSTA et al., 2003; LIU; CLARK, 2008; MOSER, PATNICK, BERAL, 2009; NOVAES, 2010; PARK et al., 2011; VALE et al., 2010).

A prevalência de desigualdades socioeconômicas e de disparidades na assistência em saúde comporta-se como uma barreira ao acesso universal, equitativo e igualitário ao exame preventivo do Papanicolaou por parte da população idosa da região norte de Juiz de Fora - MG.

No presente trabalho, o conceito de acesso baseia-se na entrada e continuidade do indivíduo em determinado serviço de tratamento de saúde, de acordo com Andersen (1995). Neste modelo, alguns fatores influenciam o acesso aos serviços de saúde, como: “fatores predisponentes”: existentes previamente ao problema de saúde e que afetam a predisposição do indivíduo perante o uso dos serviços de saúde; “fatores capacitantes”: aqueles disponíveis às pessoas para receber os cuidados em saúde necessários; e “necessidades de saúde”, que são as condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas pelo profissional de saúde.

Andersen adota ainda dois conceitos para acesso: “acesso potencial”, baseado na presença de fatores capacitantes para o uso dos serviços, e “acesso realizado”: utilização de fato dos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

4 JUSTIFICATIVA

Mundialmente, o câncer de colo de útero é o terceiro mais comum entre as mulheres. Mais de 85% dos casos concentram-se em países em desenvolvimento econômico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, c2010b) e configura-se como um problema de saúde pública no Brasil. Apesar de altamente prevenível e facilmente detectável a partir do Papanicolaou, um teste de execução simples, de baixo custo e disponível pelos sistemas públicos e privados de saúde, muitas mulheres não o realizam, estando os motivos e as características pessoais para tal comportamento ainda não bem definidos. Não existe um consenso absoluto a respeito da idade correta para se cessar o rastreamento. A literatura apresenta divergências quando diz respeito às mulheres idosas: alguns, como Andrade e outros (2001) afirmam que o rastreamento em mulheres entre 20 e 64 anos de idade pode reduzir em cerca de 91% o risco de câncer de colo de útero, e que o rastreamento é recomendado a todas as mulheres sexualmente ativas, independente da idade, devendo-se levar em consideração também, a expectativa crescente de vida, suas condições de saúde, a história natural da doença, além da conveniência do teste.

A interrupção do exame é correta aos 65 anos de idade, de acordo com Albert e Clark (2008) e Andrade e outros (2001), desde que ela apresente exames anteriores recentes normais, ou, de acordo com Saslow e outros (2002), aos 70 anos de idade, desde que ela apresente 3 ou mais exames consecutivos normais nos últimos 10 anos.

Em estudo conduzido por Huang e outros (2008), foi constatado que muitas mulheres (entre 50 e 80 anos de idade) preferem continuar a realização do Papanicolaou, e ainda, fazê-lo anualmente, mesmo quando orientadas pelo seu médico, ou a partir do conhecimento de evidências, que a realização anual do Papanicolaou ao longo da vida não traz maiores benefícios, especialmente por se encontrarem em idade mais avançada, em comparação à periodicidade recomendada.

Uma possível justificativa para a menor cobertura pertencer às mulheres idosas, é que por não estarem na idade-pico para o desencadeamento da doença, não há incentivo para que realizem o Papanicolaou. Além disso, de acordo com DuBard e outros (2008), a cobertura é baixa entre mulheres com incapacidade física,

doença crônica e/ou mental, cuja maioria pertence à faixa de idade mais idosa. A justificativa para tal, é que mulheres portadoras desses problemas prévios, provavelmente não estão sexualmente ativas, e conseqüentemente, o risco de câncer de colo de útero é baixo. Além disso, existe uma dificuldade por parte desta mulher em chegar ao local de realização do exame.

Daí a importância de se investigar o acesso por parte da população idosa feminina ao exame preventivo do Papanicolaou, possibilitando-se, assim, viabilizar a elaboração de condutas direcionadas à cobertura deste subgrupo.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os fatores demográficos, socioeconômicos e assistenciais em saúde associados ao acesso da população idosa da região norte de Juiz de Fora – MG ao exame preventivo do Papanicolaou.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as características sociodemográficas e epidemiológicas das idosas residentes na região norte do município de Juiz de Fora;
- Caracterizar a autopercepção do estado de saúde, a realização de outras práticas de prevenção em saúde feminina, bem como o grau de independência para se realizar as atividades básicas da vida diária (ABVD's) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD's) e sua associação com a realização do teste de Papanicolaou;
- Identificar a última vez em que realizou o Papanicolaou;
- Conhecer os serviços de saúde mais utilizados para este fim, no que concerne ao nível de atenção em saúde e à natureza do serviço;
- Pontuar os motivos para a não realização do Papanicolaou na amostra estudada.

6 METODOLOGIA

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo epidemiológico observacional transversal de base populacional, realizado por meio de inquérito domiciliar.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo inserido no projeto “Inquérito de Saúde no Município de Juiz de Fora, MG”¹⁵, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora em 20 de outubro de 2009, conforme o Parecer n. 277/2009 (Anexo A). O estudo foi realizado na Zona Norte de Juiz de Fora, Minas Gerais, com idosos de 60 anos ou mais de idade, que vivem na comunidade.

Juiz de Fora é um município do estado de Minas Gerais, situado na Zona da Mata Mineira, cuja população, segundo o censo de 2010 realizado pelo IBGE (2010), é de 517.872 pessoas (272.940 mulheres e 244.932 homens), dos quais 511.993 vivem no meio urbano e 5.879, no meio rural. A Zona Norte é a região mais populosa da cidade e conta com cerca de 120.000 habitantes (Anexo B). Além disso, detém a maior disponibilidade territorial na área urbana (cerca de 51%), possui o maior número de bairros (mais de 79); o maior contingente populacional (20,51%), o segundo maior parque industrial (recebe 20,94% dos empreendimentos industriais da cidade), a maior concentração de assentamento subnormal (1998 domicílios), e a maior concentração de programas sociais, incluindo aqueles destinados à terceira idade.

De acordo com o IBGE (2009), a população idosa em Juiz de Fora, acima de 60 anos de idade, corresponde a 65.911 habitantes, com predomínio do contingente

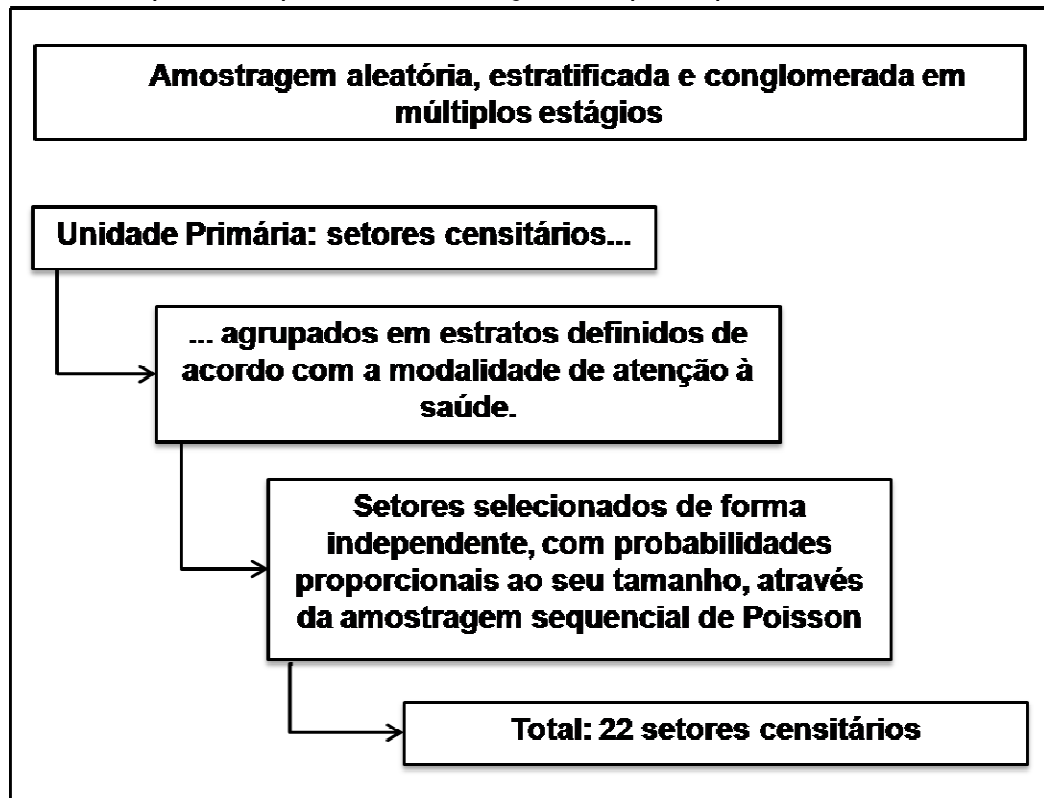
¹⁵ UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Núcleo de Assessoria Treinamento e Estudos em Saúde. **Inquérito de Saúde no Município de Juiz de Fora – MG**: relatório técnico. Juiz de Fora, 2011. Trabalho não publicado.

feminino em todas as faixas etárias, em especial a de 80 ou mais de idade (66,09% da população).

6.3 AMOSTRAGEM E POPULAÇÃO

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. 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 adscrita, subdivididos em atenção primária (Estratégia de Saúde da Família ou tradicional); atenção secundária, e área descoberta (para a análise dos resultados, estas variáveis foram categorizadas em “unidade primária de saúde”, - “consultório/ambulatório”, “hospital”, e “outros”). A seleção dos setores censitários foi feita com probabilidades proporcionais ao seu tamanho (população residente segundo dados do Censo Demográfico de 2000) de forma independente em cada estrato, por meio de amostragem sequencial de Poisson (OHLSSON, 1998). No total foram sorteados 22 setores censitários. Segue esquema explicativo (Figura 15).

Figura 15 – Esquema explicativo da seleção dos participantes



Fonte: A autora

Para o cálculo do tamanho da subamostra de idosas, considerou-se o valor médio hipotético de 80% relativo à prevalência de realização do Papanicolaou (DIAS DA COSTA et al., 2003; LIU; CLARK, 2008; MOSER; PATNICK; BERAL, 2009; NOVAES, 2010; PARK et al., 2011; VALE et al., 2010). Além disso, considerou-se 5% de erro máximo desejado para a pesquisa, nível de confiança de 95%, correção para populações finitas, efeito do plano amostral igual a 1,5 (considerando possíveis efeitos de estratificação e conglomeração, conforme o procedimento de seleção adotado) e possíveis perdas por recusa como aproximadamente 30%.

A base populacional utilizada para o inquérito 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 de cada cinco domicílios foi selecionado por amostragem sistemática, com o objetivo de identificar a existência de residentes pertencentes ao grupo de interesse (idosos com 60 anos ou mais de idade). Nos domicílios

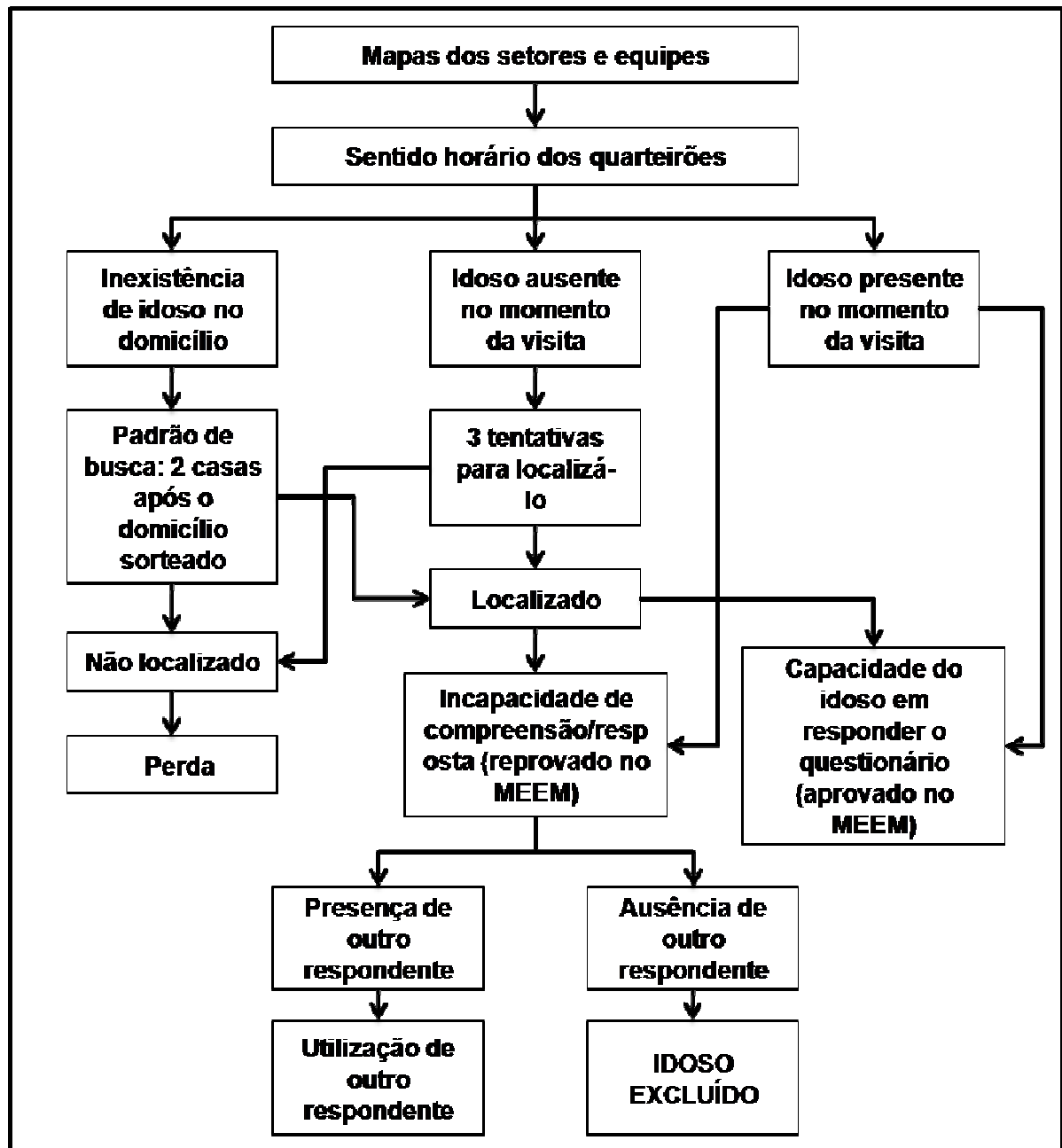
selecionados, também foram coletadas informações referentes aos domicílios vizinhos (dois localizados à esquerda e dois localizados à direita). Para essa etapa, foram impressos os mapas dos setores e divididas as equipes de entrevistadores para os mesmos, aleatoriamente, que percorriam os quarteirões em sentido horário.

Com base nesse método, estimou-se, nos setores sorteados, um total de 2380 indivíduos com a faixa etária desejada (idosos com 60 anos de idade ou mais). Em relação à amostra do presente estudo, estimou-se localizar 1285 idosos, tendo como referência a frequência de idosos na população do município. Por fim, foram aplicados de fato 462 questionários, sendo 280 entre mulheres idosos, 148 entre homens idosos, e 34 excluídos. Os questionários foram distribuídos da seguinte forma: em todos os setores censitários foram selecionados 28 idosos, exceto no setor de menor percentual de pessoas, no qual foram selecionados 14 (Apêndice A).

Para a escolha dos idosos foi realizado um sorteio dos indivíduos de interesse no *software Microsoft Office Excel 2007* a partir das planilhas dos setores censitários. Para cada setor, foi elaborada uma planilha com dados detalhados dos setores: nome das ruas, quantidade de domicílios por rua com suas respectivas numerações e estimativas de idosos por domicílio (Apêndice B). Nessas planilhas foram identificados os idosos a serem entrevistados. Como se tratava do sorteio do indivíduo e não do domicílio, houve casos em que existiam dois idosos ou mais no domicílio e apenas um foi entrevistado, assim como casos em que todos os idosos do domicílio foram questionados.

O esquema abaixo ilustra de que forma os dados foram coletados (Figura 16).

Figura 16 – Esquema para coleta dos dados



Fonte: A autora

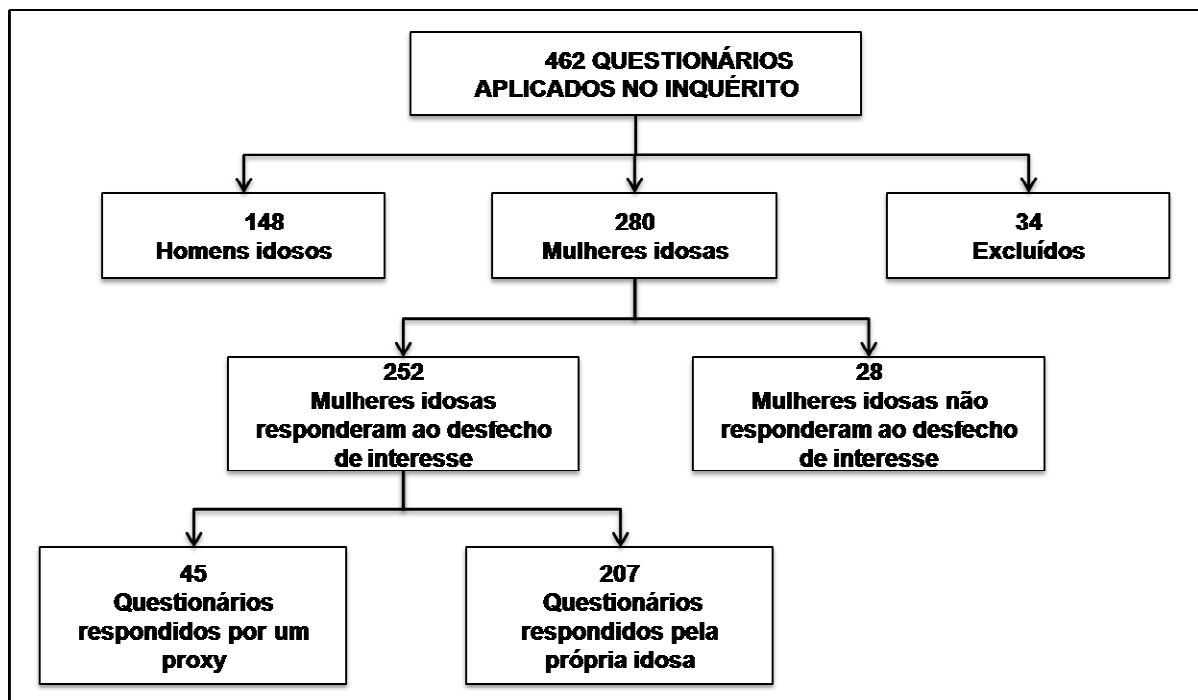
Nos casos em que os indivíduos apresentaram impossibilidade de compreensão e/ou resposta ao questionário, foi utilizado outro respondente (*proxy*), que respondeu apenas a variável de desfecho, às questões sobre o preventivo para o câncer de mama, e as relativas às características sociodemográficas. Para rastreamento da capacidade cognitiva do idoso para responder os instrumentos de coleta de dados foi aplicado, a priori, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM),

sendo que idosos com pontuação inferior ao limite apontado pela literatura e que não estivessem acompanhados por familiares e/ou cuidadores foram excluídos do estudo.

Conforme descrito anteriormente, em algumas situações foi utilizado o recurso de outro informante, considerado como o indivíduo que presta cuidados aos que necessitam de supervisão ou assistência na doença ou incapacidade. Podem prover o cuidado no lar, no hospital ou em instituição. Embora cuidadores incluam pessoal médico, de enfermagem e de saúde treinados, o conceito também se refere aos pais, cônjuges, ou outros membros da família, amigos, pessoas pertencentes a grupos religiosos e outros (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, [S.d.]).¹⁶

Ao final da coleta dos dados, foram encontrados os seguintes valores, já descritos anteriormente (Figura 17).

Figura 17 – Descrição do trajeto percorrido para seleção da amostra



Fonte: A autora

¹⁶ Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>.

6.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

6.4.1 Variável dependente

- Exame de Papanicolaou: sua realização ou não (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011).

6.4.2 Variáveis independentes

- Respondente do questionário: idosa ou outro respondente;
- Idade: idade da idosa em anos completos;
- Situação conjugal: solteira, casada, viúva, separada, união estável ou outra;
- Arranjo domiciliar: referente se a idosa reside só ou acompanhada;
- Escolaridade: anos completos de escolaridade;
- Nível socioeconômico: categorizado com base em informações coletadas segundo critérios propostos pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP);
- Autopercepção da saúde: percepção da idosa em relação à sua própria saúde, categorizada em excelente, muito boa, boa, regular e ruim;
- Morbidades referidas: presença de morbididades autorreferidas;
- Capacidade funcional para realização de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD's), avaliada através do Índice de Katz e categorizada em: independência, dependência moderada e dependência importante;
- Capacidade funcional para realização de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's), avaliada através da Escala de Lawton-Brody e categorizada em: independência, dependência parcial e dependência importante;

- Última vez em que realizou o Papanicolaou, categorizado em: há menos de 1 ano; entre 1 e 2 anos incompletos; entre 2 e 3 anos incompletos; há mais de 3 anos;
- Tipo de serviço de saúde utilizado para a realização do exame, quanto ao nível de atenção em saúde (categorizado em: Unidade Primária de Saúde; Consultório/ Ambulatório; Hospital; e outros) e quanto à natureza (público ou privado);
- Motivos para a não realização do teste de Papanicolaou, categorizados em: não era necessário/ sou saudável; não conhecia o exame/não sabia da sua finalidade ou importância; dificuldade para marcar consulta; problemas com a distância/transporte/dificuldades financeiras; vergonha/ desconfortável; nunca tive relações sexuais; nunca fui ao ginecologista; retirei o útero; outros.
- Histórico de realização de exames preventivos para o câncer de mama.

6.5 ESTUDO PILOTO

A coleta de dados da amostra total foi precedida por um estudo piloto, realizado no Departamento de Saúde do Idoso da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, durante um período de 15 dias, no mês de fevereiro de 2010.

O estudo piloto teve como objetivo testar os instrumentos de coleta, detectar possíveis dificuldades dos idosos na interpretação das perguntas, objetivando aperfeiçoar o instrumento e treinar o pesquisador. Esse treinamento foi orientado por professores da UFJF com experiência em estudos epidemiológicos e na temática de interesse.

6.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no domicílio dos idosos, através de entrevista face a face, nos meses de março a julho de 2010.

A equipe de entrevistadores foi composta por alunos do curso de graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), devidamente e previamente selecionados, treinados e orientados para a aplicação dos instrumentos. Já a supervisão de campo foi realizada pelos pesquisadores principais com intuito de garantir o controle da qualidade dos dados coletados.

Os entrevistadores receberam treinamento para a realização das entrevistas constando de três etapas: teórica, prática piloto e treinamento prático. Na etapa teórica foram revisados todos os itens do questionário e a forma adequada de seu preenchimento. A prática piloto constou da aplicação individual de cinco inquéritos por cada entrevistado com um subsequente debate, em conjunto, sobre as principais dificuldades apresentadas. E a última fase constou da ida dos entrevistadores ao campo, supervisionados pelos responsáveis da pesquisa, objetivando esclarecer possíveis dúvidas que poderiam surgir na execução e no preenchimento do instrumento.

Para o Mini Exame do Estado Mental foi verificada uma concordância interexaminadores com Kappa de 0,885 e concordância percentual de 94,5%. A concordância foi realizada para este teste em virtude desse instrumento ser o ponto de corte para exclusão do indivíduo da pesquisa e determinante do uso ou não de outro respondente para o questionário. A concordância em outros pontos analisados do questionário foi considerada excelente (> 80%).

Para tanto, os entrevistadores foram acompanhados, avaliados e reciclados durante todo o período da pesquisa. Para a garantia do controle de qualidade das informações coletadas, cerca de 10% da produção de cada um deles foram avaliados por nova entrevista parcial.

Quanto aos aspectos éticos, foram obedecidas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, em conformidade com o que preconiza a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – (Apêndice C) foi elaborado pelos pesquisadores envolvidos, expressando o cumprimento de cada uma das exigências da Resolução.

Antes da realização da entrevista, os entrevistadores explicaram, de forma clara, quais eram os objetivos do estudo e a entrevista só foi realizada após a autorização e a assinatura do TCLE, em duas vias, ficando uma com o entrevistado e a outra com os pesquisadores. Foram assegurados aos indivíduos o

esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa, o anonimato e a interrupção de suas participações a qualquer momento.

6.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O presente estudo fez o uso de quatro instrumentos para a coleta de dados (Apêndice D): Mini-Exame do Estado Mental (MEEM); questionário semi-estruturado; escala para avaliação da capacidade funcional para realização das atividades básicas de vida diária (ABVD) e escala para avaliação da capacidade funcional para realização das atividades instrumentais de vida diária (AIVD).

6.7.1 Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

O MEEM é a escala mais utilizada para o rastreamento do comprometimento cognitivo. Ela tem sido amplamente utilizada em grandes estudos populacionais, configurando-se como uma ferramenta importante para execução desses. Além disso, sua aplicação pode ser realizada em poucos minutos (BRUCKI et al., 2003; VALLE et al., 2009).

Esse instrumento foi desenvolvido por M. F. Folstein, S. E. Folstein e McHugh (1975), sendo composto por questões que se correlacionam em cinco dimensões: concentração, linguagem/práxis, orientação, memória e atenção, com um escore máximo de 30 pontos. O MEEM foi adaptado e validado para a população brasileira por Bertolucci e outros (1994), que verificaram que o escore total depende do nível educacional do indivíduo.

O ponto de corte geralmente empregado na prática clínica na detecção de comprometimento cognitivo e demência é 23/24, apresentando alta sensibilidade e especificidade (VALLE et al., 2009). Doravante, devido à influência do nível de escolaridade na performance do MEEM, outros pontos de corte têm sido sugeridos no Brasil para os indivíduos com baixa escolaridade. No entanto, não há um

consenso sobre qual o melhor ponto de corte para essa população (BRUCKI et al., 2003; LOURENÇO; VERAS, 2006; VALLE et al., 2009).

Brucki e outros (2003) corroboram a ideia de que o nível educacional configura-se como o fator mais importante no desempenho do MEEM e afirmam que os níveis de corte estratificados diminuem as falhas nos diagnósticos, uma vez que a escolaridade da população brasileira é bastante diversificada e o grau de escolaridade da maioria dos idosos é baixo.

Partindo dessa perspectiva, foi adotado o ponto de corte utilizado pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, que faz o uso desse instrumento para avaliação do indivíduo idoso. A pontuação mínima esperada para idosos com quatro anos ou mais de escolaridade foi 25 pontos e para idosos com menos de quatro anos de escolaridade, 18 pontos. Assim, pontuações inferiores são indicativas de comprometimento cognitivo (MINAS GERAIS, 2008).

6.7.2 Questionário semi-estruturado

Este questionário é dividido em três blocos: identificação e características sociodemográficas; saúde da idosa; e histórico de cuidados preventivos da saúde da mulher reunindo realização ou não do exame preventivo do câncer de colo de útero e de realização de exames preventivos para o câncer de mama.

No primeiro bloco, há os seguintes itens: condição de respondente do questionário, idade, situação conjugal (cujas alternativas de resposta foram categorizadas em “com companheiro” ou “sem companheiro”, para efeitos de análise), arranjo domiciliar, escolaridade e nível socioeconômico segundo a ABEP (Anexo C).

A segunda parte do instrumento é composta pelas seguintes questões: autopercepção da saúde; morbidades referidas; acuidade visual e auditiva referidas; dificuldade e necessidade de ajuda para andar.

O terceiro bloco temático, adaptado de Novaes (2010), é composto por dados relativos ao acesso ao exame preventivo do câncer de colo de útero, o Papanicolaou: a realização ou não deste exame alguma vez; em caso negativo, o(s) motivo(s) para tal; em caso afirmativo, a última vez em que o realizou, o tipo de

serviço utilizado, em relação ao nível de atenção em saúde e à natureza. Constatam também questões referentes ao histórico de realização do exame preventivo das mamas por um profissional de saúde, o autoexame das mamas e a mamografia.

6.7.3 Escalas para avaliação da capacidade funcional

A avaliação da capacidade funcional configura-se, atualmente, como um importante e útil instrumento para a avaliação do estado de saúde do idoso. Frequentemente esta capacidade é avaliada por meio da declaração indicativa de dificuldade, ou necessidade de ajuda, em tarefas básicas de autocuidado e em tarefas mais complexas, necessárias para uma vida independente na comunidade. As medidas de mobilidade também compõem a avaliação do declínio funcional (ALVES et al., 2007; PARAHYBA; SIMÕES, 2006; PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005).

Do ponto de vista epidemiológico, geralmente se mensura a capacidade funcional por meio do relato de dificuldade ou necessidade de ajuda para realizar as ABVD's e as AIVD's (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; GIACOMIN et al., 2008; MACIEL; GUERRA, 2007; PARAHYBA; SIMÕES, 2006; PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005; ROSA et al., 2003). As ABVD's referem-se a tarefas básicas de cuidados pessoais e avaliam o grau mais severo de limitação. Assim, os idosos podem ter grande parte de declínio funcional sem, no entanto, apresentar limitações nessas atividades. Já as AIVD's são de natureza mais complexa, incluem as atividades necessárias para uma vida autônoma na comunidade e dependem de relações sociais do indivíduo (GIACOMIN et al., 2008; PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005).

No presente estudo, para a avaliação das ABVD's e AIVD's, foram empregadas a Escala de Katz modificada e a Escala de Lawton e Brody, respectivamente. Tais instrumentos foram selecionados devido à sua ampla utilização em pesquisas (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; MACIEL; GUERRA, 2007) e por serem referenciados como ferramentas para a avaliação funcional do idoso na atenção primária pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) e pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2008).

Foram avaliadas as habilidades de manutenção de seis atividades de vida diária, hierarquicamente, sob o aspecto fisiológico, de funções mais complexas para mais simples: tomar banho, vestir-se, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação. Na escala modificada de Katz, para cada tarefa investigada foram ofertadas as seguintes alternativas: realiza de forma independente ou não. Cada questão “sim” equivale a um ponto, de forma que no final os idosos são classificados como independentes para as ABVD's (6 pontos); com dependência parcial (4 pontos); e com dependência importante (2 pontos) (KATZ et al., 1963; KATZ et al., 1970; PERRACINI; FLÓ; GUERRA, 2009).

Na *Escala de Lawton e Brody* foram investigadas nove atividades instrumentais: usar o telefone, fazer comprar, cuidar do dinheiro, preparar a própria refeição, arrumar a casa, fazer trabalhos manuais domésticos, lavar a roupa, tomar medicamentos e ir a locais distantes utilizando algum meio de transporte. Para cada AIVD questionada foram propostas três alternativas: realiza sem ajuda (3 pontos), realiza com ajuda parcial (2 pontos), não consegue realizar (1 ponto). A pontuação máxima da escala é 27 pontos e decorre da pontuação obtida a seguinte classificação: independente (27 a 19 pontos); dependência parcial (18 a 10 pontos); e dependência (abaixo de 9) (LAWTON; BRODY, 1969; PERRACINI; FLÓ; GUERRA, 2009).

6.8 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

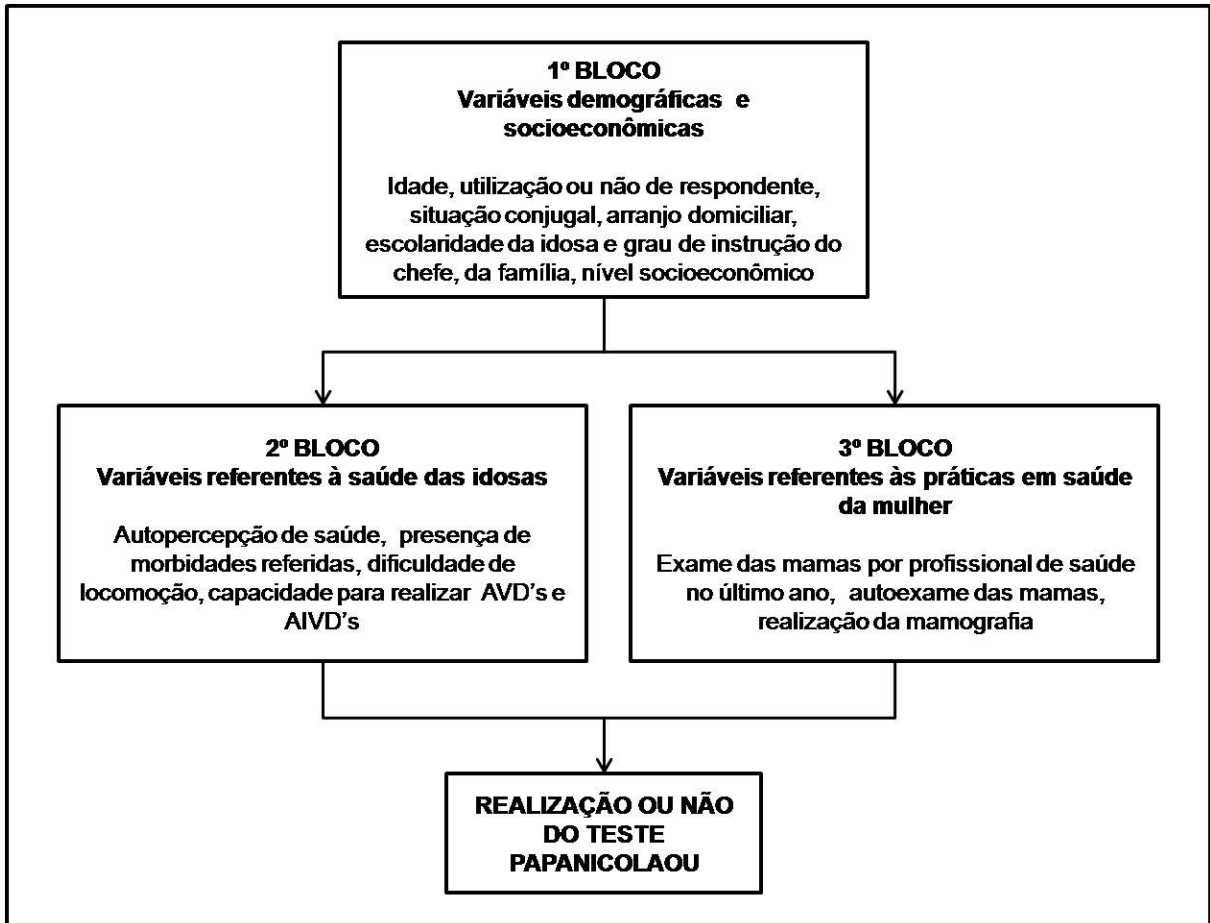
Os dados coletados foram digitados e organizados em um banco de dados utilizando o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 15.0. O tratamento estatístico incluiu a codificação, digitação e edição dos dados. Para minimizar possíveis inconsistências, a digitação dos dados foi realizada por dois pesquisadores e confrontada posteriormente.

Os dados foram submetidos à análise descritiva para a obtenção de frequências absoluta e relativa das variáveis analisadas, assim como da prevalência do defeito investigado por meio do software mencionado acima, em seu módulo *Complex Samples*, que permite a consideração das características do plano amostral. O nível de significância do estudo foi de 5% ($p \leq 0,05$). Com a utilização do

software Stata 9.2 (módulo *Survey Data Analysis*) que também considera o plano amostral, verificou-se, na análise bivariada, a associação entre cada uma das variáveis independentes com a variável dependente, através da utilização do teste Qui-quadrado (χ^2), obtendo a razão de prevalência bruta (RPbruta). Na análise multivariada, foi utilizada a regressão de Poisson para a análise das variáveis independentes associadas ao desfecho ($p \leq 0,10$), controlados por possíveis fatores de confusão (RPajustada). O nível de significância foi testado usando os testes de Wald para heterogeneidade e tendência linear ($p \leq 0,05$).

Foi construído um modelo teórico hierarquizado, conforme descrito Victora e outros (1997), que orientou a análise dos dados. De acordo com os apontamentos da literatura, os blocos hierárquicos foram construídos da seguinte forma: no primeiro bloco (determinantes distais) foram incluídas as variáveis demográficas e socioeconômicas. Estas são responsáveis por condicionar as variáveis do próximo nível de fatores de risco. No segundo bloco encontram-se as questões referentes à saúde do idoso. E no terceiro bloco (determinantes proximais) estão inseridas as questões referentes às práticas preventivas em saúde feminina. Todos os blocos, em suma, dispõem-se no modelo de forma associada ao desfecho (Figura 18).

Figura 18 – Modelo teórico de investigação dos efeitos das variáveis independentes sobre acesso ao exame preventivo de Papanicolaou estruturado em blocos hierarquizados



Fonte: A autora

7 RESULTADOS

Alguns resultados encontrados, assim como sua discussão, na presente pesquisa originaram o artigo *Utilização do exame preventivo de Papanicolaou entre as mulheres idosas no interior do Brasil: estudo de base populacional*¹⁷ (Anexo D). Os demais resultados são apresentados nas subseções que se seguem.

7.1 ANÁLISE DESCRITIVA

7.1.1 Caracterização geral da amostra

Conforme descrito anteriormente no item 6.3, considerando o tipo de amostragem utilizada, estimou-se 601 idosos, entre homens e mulheres, incluindo perda, morte e recusa. Ao final da coleta, foram aplicados de fato 462 questionários, sendo 280 entre as mulheres idosas, 148 homens idosos, e 34 idosos excluídos.

Dentre a estimativa de 280 mulheres, 28 foram excluídas, pois não responderam ao desfecho de interesse (estes dados estão descritos no Apêndice E). Assim, 252 de fato compuseram a população real do estudo. Dentre as 252 mulheres, 212 haviam realizado o exame preventivo de Papanicolaou, e 207 foram capazes de responder ao questionário sem ajuda de outro respondente (*proxy*). A Tabela 7 ilustra esses dados.

¹⁷ FREITAS, M. C. M. et al. **Utilização do exame preventivo de Papanicolaou entre as mulheres idosas no interior do Brasil: estudo de base populacional**. 2011. Trabalho não publicado.

Tabela 7 – Classificação da amostra, segundo critério de exclusão e condição de respondente do estudo de idosas. Juiz de Fora, MG, 2010

Classificação	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Própria idosa	207	74,0
Outro respondente (“proxy”)	45	16,0
Excluído	28	10,0

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 8 apresenta as variáveis demográficas e socioeconômicas da população estudada. A média de idade foi de 70,9 anos (dp = 7,4) e com relação aos anos de escolaridade a média foi de 3,4 anos (dp = 3,1). Mais de 50% da população estudada tinha entre 60-69 anos de idade; a maioria eram viúvas (45,6% de 252), residiam acompanhadas (85,3% de 252); e eram pertencentes ao nível socioeconômico C (58,3% de 252), segundo critérios da ABEP.

Tabela 8 – Características demográficas e socioeconômicas de 252 idosas. Juiz de Fora, MG, 2010

Variável/Classificação	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<i>Idade</i>		
60 – 69 anos	133	52,8
70 – 79 anos	83	33,0
80 anos e mais	36	14,2
<i>Situação conjugal</i>		
Casada ou união estável	97	38,5
Viúva	115	45,7
Separada ou divorciada	22	8,7
Solteira	14	5,5
Sem informação	4	1,6
<i>Arranjo domiciliar</i>		
Sozinha	33	13,1
Acompanhada	215	85,3
Sem informação	4	1,6
<i>Anos completos de estudo</i>		
0 ano (analfabeta)	58	23,0
1 a 3 anos	67	26,6
4 a 7 anos	100	39,7
8 a 10 anos	12	4,7
11 ou mais	11	4,4
Sem informação	4	1,6

Continua

Variável/Classificação	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<i>Nível socioeconômico (ABEP)</i>		
A	2	0,8
B	37	14,7
C	147	58,3
D	62	24,6
Sem informação	4	1,6

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Foram computados somente os dados válidos

O bloco temático a seguir inclui as seguintes questões: autopercepção de saúde, capacidade funcional para realização das ABVD's e AIVD's, presença de dificuldade para andar; necessidade de ajuda para andar e presença de morbidades referidas. Somente as idosas aprovadas no Mini Exame do Estado Mental (207 mulheres) responderam às questões deste bloco. A Tabela 9 apresenta os dados encontrados.

Tabela 9 – Características relacionadas à saúde de 207 idosas. Juiz de Fora, MG, 2010

Variável/Classificação	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<i>Percepção da saúde</i>		
Excelente	22	10,6
Muito boa	23	11,1
Boa	56	27,0
Regular	81	39,2
Ruim	25	12,1
<i>Capacidade funcional para realização das ABVD's</i>		
Independência	204	98,5
Dependência moderada	2	1,0
Dependência importante	1	0,5
<i>Capacidade funcional para realização das AIVD's</i>		
Independência	195	94,2
Dependência parcial	12	5,8
<i>Presença de dificuldade para andar</i>		
Não	128	61,8
Sim	79	38,2
<i>Necessidade de ajuda para andar</i>		
Não	184	88,9
Ajuda humana	14	6,8
Bengalas ou muletas	9	4,3

Continua

Variável/Classificação	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<i>Morbidade referida</i>		
Sim	180	87,0
Não	27	13,0

Fonte: Universidade Federal de Juiz de Fora (2011)

A maior parte dos indivíduos classificou a saúde como regular, referiram ter algum problema de saúde, não ter dificuldade para andar e nem necessidade de auxílio para locomoção, sendo capazes de realizar as ABVD's e AIVD's. Mais de 71% das idosas referiram apresentar alguma morbidade. A Tabela 10 ilustra os resultados diante da presença ou não de morbidades entre as idosas.

Tabela 10 – Questões referentes à presença ou não de morbidades autorreferidas por 207 idosas que foram aprovadas no Mini Exame do Estado Mental, e classificadas segundo a CID-10, Juiz de Fora, MG, 2010

PROBLEMAS DE SAÚDE AUTORREFERIDO		
Categorias	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Ausência de morbidades autorreferidas	27	13,0
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	7	3,4
Transtornos mentais, comportamentais, e doenças do sistema nervoso	7	3,4
Doenças do aparelho circulatório, do sistema circulatório + endócrino, circulatório+sistema osteomuscular, sistema circulatório+endócrino+sistema osteomuscular, sistema circulatório+neuro	117	56,5
Outros (neoplasias,doenças do ouvido, olho e anexos, do aparelho digestivo, do aparelho respiratório, do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, e outros)	49	23,7

Fonte: Universidade Federal de Juiz de Fora (2011)

Em relação às questões que envolvem a saúde da mulher, a Tabela 11 a seguir ilustra os resultados encontrados:

Tabela 11 – Distribuição das variáveis relacionadas à saúde da mulher para a população total de idosas, Juiz de Fora, MG

Variável/ Classificação	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<i>Exame das mamas realizado por profissional de saúde no último ano</i>		
Sim	153	60,7
Não	97	38,5
Não sei	2	0,8
<i>Realização do autoexame das mamas</i>		
Não faz	57	22,6
Faz mas não tem frequência definida	119	47,2
Faz mensalmente ou com maior frequência	61	24,2
Faz duas vezes ao ano	1	0,4
Faz anualmente	1	0,4
Não sei/Não respondido	13	5,2
<i>Realização da mamografia</i>		
Sim	174	69,0
Não	74	29,4
Não sei	1	0,4
Não respondido	3	1,2

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a Tabela 11, a maioria das mulheres submeteu-se ao exame das mamas por um profissional da saúde no último ano, realizam o autoexame das mamas, porém sem uma frequência definida e já realizaram a mamografia.

7.1.2 Caracterização da amostra segundo a prevalência de realização do exame do Papanicolaou

A partir da amostra analisada, houve uma prevalência de realização do exame preventivo do Papanicolaou de 84,12% (212/252 idosas) (Tabela 12). As características relacionadas às práticas preventivas para o câncer de colo de útero, entre as mulheres idosas que já realizaram o Papanicolaou, podem ser visualizadas nas Tabelas 13, 14 e 15.

Tabela 12 – Prevalência de realização do exame preventivo do Papanicolaou, entre 252 idosas. Juiz de Fora, MG, 2010

PREVALÊNCIA DO EXAME DE PAPANICOLAOU		
Realização do exame	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Sim	212	84,12
Não	40	15,88
Total	252	100,00

Fonte: Universidade Federal de Juiz de Fora (2011)

Tabela 13 – Última vez em que realizou o exame, entre 212 idosas. Juiz de Fora, MG, 2010

Última vez em que realizou o exame		
Última vez em que realizou o exame	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Há menos de 01 ano	78	36,8
Entre 01 e 02 anos incompletos	53	25,0
Entre 02 e 03 anos incompletos	15	7,0
Há mais de 03 anos	64	30,2
Não sei/ Não respondido	2	1,0

Fonte: Universidade Federal de Juiz de Fora (2011)

Tabela 14 – Nível de atenção em saúde em relação ao serviço utilizado, entre 212 idosas. Juiz de Fora, MG, 2010

Nível de atenção em saúde em relação ao serviço utilizado		
Nível de atenção em saúde em relação ao serviço utilizado	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Unidade Primária de Saúde	94	44,3
Consultório/Ambulatório	89	42,0
Hospital	26	12,3
Outro	3	1,4

Fonte: Universidade Federal de Juiz de Fora (2011)

Tabela 15 – Natureza do serviço utilizado, entre 212 idosas, Juiz de Fora, MG, 2010

Natureza do serviço utilizado		
Natureza do serviço utilizado	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
SUS	126	59,4
Previdência Governamental (Estado/Município)	2	1,0
Privado (Planos/Convênios)	73	34,4
Particular (Pagou pelo serviço sem reembolso)	10	4,7
Outro	1	0,5

Fonte: Universidade Federal de Juiz de Fora (2011)

De acordo com os dados encontrados nas tabelas 13, 14 e 15 a maioria das mulheres realizou pela última vez o exame do Papanicolaou há menos de 01 ano, procurando mais pelas Unidades de Atenção Primária em saúde, através do SUS.

Dentre as mulheres que nunca realizaram o exame preventivo do Papanicolaou, a Tabela 16 apresenta os principais motivos encontrados na pesquisa:

Tabela 16 – Motivos para a não realização do exame preventivo de papanicolaou, entre 40 mulheres idosas, Juiz de Fora-MG

Motivos para a não realização do Papanicolaou	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Não era necessário/sou saudável	16,0	40,0
Não conhecia o exame/não sabia de sua finalidade ou importância	1,0	2,5
Teve dificuldade para marcar consulta/ não tinha vaga	3,0	7,5
É muito embaraçoso/desconfortável/tenho vergonha	15,0	37,5
Nunca fui ao ginecologista	4,0	10,0
Retirou o útero	3,0	7,5
Outros	4,0	10,0

Fonte: Universidade Federal de Juiz de Fora (2011)

Obs.: as participantes da pesquisa tiveram a possibilidade de escolher mais de uma resposta

7.2 ANÁLISES BIVARIADA E MULTIVARIADA

A associação entre cada uma das variáveis independentes com a variável dependente foi analisada através da utilização do teste *Qui-quadrado* (χ^2), obtendo a razão de prevalência bruta (RP_{bruta}). Em seguida foi realizada a RP_{ajustada}, sendo as variáveis ajustadas entre si dentro de cada bloco hierárquico.

Os dados são apresentados conforme os blocos hierarquizados:

- 1º Bloco – Variáveis demográficas e socioeconômicas (Tabela 17);
- 2º Bloco – Variáveis referente ao estado geral de saúde das idosas (Tabela 18);
- 3º Bloco – Variáveis relacionadas às práticas preventivas em saúde da mulher (Tabela 19).

As variáveis que alcançaram um nível de significância menor ou igual a 0,20 foram incluídas no modelo de regressão e ajustadas entre os blocos. Na análise multivariada, o nível de significância adotado foi igual ou menor que 5% ($p \leq 0,05$) (Tabela 20).

Tabela 17 – Variáveis demográficas e socioeconômicas associadas à realização do Papanicolaou, Juiz de Fora, MG, 2010

Realização do Papanicolaou X variáveis do 1º bloco					
Variáveis	%	RP _{bruta} (IC 95%)	p	RP _{ajustada} (IC 95%)	p
<i>Idade</i>			0,007		0,987
60 – 69 anos	56,6	1		1	
70 – 79 anos	30,2	0,362 (0,168;0,781)		0,749 (0,260;2,155)	
80 anos e mais	13,2	0,382 (0,145;1,011)		1,685 (0,616;4,605)	
<i>Condição do respondente</i>			0,054		0,385
Outro respondente (<i>proxy</i>)	16,0	1		1	
Idosa	84,0	2,110 (0,958;4,647)		1,493 (0,604;3,687)	
<i>Situação conjugal</i>			0,001		0,005
Com companheiro	43,2	1		1	
Sem companheiro	56,8	3,586 (1,516;8,482)		3,642 (1,465;9,057)	

Continua

Variáveis	%	RPbruta (IC 95%)	p	RPajustada (IC 95%)	p
<i>Arranjo domiciliar</i>			0,173		0,069
Sozinha	14,4	1		1	
Acompanhada	85,6	0,476 (0,138;1,641)		0,293 (0,078;1,102)	
<i>Anos completos de estudo</i>			0,073		0,068
0 ano	21,1	1		1	
1 a 7 anos	68,8	1,93 (0,92;4,05)		1,547 (0,269;8,901)	
8 ou mais	10,1	3,42 (0,71;16,44)		0,993 (0,195; 5,066)	
<i>Nível socioeconômico (ABEP)</i>			0,123		0,555
A e B	17,3	1		1	
C	58,2	0,385 (0,110;1,345)		0,437 (0,098; 1,952)	
D	24,5	0,379 (0,099;1,456)		0,893 (0,378; 2,109)	

Fonte: Universidade Federal de Juiz de Fora (2011)

Tabela 18 – Variáveis referentes ao estado geral de saúde das 207 idosas, Juiz de Fora, MG, 2010

Realização do Papanicolaou x variáveis do 2º bloco					
Variáveis	%	RPbruta (IC 95%)	p	RPajustada (IC 95%)	p
<i>Autopercepção do estado de saúde</i>			0,144		0,694
Excelente/ Muito bom/ Bom	50,6	1		1	
Regular/ Ruim	49,4	1,674 (0,748;3,745)		1,197 (0,489;2,932)	
<i>Presença de problemas de saúde</i>			0,455		-
Sim	86,5	1		-	
Não	13,5	0,740 (0,208; 2,637)		-	
<i>Capacidade funcional para realização das AIVD's</i>			0,002		0,002
Dependência parcial	3,4	1		1	
Independência	96,6	7,478 (2,225;25,138)		6,932 (2,022;23,764)	
<i>Presença de dificuldade para andar</i>			0,080		0,230
Sim	36,0	1		1	
Não	64,0	1,908 (0,866;4,205)		1,706 (0,713; 4,085)	
<i>Necessidade de ajuda para andar</i>			0,593		-
Ajuda humana/Bengala	11,2	1		-	
Não	88,8	0,912 (0,253;3,286)		-	

Fonte: Universidade Federal de Juiz de Fora (2011)

Tabela 19 – Variáveis referentes às práticas preventivas em saúde da mulher, Juiz de Fora, MG, 2010

Realização do Papanicolaou x variáveis do 3º bloco					
Variáveis	%	RPbruta (IC 95%)	p	RPajustada (IC 95%)	p
<i>Exame das mamas por profissional de saúde no último ano</i>			0,001		0,134
Não	34,4	1		1	
Sim	65,6	3,044 (1,504;6,164)		1,396 (0,903;2,160)	
<i>Realização do autoexame das mamas</i>			0,06		0,182
Não faz	20,7	1		1	
Faz	79,3	1,978 (0,930;4,206)		1,715 (0,777;3,784)	
<i>Realização da mamografia</i>			<0,001		0,018
Não	19,8	1		1	
Sim	80,2	1,74 (1,408;2,129)		2,112 (1,140;3,913)	

Fonte: Universidade Federal de Juiz de Fora (2011)

Tabela 20 – Resultados da análise de regressão multivariada em blocos hierarquizados para as razões de prevalência bruta e ajustada interblocos, das variáveis de maior poder de associação com o desfecho, Juiz de Fora, MG, 2010

ANÁLISE DE REGRESSÃO MULTIVARIADA INTERBLOCOS					
Variáveis	%	RPbruta (IC 95%)	p	RPajustada (IC 95%)	p
Bloco 1					
<i>Situação conjugal</i>			0,001		0,036
Com companheiro	43,2	1		1	
Sem companheiro	56,8	3,586 (1,516;8,482)		2,912 (1,071;7,916)	
Bloco 2					
<i>Capacidade funcional para realização das AIVD's</i>			0,002		0,003
Dependência parcial	3,4	1		1	
Independência	96,6	7,478 (2,225;25,138)		6,663 (1,890;23,487)	
Bloco 3					
<i>Realização da mamografia</i>			<0,001		0,021
Não	19,8	1		1	
Sim	80,2	1,74 (1,408;2,129)		1,701 (1,085;2,666)	

Fonte: Universidade Federal de Juiz de Fora (2011)

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil epidemiológico emergente em nosso país exige uma reflexão sobre a abordagem dos problemas de saúde existentes que são passíveis de cura, tratamento, e/ou prevenção. Neste sentido, a prevalência de doenças crônicas, a exemplo do câncer, aumenta entre os idosos, comprometendo a qualidade e expectativa de vida desta população. Diante deste quadro, prevenção, diagnóstico e tratamento precoces passam a ser objetos centrais para a orientação das políticas públicas e das ações em saúde.

O câncer de colo de útero, ainda considerado um problema de saúde de ordem pública, pode ser prevenido através do Papanicolaou, um exame de fácil realização, baixo custo, e bem aceito pelos profissionais de saúde, indicado para a prevenção e diagnóstico precoce desta neoplasia, e que, no entanto, não é contemplado por toda a população feminina de risco. No presente trabalho buscou-se verificar quais fatores encontram-se associados à prática deste exame entre as idosas, que apesar de não serem originalmente a população-alvo em países em desenvolvimento como no Brasil, ainda apresentam grande risco para a doença, e por isso devem ser monitoradas.

O presente estudo confirmou que mulheres idosas com 60 anos de idade ou mais apresentam acesso satisfatório ao exame preventivo do Papanicolaou. No entanto, a hipótese de que a prevalência de desigualdades socioeconômicas e assistenciais em saúde comporta-se como barreira ao acesso ao exame preventivo não pode ser comprovada estatisticamente.

A prevalência de realização do exame preventivo de Papanicolaou de 84,1% (IC_{95%} 79% - 88,4%). Neste subgrupo de mulheres, 36,8% delas havia realizado há menos de 1 ano, e 30,2% há mais de 3 anos. O sistema de saúde predominante na cobertura foi o público (responsável por 59,4% dos exames), e o nível de atenção em saúde prevalente foi o primário (44,3%). Em relação às características associadas à prática do exame, prevaleceram a situação conjugal “sem companheiro” (idosas solteiras, viúvas, separadas ou divorciadas), com RP_{ajustada} = 3,642 (IC_{95%} 1,465; 9,057), a independência para a realização das AIVD's, com RP_{ajustada} = 6,932 (IC_{95%} 2,022; 23,764), e a realização da mamografia, com RP_{ajustada} = 2,112 (IC_{95%} 1,140; 3,913).

A independência funcional para Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's) comportou-se como o mais influente na viabilização do acesso ao preventivo. Para estas mulheres idosas, a condição de independente para as atividades rotineiras determinam não só sua qualidade de vida, como também seu comportamento predisponente para terem acesso ao rastreamento preventivo.

O câncer de colo de útero sempre esteve mais associado às mulheres mais novas em países desenvolvidos economicamente, e o Brasil segue uma tendência de não priorizar as ações preventivas entre as mulheres acima de 60 anos de idade. Os resultados do estudo podem motivar a realização de novas pesquisas acerca do tema que passem a abordar também as mulheres idosas, uma vez que as recomendações de rastreamento ainda são prioritariamente destinadas às mais jovens, e a consequente não cobertura das mais velhas pode mascarar o perfil epidemiológico da doença.

O rastreamento do câncer de colo de útero no Brasil é de natureza oportunística, focado na prevalência dos exames realizados e não do número de mulheres cobertas, o que gera o super rastreamento de um grupo em detrimento da não cobertura de outro. Os resultados do presente trabalho podem colaborar também para a reflexão quanto ao método de rastreamento adotado no Brasil, passando-se a priorizar, independentemente da idade, aquelas mulheres que apresentem características sociais, econômicas e de saúde associadas ao risco de encontrarem barreiras ao acesso.

Espera-se com este estudo motivar a reflexão e posterior incremento das práticas e políticas desenvolvidas em saúde da mulher no município de Juiz de Fora e em cidades de porte e característica assistencial em saúde semelhante, a fim de se melhorar o padrão de vida dessas mulheres e potencializar seu estado geral de saúde.

REFERÊNCIAS

AGOSTARA, B.; CARRUBA, G.; USSET, A. The management of cancer in the elderly: targeted therapies in oncology. **Immunity and ageing**, London, v. 5, n. 16, p. 1742-4933, Dec 2008.

ALBERT, R. H.; CLARK, M. M. Cancer screening in the older patient. **American family physician**, Kansas, v. 78, n. 12, p. 1369-1374, Dec 2008.

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. **Cadernos saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 301-309, dez. 2009. Suplemento 2.

ALMEIDA, M. F et al. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 743-756, set. 2002.

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, ago. 2007.

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.

ALVES, C. M. M.; GUERRA, M. R.; BASTOS, R. R. Tendência de mortalidade por câncer de colo de útero para o Estado de Minas Gerais, Brasil, 1980-2005. **Cadernos saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1693-1700, ago. 2009.

AMORIM, V. M. S. L. et al. Fatores associados à não realização do Papanicolaou: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2329-2338, nov. 2006.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of health and social behavior**, Thousand Oaks, v. 36, n. 1, p. 1-10. Mar 1995.

ANDRADE, J. M. et al. **Projeto Diretrizes**: rastreamento, diagnóstico e tratamento do carcinoma do colo do útero. Rio de Janeiro: Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, Sociedade Brasileira de Cancerologia, 2001.

BARROS, M. B. A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 911-926, maio 2006.

BASÍLIO, D. V.; MATTOS, I. E. Câncer em mulheres idosas das regiões Sul e Sudeste do Brasil: Evolução da mortalidade no período 1980-2005. **Revista brasileira epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 204-214, jun. 2008.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, mar. 1994.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Descritores em Ciências da Saúde. **Cuidadores**. [S.d.]. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>. Acesso em: 11. fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **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: INCA, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/completa.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.439, de 8 de dezembro de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 dez. 2005. Seção 1, p.80. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html>. Acesso em: 29 dez. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006a. Seção 1, p.43. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 29 dez.2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 192p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n.19.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 98p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco**

e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 152 p. Série G. Estatística e Informação em Saúde.

BROOKFIELD, K. F. et al. Disparities in survival among women with invasive cervical cancer: a problem of access to care. **Cancer**, New York, v. 115, n. 1, p. 166-178, Jan 2009.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, set. 2003.

CARESTIATO, F. N. et al. Analysis of molecular biology techniques for the diagnosis of human papillomavirus infection and cervical cancer prevention. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 39, n. 5, p. 428-432, set./out. 2006.

CARVALHO, J. A. M.; RODRIGUEZ WONG, L. L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, mar. 2008.

CERVI, A.; HERMSDORFF, H. H. M.; RIBEIRO, R. C. L. Tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, de 1980 a 2000. **Revista brasileira epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 407-418, dez. 2005.

CLIFFORD, G. M. et al. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a meta-analysis. **British journal of cancer**, London, v. 88, n. 1, p. 63-73, Jan 2003.

COFTA WOERPEL, L. et al. ACCISS study rationale and design: activating collaborative cancer information service support for cervical cancer screening. **BMC public health**, London, v. 9, n. 444, p. 1471-2458, Dec 2009.

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.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade Funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 796-805, out. 2009.

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.

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.

DuBARD, C. A. et al. Recommendation for and receipt of cancer screenings among medicaid recipients 50 years and older. **Archives of internal medicine**, Chicago, v. 168, n. 18, p. 2014-2021, Oct 2008.

ERWIN, D. O. et al. Contextualizing diversity and culture within cancer control interventions for Latinas: Changing interventions, not cultures. **Social science and medicine**, Oxford, v. 71, n. 4, p. 693-701, Aug 2010.

FERREIRA, M. L. M.; OLIVEIRA, C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. **Revista brasileira de cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 5-15, jan./mar. 2006.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of psychiatric research**, Oxford, v. 12, n. 3, p. 189-198, Nov 1975.

FONSECA, L. A. M.; RAMACCIOTTI, A. S.; ELUF NETO, J. E. Tendência da 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.; PAZ, E. P. A.; GRIEP, R. H. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. **Revista saúde pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 270-276, abr. 2005.

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.

GIACOMIN, K. C. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1260-1270, jun. 2008.

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.

GUERRA, M. R. et al. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista brasileira de cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 227-234, maio 2005.

HABERLAND, J. et al. German cancer statistics 2004. **BMC Cancer**, London, v. 10, p. 52, Feb 2010.

HAMMOUDA, D. et al. Cervical Carcinoma in Algiers, Algeria: human papillomavirus and lifestyle. risk factors. **International journal of cancer**, Genève, v. 113, n. 3, p. 483-489, Jan 2005.

HASEEN, F.; ADHIKARI, R.; SOONTHORNDHADA, K. Self-assessed health among Thai elderly. **BMC geriatrics**, London, v. 10, p. 30, May 2010.

HUANG, A. J. et al. Preferences for human papillomavirus testing with routine cervical cancer screening in diverse older women. **Journal of general internal medicine**, Philadelphia, v. 23, n. 9, p. 1324-1329, Sep 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). **Tábuas completas de mortalidade**. [20--]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/piramide/piramide.shtm>. Acesso em: 16 set. 2011.

_____. **Contagem da população 2007**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

_____. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008**. Um panorama de saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

_____. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009**: Síntese de Indicadores 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

_____. **Primeiros resultados do Censo 2010**: população por município – Minas Gerais. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_minas_gerais.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Câncer do colo de útero**: histórico do programa. [S.d.]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancercoloutero/site/home/historico_programa++/historico>. Acesso em: 21 nov. 2010.

_____. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama**

- **Viva Mulher**. c1996. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140>. Acesso em: 21 nov. 2010.

_____. **Câncer**: a informação pode salvar vidas. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

Folheto n.435. Disponível em:

<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/cancer_colo_do_uterio_2010.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2010.

_____. **Tipos de câncer**: colo do útero. Patologia. 2010a. Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/patologia>. Acesso em: 21 nov. 2010.

_____. **Tipos de câncer**: colo do útero. Prevenção. 2010b. Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/prevencao>. Acesso em: 21 nov. 2010.

_____. **Tipos de câncer**: colo do útero. Detecção Precoce. 2010c. Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/deteccao_precoce>. Acesso em: 21 nov. 2010.

_____. **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero**: sumário executivo. Rio de Janeiro: INCA, 2010d. 40p.

_____. **Razão entre Exames Citopatológicos e mulheres da população**.

Atualizado em 27 abr. 2011. Disponível em:

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/indicadores/p1_razao_entre_exames_citopatologicos_e_mulheres_da_populacao/. Acesso em: 27 abr. 2011.

_____. **Atlas de Mortalidade por Câncer**. c2011. Disponível em:

<<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>>. Acesso em: 17 set. 2011.

_____. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. c2012. Disponível em:

<<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=1>>. Acesso em: 22 fev. 2012.

JEMAL, A. et al. Cancer Statistics, 2010. **CA: a cancer journal for clinicians**, New York, v. 60, n. 5, p. 277-300, Sep/Oct 2010.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. **Mapa de Juiz de Fora**. [2009?].

Disponível em: <http://www.pjf.mg.gov.br/download/mapa_jf.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2009.

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, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 185, n. 12, p. 914-919, Sept 1963.

_____. Progress in development of the Index of ADL. **The Gerontologist**, St. Louis, v. 10, n. 1, p. 20-30, 1970.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, St. Louis, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LIMA, C. A.; PALMEIRA, J. A. V.; CIPOLOTTI, R. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2151-2156, out. 2006.

LIU, S. Y.; CLARK, M. A. Breast and cervical cancer screening practices among disabled women aged 40-75: does quality of the experience matter? **Journal of women's health**, Larchmont, v. 17, n. 8, p. 1321-1329. Oct; 2008.

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.

LOURENÇO, A. R.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 40, n. 46, p. 712-719, ago. 2006.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 178-189, 2007.

MARIANI, L. et al. Human Papilloma Virus prevalence and type-specific relative contribution in invasive cervical cancer specimens from Italy. **BMC Cancer**, London, v. 10, n. 259, p. 1471-2407, June 2010.

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 e obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 485-492, ago. 2005.

MCCARTHY, A. M. et al. Racial/ethnic and socioeconomic disparities in mortality among women diagnosed with cervical cancer in New York City, 1995-2006. **Cancer causes and control**, Oxford, v. 21, n. 10, p. 1645-1655, Oct 2010.

MENDONÇA, G. A. S; NORONHA, C. P.; ALMEIDA, L. M. (Orgs). Histórico do controle de câncer no Brasil. In: ———. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006. p. 12-15.

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 e obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 248-255, maio 2008.

MENDOZA NUÑEZ, V. M.; MARTÍNEZ MALDONADO, M. L.; CORREA MUÑOZ, E. Implementation of an active aging model in Mexico for prevention and control of chronic diseases in the elderly. **BMC Geriatrics**, London, v. 9, n. 40, p. 1471-2318, Aug 2009.

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

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do Prontuário de Saúde da Família**. Belo Horizonte: SES/MG, 2008. 256 p.

MOSER, K.; PATNICK, J.; BERAL, V. Inequalities in reported use of breast and cervical screening in Great Britain: analysis of cross sectional survey data. **British medical journal**, London, v. 338, p. b2025, June 2009.

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.

NOBRE, J. C. A.; NETO, D. L. Avaliação de Indicadores de Rastreamento do Câncer do Colo do Útero no Amazonas, Norte do Brasil, de 2001 a 2005. **Revista brasileira de cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 3, p. 213-220, jul./ set. 2009.

NOVAES, C. O. **Acesso aos serviços de saúde por homens e mulheres idosos e fatores associados à utilização de mamografia em Juiz de Fora, Minas Gerais**. 2010. 189f. Tese (Doutorado em Saúde Pública e Meio-Ambiente)– Escola de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

OHLSSON, E. Sequential Poisson Sampling. **Journal of official statistics**, Stockholm, v. 14, n. 2, p. 149-162, 1998.

ONUJI, M. et al. Human papillomavirus infections among Japanese women: age-related prevalence and type-specific risk for cervical cancer. **Cancer science**, Tokyo, v. 100, n. 7, p. 1312-1316, July 2009.

PALÈNCIA, L. et al. Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. **International journal of epidemiology**, London, v. 39, n. 3, p. 757-765, June 2010.

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 967-974, out./dez. 2006.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 383-391, jun. 2005.

PARK, M. J. et al. Sociodemographic gradients in breast and cervical cancer screening in Korea: the Korean National Cancer Screening Survey (KNCSS) 2005-2009. **BMC Cancer**. London, v. 11, n. 257, June 2011.

PERRACINI, M. R.; FLÓ, C. M.; GUERRA, R. F. Funcionalidade e envelhecimento. In: PERRACINI, M. R.; FLÓ, C. M. **Fisioterapia: teoria e prática clínica**. funcionalidade e envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p.3-22.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, fev. 2003.

SASLOW, D. et al. American Cancer Society Guideline for the Early Detection of Cervical Neoplasia and Cancer. **CA: a cancer journal for clinicians**, New York, v. 52, n. 6, p. 342-362, Nov/Dec 2002.

SHIN, H. R. et al. Trends in cervical cancer mortality in Korea 1993-2002: corrected mortality using national death certification data and national cancer incidence data. **International journal of cancer**, Genève, v. 122, n. 2, p. 393-397, Jan 2008.

SILVA, K. C. et al. Risk factors associated with human papillomavirus infection in two populations from Rio de Janeiro, Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz (Impresso)**, Rio de Janeiro, v. 104, n. 6, p. 885-891, set. 2009.

SMITH, J. S. et al. Human papillomavirus type distribution in invasive cervical cancer and high-grade cervical lesions: a meta-analysis update. **International journal of cancer**, Genève, v. 121, n. 3, p. 621-632, Aug 2007.

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.

STRACCI, F. et al. Cancer mortality trends in the Umbria region of Italy 1978-2004: a joinpoint regression analysis. **BMC Cancer**, London, v. 7, n. 10, p. 1471-2407, Jan 2007.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20 p. 190-198, 2004. Suplemento 2.

UKRAINTSEVA, S. V.; YASHIN, A. I. **Economic progress as cancer risk factor II. Why is overall cancer risk higher in more developed countries?** Rostok: Max Planck Institute for Demographic Research, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. **Anuário Estatístico de Juiz de Fora – 2009**. Juiz de Fora: Centro de Pesquisas Sociais UFJF, 2009. Disponível em: <http://www.pjf.mg.gov.br/cidade/anuario_2009/index.html>. Acesso em: 25 set. 2011.

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, n. 2, p. 1193-1198, 2009. Número especial.

VALLE, E. A. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho do Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí.

Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 918-926, abr. 2009.

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.

VERAS, R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, out. 2007.

VICTORA, C. G. et al. The Role of Conceptual Frameworks in Epidemiological Analysis: A Hierarchical Approach. **International journal of epidemiology**, London, v.26, n.1, p.224-227, Feb. 1997.

WATSON, M. et al. Burden of Cervical Cancer in the United States, 1998-2003. **Cancer**, New York, v. 113, p. 2855-2864, Nov 2008. 10 Supplement.

WELCH, C.; MILLER, C. W.; JAMES, N. Sociodemographic and Health-Related Determinants of Breast and Cervical Cancer Screening Behavior, 2005 **Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing**, Philadelphia, v. 37, n. 1, p. 51-57, Jan/Feb 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Life Expectancy at Birth, 2008**. 2010.

Disponível em:

<http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_LifeExpectancy_2008.png>. Acesso em: 26 set. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **GLOBOCAN 2008**. c2010a. Disponível em:

<<http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>>. Acesso em: 26 set. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **GLOBOCAN 2008**. Cervical cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2008. c2010b. Disponível em:

<<http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>>. Acesso em: 22 fev. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Life Expectancy at Birth: 1990, 2000, 2009**.

Both sexes 2009. 2011. Disponível em:

<http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mbd/life_expectancy/atlas.html>. Acesso em: 17 set. 2011.

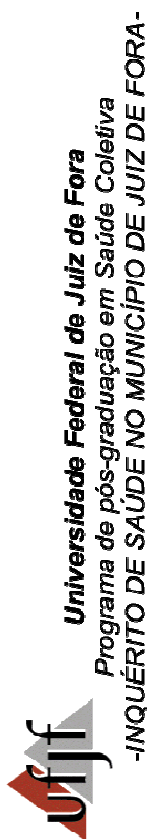
YASHIN, A. I. et al. Trade-off between cancer and aging: what role do other diseases play? Evidence from experimental and human population studies. **Mechanisms of ageing and development**, Lausanne, v. 130, n. 1-2, p. 98-104, Jan/Feb 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Tabela geral dos setores censitários

SetorCensitário	RegiãoUrbana_Bairro	SetorCensitário	DESCRICA	DOMICILIOS	pop_2anos	Pes_maiors_60anos	perc60anos	tiposerviço
313670205090028	15 / Esplanada	313670205090028	ESPLANADA	295	29	105	0,1106	4
313670205090038	16 / Monte Castelo	313670205090038	MONTE CASTELO	239	33	95	0,1126	2
313670205140014	4 / Santa Cruz	313670205140014	SANTA CRUZ	204	36	46	0,0571	2
313670205140002	4 / Santa Cruz	313670205140002	SANTA CRUZ	357	42	86	0,0679	2
313670205140012	4 / Santa Cruz	313670205140012	SANTA CRUZ	224	24	51	0,0623	2
313670205140005	4 / Santa Cruz	313670205140005	SÃO JUDAS TADEU	233	27	59	0,0664	2
313670205140026	5 / Nova Era	313670205140026		370	39	92	0,0711	1
313670205090016	6 / Barbosa Lage	313670205090016	JOQUEI CLUBE II	287	20	92	0,0933	2
313670205090014	6 / Barbosa Lage	313670205090014	JOQUEI CLUBE II	332	25	69	0,0582	2
313670205230012	6 / Barbosa Lage	313670205230012	JOQUEI CLUBE II	241	26	62	0,0719	2
313670205090025	9 / Jardim Natal	313670205090025	JARDIM NATAL	308	35	80	0,0777	2
313670205090023	9 / Jardim Natal	313670205090023	JARDIM NATAL	335	65	58	0,0445	2
313670205090026	9 / Jardim Natal	313670205090026	JARDIM NATAL	264	36	58	0,0615	2
313670205140023	3 / Benfica	313670205140023	POL. BENFICA / VILA ESPERANÇ	416	57	70	0,0499	3
313670205140020	3 / Benfica	313670205140020	POL. BENFICA / VILA ESPERANÇ	245	21	109	0,1279	3
313670205140022	3 / Benfica	313670205140022	POL. BENFICA / VILA ESPERANÇ	387	42	83	0,0607	3
313670205130006	3 / Benfica	313670205130006	POL. BENFICA / VILA ESPERANÇ	353	77	63	0,0456	3
313670205230014	13 / Cerâmica	313670205230014	INDUSTRIAL	250	14	113	0,1385	4
313670205090009	13 / Cerâmica	313670205090009	ESPLANADA	320	26	150	0,1408	4
313670205090042	16 / Monte Castelo	313670205090042	MONTE CASTELO	263	40	67	0,0642	2
313670205110005	2 / Represa	313670205110005		161	30	49	0,0728	1
313670205230018	17 / Fábrica	313670205230018		232	10	112	0,1497	1


APÊNDICE B – Planilha utilizada na contagem rápida



CONTAGEM RÁPIDA

ENTREVISTADOR: _____ DATA: ____ / ____ / ____ SETOR: _____
 BAIRRO: _____
 RUA: _____

Dom	nº	Situação	POSSUI NO DOMICÍLIO		RELATA EXISTÊNCIA NA VIZINHANÇA					
			≥60 a	≤2 a	3-18	-1 Domicílio		+1 Domicílio		
					≥60 a	≤2a	≥60 a	≤2a	≥60 a	≤2a.
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										



E S T O U A Q U I

SITUAÇÃO: R= recusou informar; NE= Não estava; C= Concordou em informar; NS= Não soube informar; - (Traço) = vazio, lote, fábrica, etc.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



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

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) como voluntário (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 voluntário 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 “INQUÉRITO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO DE JUIZ DE FORA” de



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

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 200 .

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 D – Roteiro de entrevista

- Leia com bastante atenção todas as informações contidas neste material
- As questões deverão ser respondidas, preferencialmente, pelo idoso (indivíduos com 60 anos ou mais de idade). Caso o mesmo apresente impossibilidade de compreensão e/ou resposta ao questionário, ou indicativo de comprometimento cognitivo apontado pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), as questões deverão ser respondidas pelo familiar ou cuidador do idoso (indivíduos com 18 anos ou mais de idade).
- Quem é considerado “cuidador”?
- Pessoas que cuidam dos que necessitam de supervisão ou assistência na doença ou incapacidade. Podem prover o cuidado no lar, no hospital ou em instituição. Embora cuidadores incluam pessoal médico, de enfermagem e de saúde treinados, o conceito também se refere aos pais, cônjuges ou outros membros da família, amigos, pessoas pertencentes a grupos religiosos e etc.
- As questões deverão ser preenchidas obrigatoriamente a caneta e deverão seguir rigorosamente a ordem em que estão dispostas.
- Há alguns quesitos investigados que estão dispostos na forma de tabela e que apresentam uma pontuação em virtude da soma obtida de cada alternativa. As questões investigadas dessa forma (questão 7 do questionário, Índice de Katz e Escala de Lawton e Brody) deverão ser somadas somente após o término de toda a entrevista. A única que será somada logo após a realização, é o MEEM.
- Todas as questões deverão ser reproduzidas pelo entrevistador da mesma forma como estão escritas.
- As informações prestadas pelos participantes da pesquisa deverão ser registradas exatamente como foram relatadas pelos entrevistados, evitando “traduzi-las” ou fazer o uso de subjetividade.
- Antes de iniciar a aplicação dos instrumentos, o pesquisador de campo deverá:
 - 1) Identificar-se;
 - 2) Explicar de forma clara quais os objetivos do estudo e a importância do mesmo para a verificação do cenário de saúde local.
 - 3) A entrevista só será realizada após a autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias. Uma ficará com o entrevistado e a outra com os pesquisadores. Serão assegurados aos indivíduos o esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa, o anonimato e a interrupção de sua participação no projeto a qualquer momento.
- O presente instrumento de coleta de dados é composto pelos seguintes elementos: MEEM, Questionário e escalas para a avaliação das atividades de vida diária, Escala de Katz e Escala de Lawton-Brody.

- **Com relação ao MEEM:**

- 1) As instruções de preenchimento e pontuação encontram-se detalhadas ao longo do mesmo.
- 2) No Kit de materiais para a coleta de dados há todo o material necessário para a pesquisa de campo, incluindo aqueles necessários pra a aplicação do MEEM: folhas em branco de papel ofício; folha de papel ofício com a frase “FECHE OS OLHOS”; caneta e relógio.
- 3) Fique bem atento ao escore do MEEM. Há um campo para ser preenchido o escore total, juntamente com a escolaridade do idoso e o indicativo (SIM ou NÃO) de comprometimento cognitivo.
- 4) Os pontos de corte sugestivos de comprometimento cognitivo estão expressos logo abaixo à escala.

Obs.: Nos casos em que os idosos apresentarem escore no MEEM inferior ao limite apontado (25 pontos para idosos com 4 anos ou mais de escolaridade; e 18 pontos para idosos com menos de 4 anos), deverá ser requerido outro respondente para as próximas questões.

- Se o entrevistado **não** for o idoso, deverão ser respondidas apenas as questões de 1 a 7, e de 17 a 19 do questionário.

- **Com relação ao questionário:**

- 1) A **questão 7** é referente ao nível socioeconômico segundos critérios da ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa). Há duas tabelas (posse de itens e grau de instrução do chefe da família) com as questões que devem ser investigadas.
 - Cada alternativa assinalada corresponde a uma pontuação, que no final serão somadas para determinar a classe econômica.
 - Na tabela “posse de itens”, deve ser questionada a posse e quantidade para cada item expresso na primeira coluna. De acordo com o item haverá uma pontuação correspondente, que não é necessariamente igual entre todos os itens. Exemplo: o indivíduo que possui 2 televisões em cores terá a pontuação 2. Já o que possuir 2 banheiros, terá 5 pontos.
 - No Kit de coleta de dados está incluído também o material disponibilizado pela ABEP, que traz informações e observações referentes ao procedimento de coleta de dados para essa classificação.

Descrição dos 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

- 2) A **questão 15** refere-se a medicamentos de uso contínuo, que devem ser entendidos como: medicamentos empregados no tratamento de doenças crônicas e/ou degenerativas, utilizados continuamente.
- 3) As **questões de 16 a 21** são relacionadas à ocorrência de quedas nos últimos 12 meses. De baixo da questão 15, há um quadro correspondente ao número de quedas ocorridos nos últimos 12 meses e as respostas para as questões de 16 a 21. Para cada queda deverão ser questionadas essas 6 perguntas (de 16 a 21) e preenchido nas colunas correspondentes o código numérico referente a resposta.
- 4) Na **questão 17** há um croqui do corpo humano. O idoso deverá ser indagado sobre o local anatômico da fratura, peça: “Aponte nesse desenho o local que o(a) Sr(a) sofreu fratura”. Em seguida marque com um “x” na coluna do lado a correspondência com o local anatômico apontado pelo idoso.
- 5) Para a **questão 19**, interprete os códigos numéricos da seguinte forma:
- (1) - **Não procurou serviço de saúde.**
 - (2) - **Serviço Público.** Qualquer serviço que pertença à rede SUS ou, caso não pertença ao SUS, seja mantido pelo poder público, exemplo: Hospital Universitário (HU). É importante enfatizar que os serviços *gratuitos* não necessariamente podem se encaixar nesta categoria.
 - (3) - **Serviço Privado Liberal.** Enquadram-se nesta categoria hospitais e clínicas, em cujo atendimento ocorreu o pagamento direto ao profissional.
 - (4) - **Serviço Privado Suplementar (Planos e Convênios).** Quando o atendimento ocorreu em hospitais e/ou clínicas privados, mas o pagamento foi coberto por algum tipo de plano de saúde, seguro ou convênio com empresas.
 - (5) - **Serviço Filantrópico.** Tipo de serviço em que não foi cobrado o atendimento e que pertence a entidades filantrópicas (igrejas, clubes, fundações, associações etc.). Inclui-se nesse item a Santa Casa de Misericórdia.
 - (6) - **Serviço Oferecido por Instituições de Ensino Superior Particular.** (SUPREMA, UNIPAC, Universo e Estácio de Sá).
 - (7) - **Outros.** Quando não é possível se enquadrar em nenhuma das categorias anteriores.
- (Adaptado de: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador / Secretaria Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.)
- 6) Para a **questão 21** interprete os códigos numéricos da seguinte forma:
- (1) - **Não foi ao fisioterapeuta.**
 - (2) - **Serviço Público.** Qualquer serviço que pertença à rede SUS ou, caso não pertença ao SUS, seja mantido pelo poder público (Exemplo, Fisiotrel, Fisiotrauma, Associação dos Hemofílicos, Clínica de Fisioterapia da Zona Norte – Benfica, Clínica do Nova Era e CAS/HU). É importante enfatizar que os serviços *gratuitos* não necessariamente podem se encaixar nesta categoria.
 - (3) - **Serviço Privado Liberal.** Enquadram-se nesta categoria consultórios e clínicas de fisioterapia, em cujo atendimento ocorreu o pagamento direto ao profissional.
 - (4) - **Serviço Privado Suplementar (Planos e Convênios).** Quando o atendimento ocorreu em clínicas e/ou consultórios de fisioterapia privados, mas o pagamento foi coberto por algum tipo de plano de saúde, seguro ou convênio com empresas.
 - (5) - **Serviço Filantrópico.** Tipo de serviço em que não foi cobrado o atendimento e que pertence a entidades filantrópicas (Fundação Amor, igrejas, clubes, fundações, associações etc.)
 - (6) - **Serviço Oferecido por Instituições de Ensino Superior Particular.** (SUPREMA, UNIPAC, Universo e Estácio de Sá).
 - (7) - **Outros.** Quando não é possível se enquadrar em nenhuma das categorias anteriores.

(Adaptado de: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador / Secretaria Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

- **Com relação à Escala de Katz:**

- 1) Há seis atividades expressas na primeira coluna, que deverão ser investigadas.
- 2) Para cada alternativa são apresentadas as alternativas “SIM” ou “NÃO”.
- 3) Cada “SIM” respondido equivale a 1 ponto. O escore total é obtido pela soma das respostas “SIM”.

- **Com relação à Escala de Lawton-Brody:**

- 1) Deve ser perguntado ao idoso se ele consegue executar as tarefas que estão expressas na primeira coluna, “atividades”.
- 2) Há ainda 3 colunas, que são as respostas possíveis. Marcar um “x” na coluna que representar a resposta do idoso.
- 3) Para obtenção do escore total soma-se a pontuação de todas as questões avaliadas.

APÊNDICE E – Informações sobre as 28 idosas excluídas

Tabela da distribuição das variáveis independentes entre as 28 idosas que não tiveram o desfecho de interesse respondido

Variáveis	n	%
<i>Idade</i>		
60-69 anos	5	17,8
70-79 anos	11	39,3
80 anos ou mais	11	39,3
Sem Informação	1	3,6
<i>Condição do respondente</i>		
Própria idosa	1	3,6
Proxy	26	92,8
Sem Informação	1	3,6
<i>Situação conjugal</i>		
Solteira	2	7,1
Casada/união estável	8	28,6
Viúva	15	53,6
Separada/divorciada	1	3,6
Sem Informação	2	7,1
<i>Arranjo domiciliar</i>		
Sozinha	0	0
Acompanhada	25	89,3
Sem Informação	3	10,7
<i>Anos completos de estudo</i>		
0 ano	12	42,9
1-3 anos	3	10,7
4-7 anos	11	39,3
8-10 anos	0	0
11 anos ou mais	0	0
Sem Informação	2	7,1
<i>Nível socioeconômico</i>		
Classe A	0	0
Classe B	2	7,1
Classe C	18	64,4
Classe D	6	21,4
Sem Informação	2	7,1

Continua

Variáveis	n	%
<i>Capacidade funcional para realização das ABVD's</i>		
Independência	1	3,6
Dependência moderada	0	0,0
Dependência importante	0	0,0
Sem Informação	27	96,4
<i>Capacidade funcional para realização das AIVD's</i>		
Independência	1	3,6
Dependência parcial	0	0,0
Sem Informação	27	96,4
<i>Presença de dificuldade para andar</i>		
Não	0	
Sim	1	3,6
Sem Informação	27	96,4
<i>Necessidade de ajuda para andar</i>		
Não	1	3,6
Ajuda humana	0	0,0
Bengalas ou muletas	0	0,0
Sem Informação	27	96,4
<i>Autopercepção do estado de saúde</i>		
Excelente	0	0,0
Muito bom	0	0,0
Bom	0	0,0
Regular	1	3,6
Ruim	0	0,0
Sem Informação	27	96,4
<i>Presença de problemas de saúde</i>		
Sim	1	3,6
Não	0	0,0
Sem Informação	27	96,4
<i>Problemas de saúde existentes</i>		
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0	0,0
Transtornos mentais, comportamentais, e doenças do sistema nervoso	0	0,0
Doenças do aparelho circulatório, do sistema circulatório + endócrino, circulatório+sistema osteomuscular, sistema circulatório+endócrino+sistema osteomuscular, sistema circulatório+neuro	0	0,0
Outros (neoplasias,doenças do ouvido, olho e anexos, do aparelho digestivo, do aparelho respiratório, do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, e outros)	1	3,6
Sem informação	27	96,4

Continua

Variáveis	n	%
<i>Exame das mamas realizado por profissional de saúde no último ano</i>		
Sim	0	0,0
Não	1	3,6
Não respondido	0	0,0
Não sei	0	0,0
Sem informação	27	96,4
<i>Realização do autoexame das mamas</i>		
Não faz	2	7,1
Faz, mas não tem frequência definida	0	0,0
Faz mensalmente ou com maior frequência	0	0,0
Faz duas vezes ao ano	0	0,0
Faz anualmente	0	0,0
Não sei/Não respondido	0	0,0
Sem informação	26	92,9
<i>Realização da mamografia</i>		
Sim	0	0,0
Não	1	3,6
Não respondido	0	0,0
Não sei	1	3,6
Sem informação	26	92,8



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
SAÚDE COLETIVA
PPsC - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

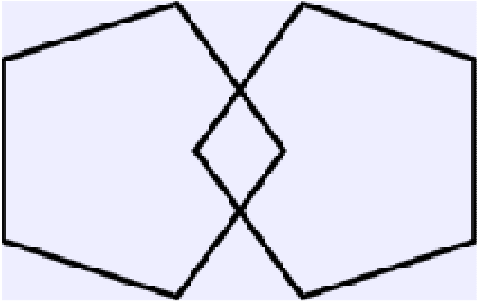
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Inquérito de Saúde no município de Juiz de Fora

PESQUISADOR DE CAMPO:	
BAIRRO:	SETOR:
DATA:	HORÁRIO:
ENDEREÇO DO ENTREVISTADO:	

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Marcar um "x" na coluna do "0" se a questão for incorreta e na coluna do "1" se a questão for correta. Comece formulando as duas questões seguintes: "Eu posso fazer algumas perguntas a respeito de sua memória?" "O(a) Sr(a) tem algum problema com sua memória?"

QUESTÕES		PONTUAÇÃO	
		Incorreta "0"	Correta "1"
ORIENTAÇÃO TEMPORAL	Qual o dia da semana?		
	Qual o dia do mês?		
	Em que mês nós estamos?		
	Qual o dia da semana?		
	Qual a hora aproximada?		
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Que Estado é esse?		
	Que cidade é essa?		
	Que bairro ou rua próxima nós estamos?		
	Que local é este aqui? (num sentido mais amplo, ex: própria casa, instituição, hospital.		
	Que local é esse? (local específico, ex: sala, quarto, consultório)		
MEMÓRIA IMEDIATA "Preste atenção. Eu vou dizer 3 palavras e a Sr (a) vai repeti-las quando eu terminar. As palavras são: COPO (pausa), MALA (pausa) e CARRO (pausa). Agora repita as palavras pra mim." Permita 5 tentativas, mas pontue apenas a primeira.	Copo		
	Mala		
	Carro		

ATENÇÃO E CÁLCULO “Agora eu gostaria que o (a) Sr (a) subtraísse 7 de 100 e do resultado subtraísse 7. Vamos fazer umas contas de subtração (pausa). Vamos começar: quanto é 100 menos 7?” Dê um ponto para cada acerto. Se não atingir o escore máximo, peça: “Soletre a palavra MUNDO de trás para frente”.	93		
	86		
	79		
	72		
	65		
	O _ D _ N _ U _ M Dê um ponto para cada letra na posição correta		
MEMÓRIA DE EVOCÇÃO Peça: “Quais foram as 3 palavras que eu pedi para que o(a) Sr (a) memorizasse?” Dê um ponto para cada acerto.	Copo		
	Mala		
	Carro		
LINGUAGEM Aponte 1 caneta e 1 relógio. Pergunte: “O que é isto?” (caneta) “O que é isto?” (relógio) Dê um ponto para cada acerto.	Relógio		
	Caneta		
REPETIR A FRASE Agora eu vou pedir para que o (a) Sr (a) repertir o que vou dizer. Certo? Repita: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”			
COMANDO DE ESTÁGIOS “Agora ouça com atenção porque eu vou pedir para o (a) Sr (a) fazer uma tarefa. (pausa). Preste atenção, pois eu só vou falar uma vez.” “Pegue este papel com a mão direita (pausa), com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez (pausa) e em seguida coloque-o no chão.”	Pegar com a mão direita		
	Dobrar no meio		
	Colocar no chão		
ESCREVER UMA FRASE COMPLETA “Por favor, escreva uma frase simples.” Alguma frase que tenha começo, meio e fim.			
LER E EXECUTAR “Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel”. (Mostre ao idoso a folha: FECHER OS OLHOS)			
COPIAR DIAGRAMA Peça: “Por favor, copie esse desenho”. Os pentágonos deverão ser copiados com interseção.			
			
ESCORE TOTAL Para obter o escore total some o total de pontos.			

Quantos anos o(a) Sr(a) estudou? _____ anos completos.

Pontuação mínima esperada para o MEEM:

- Idoso com 4 anos ou mais de escolaridade: 25 pontos
- Idoso com menos de 4 anos de escolaridade: 18 pontos
- Pontuações inferiores são sugestivas de comprometimento cognitivo.

Escore total do MEEM	Anos completos de escolaridade	Sugestivo de comprometimento cognitivo
	Se \geq 4, limite 25 pontos	() SIM
	Se $<$ 4, limite 18 pontos	() NÃO

Caso o idoso não apresente pontuação mínima, pedir ao cuidador ou familiar para responder o questionário abaixo.

QUESTIONÁRIO

- 1) CONDIÇÃO DE RESPONDENTE DO QUESTIONÁRIO:
 (1) - Próprio Idoso (2) - Outro Respondente

Caso a alternativa assinalada seja “Outro Respondente”, responder apenas as questões de 1 a 7 e de 17 a 19.

NÓS VAMOS COMEÇAR FALANDO DE QUESTÕES DE SUA VIDA SOCIAL E ECONÔMICA

2) QUAL A IDADE O(A) SR(A)? _____ anos completos

3) SEXO:
 (1) - Masculino (2) - Feminino

4) QUAL É A SUA SITUAÇÃO CONJUGAL?
 (1) - Casado
 (2) - Viúvo
 (3) - Separado e divorciado
 (4) - Solteiro
 (5) - Outros

5) COM QUEM O(A) SR(A) MORA?
 (1) - Reside só
 (2) - Reside acompanhado

6) QUANTOS ANOS O(A) SR(A) ESTUDOU? _____ anos completos

7) NÍVEL SOCIOECONOMICO (CRITÉRIOS DA ABEP):

POSSE DE ITENS

Deve ser questionada a posse e quantidade para cada item expresso na primeira coluna. De acordo com o item haverá uma pontuação correspondente. Exemplo:

Descrição dos 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 DA FAMÍLIA

Deverá ser assinalado com um "x" na última coluna a alternativa que responder a essa questão. Há uma correspondência entre as duas primeira colunas com relação ao tempo de escolaridade do chefe da família.

Analfabeto / Primário Incompleto	Analfabeto / Até 3 ^a . Série Fundamental	0
Primário Completo / Ginásial Incompleto	Até 4 ^a . 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 DO 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

NÓS VAMOS FALAR AGORA DE QUESTÕES REFERENTES À SUA SAÚDE

8) O (A) SR(A) CLASSIFICARIA SEU ESTADO DE SAÚDE, COMO:

- (1) - Excelente
- (2) - Muito bom
- (3) - Bom
- (4) - Regular
- (5) - Ruim

9) O (A) SR(A) TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE?

- (1) - Sim
- (2) - Não

Caso positivo, qual? _____

10) O (A) SR(A) CLASSIFICARIA SUA VISÃO, COMO:

- (1) - Excelente
- (2) - Muito boa
- (3) - Boa
- (4) - Regular
- (5) - Ruim

11) O (A) SR(A) CLASSIFICARIA SUA AUDIÇÃO, COMO:

- (1) - Excelente
- (2) - Muito boa
- (3) - Boa
- (4) - Regular
- (5) - Ruim

12) TEM ALGUMA DIFICULDADE PARA ANDAR?

- (1) - Sim
- (2) - Não

13) NECESSITA DE AJUDA PARA LOCOMOÇÃO?

- (1) - Não
- (2) - Auxílio de ajuda humana
- (3) - Bengalas ou muletas
- (4) - Andador
- (5) - Cadeira de rodas
- (6) - Mais de uma opção

14) USA ALGUM MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO?

- (1) - Sim
- (2) - Não

Caso positivo, quantos? _____

NÓS VAMOS FALAR AGORA DE QUESTÕES REFERENTES A QUEDAS
--

15) NO ÚLTIMO ANO, O(A) SENHOR(A) CAIU ALGUMA VEZ?

(1) - Sim

(2) - Não

Quantas vezes? _____

Para os que responderam “Não” vá direto para a aplicação do Índice de Katz e a Escala de Lawton-Brody.

NÚMERO DE QUEDAS	QUESTÃO 16	QUESTÃO 17	QUESTÃO 18	QUESTÃO 19	QUESTÃO 20	QUESTÃO 21
01						
02						
03						
04						
05						

16) ONDE CAIU?

(1) - Em casa

(2) - Na rua

(3) - Em outro lugar

17) SOFREU ALGUMA FRATURA EM CONSEQÜÊNCIA DESSA QUEDA?

(1) - Não

(2) - Face

(3) - Pescoço

(4) - Tronco (costelas e vértebras)

(5) - Braço

(6) - Antebraço (rádio e ulna)

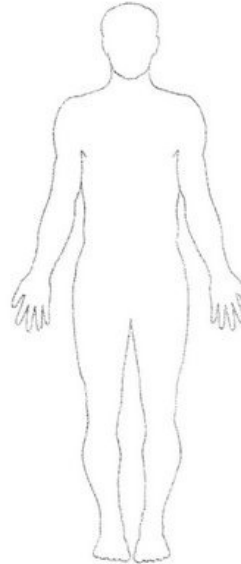
(7) - Mãos

(8) - Quadril

(9) - Fêmur

(10) - Perna

(11) - Pé



18) EM CONSEQÜÊNCIA DESSA A FRATURA, NECESSITOU DE HOSPITALIZAÇÃO?

(1) - Sim

(2) - Não

19) QUAL O TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE PROCURADO?

(1) - Não procurou serviço de saúde.

(2) - Serviço Público.

(3) - Serviço Privado Liberal.

(4) - Serviço Privado Suplementar (Planos e Convênios).

(5) - Serviço Filantrópico.

(6) - Serviço Oferecido por Instituições de Ensino Superior Particular.

(7) - Outros.

- 20) FOI SUBMETIDO Á TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO?
(1) - Sim (2) - Não
- 21) QUAL O TIPO DE SERVIÇO DE FISIOTERAPIA UTILIZADO?
(1) - Não foi ao fisioterapeuta.
(2) - Serviço Público.
(3) - Serviço Privado Liberal.
(4) - Serviço Privado Suplementar (Planos e Convênios).
(5) - Serviço Filantrópico.
(6) - Serviço Oferecido por Instituições de Ensino Superior Particular.
(7) - Outros.
- 22) INDEPENDENTE DESSA QUEDA, ANTES O SR(A) TEVE ALGUMA OUTRA FRATURA?
(1) - Sim (2) - Não
- 23) O (A) SENHOR(A), RECEBEU ALGUMA ORIENTAÇÃO SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS?
(1) - Sim (2) - Não

NÓS VAMOS FALAR AGORA DE QUESTÕES RELACIONADAS À SUA HABILIDADE PARA EXECUTAR ALGUMAS ATIVIDADES

ESCALA DE KATZ MODIFICADA (KATZ et al, 1970)

ATIVIDADE	INDEPENDENTE	SIM	NÃO
1) Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo		
2) Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem nenhuma ajuda, exceto para amarrar os sapatos.		
3) Higiene Pessoal	Vai ao banho, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).		
4) Transferência	Consegue deitar-se na cama, sentar na cadeira e levantar-se sem ajuda. Equipamentos mecânicos são aceitáveis		
5) Continência	Controla completamente a eliminação de urina e fezes.		
6) Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão).		

Total de pontos:	() INDEPENDENTE 6 e 5 pontos	() DEPENDÊNCIA MODERADA 4 e 3 pontos	() DEPENDÊNCIA IMPORTANTE 2 a 0 pontos
-------------------------	-------------------------------------	---	---

ESCALA DE LAWTON E BRODY (LAWTON; BRODY, 1969)

ATIVIDADES	RESPOSTA		
	Sem ajuda (3 pontos)	Com ajuda parcial (2 pontos)	Não consegue (1 ponto)
O Sr. (a) consegue:			
1) Usar o telefone?			
2) Fazer compras?			
3) Cuidar de suas finanças?			
4) Preparar suas próprias refeições?			
5) Arrumar a casa?			
6) Fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?			
7) Lavar, passar roupa?			
8) Tomar os seus remédios na dose certa e horário correto?			
9) Sair de casa sozinho, para lugares mais distantes, usando algum transporte sem necessidade de planejamento especial?			

As questões 4 e 5 podem sofrer variações conforme o sexo, podendo ser adaptadas como “cuidar do jardim” ou “subir escadas”.

Total de pontos:	() INDEPENDÊNCIA 27 a 19 pontos	() DEPENDÊNCIA PARCIAL 18 a 10 pontos	() DEPENDÊNCIA IMPORTANTE Abaixo de 9 pontos
-------------------------	--	--	---

APENAS PARA AS MULHERES

PARA ENCERRAR, GOSTARÍAMOS DE FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE ALGUNS EXAMES PREVENTIVOS

O TESTE DO PAPANICOLAOU É UM TESTE PREVENTIVO, NO QUAL SE COLHE UM MATERIAL DO COLO DE ÚTERO PARA ANÁLISE DE LABORATÓRIO

A) A senhora fez este exame alguma vez?

- (1) Não
- (2) Sim
- (8) Não respondido
- (9) Não sei

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
- (4) Há mais de 3 anos
- (5) Nunca fez
- (9) Não sei/ Não respondido

C) Em que serviço de saúde foi solicitado o exame?

- (1) Unidade primária de Saúde (posto ou centro de saúde)
- (2) Consultório/Ambulatório
- (3) Hospital
- (4) Outro,
especifique: _____
- (9) Não sei/ Não respondido

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) Não sei/ Não respondido

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: _____

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?</p> <p>(1) Não</p> <p>(2) Sim</p> <p>(8) Não respondido</p> <p>(9) Não sei</p>	<p>G) Em que serviço de saúde fez o exame?</p> <p>(1) Unidade Básica de Saúde (posto ou centro de saúde)</p> <p>(2) Consultório/Ambulatório</p> <p>(3) Hospital</p> <p>(4) _____ Outro,</p> <p>especifique: _____</p> <p>(9) Não sei/ Não respondido</p>
<p>H) Esse serviço de saúde é:</p> <p>(1) SUS</p> <p>(2) Previdência Governamental (Estado/Município)</p> <p>(3) Privado (planos e convênios)</p> <p>(4) Particular (pagou pelo serviço sem reembolso)</p> <p>(5) Outro, especifique: _____</p> <p>(9) Não sei/ Não respondido</p>	
<p>I) A senhora mesma faz a palpação de seus seios procurando nódulos/ caroços? Com que frequência?</p> <p>(1) Não faz</p> <p>(2) Faz, mas não tem frequência definida</p> <p>(3) Faz mensalmente ou com maior frequência</p> <p>(4) Faz duas vezes ao ano</p> <p>(5) Faz anualmente</p> <p>(9) Não sei/ Não respondido</p>	

A MAMOGRAFIA É UM EXAME EM QUE AS MULHERES FAZEM UM RAIOS X COMPRIMINDO AS MAMAS PARA DETECTAR ALTERAÇÕES	
<p>J) A senhora fez este exame alguma vez?</p> <p>(1) Não</p> <p>(2) Sim</p> <p>(8) Não respondido</p> <p>(9) Não sei</p>	<p>K) Quando foi a última vez?</p> <p>(1) Há menos de um 1 ano</p> <p>(2) Há 1 a 2 anos incompletos</p> <p>(3) Há 2 a 3 anos incompletos</p> <p>(4) Há mais de 3 anos</p> <p>(5) Nunca fez</p> <p>(9) Não sei/ Não respondido</p>
<p>L) Em que serviço de saúde foi solicitado o exame?</p> <p>(1) Consultório/Ambulatório</p> <p>(2) Hospital</p> <p>(3) Outro, especifique: _____</p> <p>(9) Não sei/ Não respondido</p>	
<p>M) Esse serviço de saúde é:</p> <p>(1) SUS</p> <p>(2) Previdência Governamental (Estado/Município)</p> <p>(3) Privado (planos e convênios)</p> <p>(4) Particular (pagou pelo serviço sem reembolso)</p> <p>(5) Outro, especifique: _____</p> <p>(9) Não sei/ Não respondido</p>	

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Aprovação 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 – Mapa da cidade de Juiz de Fora

Fonte: Juiz de Fora (2009?).

ANEXO C – Critério de Classificação Econômica Brasil



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 3 ^a . Série Fundamental	0
Primário completo / Ginasial incompleto	Até 4 ^a . Série Fundamental	1
Ginasial 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 definições 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%

ANEXO D – Comprovante de submissão do artigo *Utilização do exame preventivo de Papanicolaou entre as mulheres idosas no interior do Brasil: estudo de base populacional* à Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

[RBGO] Agradecimento pela Submissão

Voltar para mensagens |  

 Jurandyr Moreira de Andrade [Adicionar a contatos](#)
Para monica marzullo

27/03/2012 
[Responder](#) 

 Sempre mostrar conteúdo para suporte.aplicacao@scielo.org

monica marzullo,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Utilização do Exame Preventivo de Papanicolaou entre mulheres idosas no interior do Brasil: estudo de Base Populacional" para Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URI do Manuscrito:

<http://submission.scielo.br/index.php/rbgo/author/submission/86460>

Login: monicemarzullo

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Jurandyr Moreira de Andrade
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
<http://submission.scielo.br/index.php/rbgo>