

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

DANIELA FALEIROS DE PAIVA

Hábitos de vida e a realização de exames de rastreamento para os cânceres de mama, colo de útero e colorretal em usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em um município de médio porte.

Ribeirão Preto - SP

2018

DANIELA FALEIROS DE PAIVA

Hábitos de vida e a realização de exames de rastreamento para os cânceres de mama, colo de útero e colorretal em usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em um município de médio porte.

Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Aluna: Daniela Faleiros de Paiva

Orientador: Prof. Dr. Anderson Soares da Silva

Ribeirão Preto - SP

2018

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
da Universidade de São Paulo

De Paiva, Daniela Faleiros

Hábitos de vida e a realização de exames de rastreamento para os cânceres de mama, colo de útero e colorretal em usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em um município de médio porte.

p. 101. : il. + 1CD

Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-graduação em Saúde na Comunidade, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

CDs : 1

Versão original

1. Programas de rastreamento. 2. Câncer. 3. Estilo de vida. 4. Atenção básica. 5. Sistema Único de Saúde. I. Silva, Anderson Soares. II. Título.

Nome: De Paiva, Daniela Faleiros

Título: Hábitos de vida e a realização de exames de rastreamento para os cânceres de mama, colo de útero e colorretal em usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em um município de médio porte.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde (Saúde na Comunidade)

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

À minha família: minha base, meu exemplo de vida,
minha alegria e amor incondicional.
À memória de Claudio Gumerato e Maria Fernandes Berbel Gumerato pelo
exemplo de amor, união e carinho.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Anderson Soares da Silva, pelo apoio, carinho, paciência e cumplicidade na realização deste trabalho.

À Prof. Dr. Luane Marques Mello pelo apoio e sugestões neste trabalho.

Ao Prof. Dr. Edson Zangiacomi Martinez, pelo carinho e sugestões, e por mostrar que estatística não são apenas números e sim vivências inimagináveis das diversas possibilidades da vida.

À Prof. Dr. Regina Yoneko Dakuzaku Carreta pelo acolhimento e carinho nos momentos difíceis.

À Prof. Ms. Marina Leandrini pelo apoio, incentivo e orientação para a realização do mestrado.

À minha amiga e companheira de coleta de dados Kenia Andreza Martins de Carvalho, muito obrigada pela paciência e cumplicidade, seu apoio foi fundamental para a realização deste trabalho.

Aos meus queridos amigos e companheiros de jornada Daniela Borim, Mariana Balbi, Carla Silva, Rinaldo Eduardo Oliveira, Hélio Porto, Guilherme Cantante, Tatiana Icuma, Tatiana Balaniuc, pelo carinho, apoio, cumplicidade, hombridade e lealdade, sem vocês tudo isso não seria possível.

Ao meu irmão Ulysses de Paiva Faleiros Neto pelo amor, carinho e orientações, você é motivo de inspiração.

Aos meus pais Marilene Gumerato de Oliveira e Daniel Roberto Silveira de Paiva por acreditarem nos meus sonhos e confiança para deixar eu velejar em outros (m)ares, vocês são combustíveis em minha vida, me dão força, amo e admiro vocês.

À minha avó Ida Maria pelo amor, carinho e bolinhos de chuva que adoçavam os períodos amargos.

À minha avó Maria de Lourdes, avô Ulysses de Paiva e Sra. Vilma, pelo café que aquecia o coração.

Ao Marcelo Cavalini Cosac e à família Cosac por acreditarem em meu sonho, pelo apoio, carinho, atenção, respeito e amor dedicado, obrigada.

“Occupational Therapist's (OT's) role in improving integrated services at Public Health Promotion (PHP) level needs to include community programmes to address substance abuse and educational challenges, teaching life skills, assisting with constructive leisure and social programmes and possibly providing support in learning where there is poor support for learning due to the context of the community.”

Deshini Naidoo, Occupational Therapists (2016).

RESUMO

DE PAIVA, DF. Hábitos de vida e a realização de exames de rastreamento para os cânceres de mama, colo de útero e colorretal em usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em um município de médio porte [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2018.

Introdução: O câncer compõe a lista das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sendo considerado um dos maiores problemas de saúde mundial por sua alta taxa de mortalidade; é responsável, ainda, pela segunda maior causa de mortes no Brasil. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), essa enfermidade provoca comorbidades, como: a diminuição da qualidade de vida com alto grau de limitação e incapacidade, além de gerar impactos econômicos significativos para a sociedade. O enfoque no rastreamento e vigilância das DCNT é um recurso de cunho preventivo e tem como objetivo sua detecção precoce, selecionando o indivíduo, mesmo que assintomático, a ser submetido a métodos mais específicos e de maior complexidade, notadamente para o câncer de mama, colo de útero e colorretal.

Objetivos: Investigar a realização de exames preventivos para a detecção precoce dos cânceres de mama, colo de útero e colorretal, por usuários do Sistema Único de Saúde do município de Ribeirão Preto – São Paulo, além de explorar hábitos de vida e DCNT da população estudada.

Material e Métodos: Foi utilizado um instrumento criado pelos pesquisadores contendo 125 questões acerca das condições socioeconômicas, hábitos de vida e rastreamento dos cânceres de mama, colo de útero e colorretal nos cinco distritos sanitários de Ribeirão Preto – São Paulo. As associações entre DCNT, hábitos de vida, condições socioeconômicas e frequência de rastreamento foram analisadas quantitativamente pelos testes Qui-Quadrado e Fisher, considerando o valor de significância p menor do que 0,05.

Resultados: Foi observado alta taxa de adesão aos exames de rastreamento para câncer de mama, útero e colorretal em primeira instância. Contudo, foi observado que grande parte dos participantes que realizaram os exames não se encontravam dentro da faixa etária e/ou grupo de risco como o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). Em segunda instância, foi observada uma baixa taxa de adesão em um momento posterior, principalmente ao rastreamento de PSOF para o câncer de colorretal.

Conclusões: O estudo foi capaz de identificar que os exames de rastreamento estão sendo realizados de forma desordenada e em indivíduos com idades não preconizadas para a realização dos exames. Os custos para o sistema são altos, tanto pelos procedimentos realizados indiscriminadamente, quanto pelos casos em que não são realizados, prejudicando pacientes que se encontram com a doença já em estágios avançados. Sugere-se um estudo na atenção básica dos profissionais de saúde acerca dos exames preventivos para DCNT, principalmente em relação aos exames de rastreamento para câncer.

Palavras-chave: Programas de rastreamento. Câncer. Estilo de vida. Atenção básica. Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

DE PAIVA, DF. Life habits and screening tests for breast, cervical and colorectal cancers for Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) patients, in a mid-sized city [Essay]. Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo; 2018.

Introduction: Cancer is listed among the non-communicable diseases (NCD) group, it is considered one of the world's major health issues due to its high mortality rates and is the second largest cause of death in Brazil, according to the National Cancer Institute (Instituto Nacional do Câncer - INCA). It causes comorbidities such as: diminishing quality of life associated with high degrees of limitation and disability, in addition to significant economical impacts for society. The focus on screening and surveillance is a preventive initiative, its goal the early detection of NCDs, selecting the individual, asymptomatic even, to be subjected to more particular and complex methods, specifically focused on breast, cervical and colorectal cancers.

Goals: To inquire on the frequency of preventive screening tests for early detection of breast, cervical and colorectal cancers for Unified Health System patients, in Ribeirão Preto – São Paulo, and to explore life habits and NCDs on the subject population.

Material & Methods: A researcher devised tool was used, consisting of 125 questions concerning socioeconomical status, life habits and breast, cervical and colorectal cancer screening, aimed at the five sanitary districts of Ribeirão Preto – São Paulo. The correlations between NCDs. Life habits, socioeconomical status and screening frequency were quantitatively analyzed by Qui-Square and Fisher tests, considering a significance level p lower than 0,05.

Results: It was observed on the first instance a high adherence rate to the breast, cervical and colorectal cancer screening tests, however it was also noticed that a considerable share of the test subjects interviewed were not within the age and/or risk group as advised by the Health Ministry (Ministério da Saúde – MS). On the second instance, it was observed a low adherence rate, mainly regarding the FOBT screening for colorectal cancer.

Conclusions: The study was able to identify that the screening tests are conducted in a disorderly fashion and in individuals whose ages are unadvised for the referred tests. The associated costs for the system are elevated, as much due to the indiscriminate conduct, as due to the lack of conduct, in such cases as when the disease is in its advanced stages. It is suggested a basic attention study about the knowledge of health professionals regarding preventive NCDs screening tests, mainly considering cancer screening tests.

Keywords: Screening programs. Cancer. Lifestyle. Basic Attention. Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS)

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gráfico 1. Fração Atribuível dos Principais Fatores de Risco de Câncer no Brasil, 2016.....	18
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios para um programa de rastreamento, 2010.....	21
Quadro 2 – Recomendações para a detecção dos cânceres mais prevalentes.....	21
Quadro 3 – Critérios de classificação econômica no Brasil, 2015 - ABEP.....	31
Quadro 4 – Amostra de desistências e recusas por unidades de saúde elencadas para a pesquisa	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estimativa dos tipos de câncer incidentes para cada sexo em 2016.....	19
Tabela 2 – Unidades de Saúde Estratificadas para Coleta de Dados.....	28
Tabela 3 – Características gerais da amostra (n=1054). Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.....	36
Tabela 4 – Condição de saúde e fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.....	37
Tabela 5 – Diagnóstico autorreferido de DCNT nos indivíduos entrevistados. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.....	39
Tabela 6 – Realização de mamografia segundo a faixa etária em anos. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.....	40
Tabela 7 - Data da última mamografia realizada, em anos, segundo a faixa etária das pacientes entrevistadas. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.....	40
Tabela 8 – Mulheres de 50 a 69 anos e de baixo risco para o desenvolvimento do câncer de mama que realizaram mamografia em um período inferior a dois anos da entrevista. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.....	41
Tabela 9 – Mulheres de 40 a 49 anos e de baixo risco para o desenvolvimento do câncer de mama que realizaram mamografia em um período inferior a dois anos da entrevista. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.....	41
Tabela 10 – Mulheres de 30 anos ou mais com alto risco para o desenvolvimento do câncer de mama que realizaram mamografia em um período inferior a um ano da entrevista. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.....	42
Tabela 11 – Associação de variáveis com a realização do rastreamento adequado em mulheres de 50 a 69 anos.....	43
Tabela 12 – Realização do exame de Papanicolau segundo a faixa etária em anos. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.....	46
Tabela 13 – Último exame de Papanicolau realizado, em anos, segundo a faixa etária das pacientes entrevistadas. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.....	46
Tabela 14 – Último exame de Papanicolau realizado, em anos, segundo a faixa etária preconizada pelo MS para o rastreamento do câncer de colo de útero. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.....	47

Tabela 15 – Associação de variáveis com a realização do rastreamento adequado em mulheres de 25 a 64 anos.....	47
Tabela 16 – Realização da Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes segundo a faixa etária em anos. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017	50
Tabela 17 – Último exame de Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes realizado, em anos, segundo a faixa etária dos entrevistados. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.....	50
Tabela 18 – Último exame de Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes realizado, em anos, segundo os indivíduos de baixo risco para o desenvolvimento do câncer de colorretal. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.....	51
Tabela 19 – Último exame de Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes realizado, em anos, segundo os indivíduos acima de 40 anos que possuíam alto risco* para o desenvolvimento do câncer de colorretal. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017	51
Tabela 20 – Associação de variáveis com a realização do rastreamento adequado em indivíduos de 50 a 75 anos	52

LISTA DE ABREVIATURAS

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DRS - Distrito Regional de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

MS - Ministério da Saúde

INCA – Instituto Nacional de Câncer

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

USF- Unidades de Saúde da Família

UBS - Unidades Básicas de Saúde e

UBDS - Unidades Básicas Distritais de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

FMRP-USP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

HCFMRP-USP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

ABEP – Critérios de Classificação Econômica Brasil

IPAQ – Questionário Internacional de Atividade Física

AUDIT-C – Questionário do Uso do Alcool

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer de Mama

SISCOLO - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

ESF – Estratégia Saúde da Família

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

SBM - Sociedade Brasileira de Mastologia

FBAGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

PSOF - Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes

IPVS - Índice Paulista de Vulnerabilidade Social

SEADE- Sistema Estadual de Análise de Dados

SUMÁRIO

1. Introdução	16
1.1. Câncer.....	17
1.2. Rastreamento	20
1.3. Câncer na Região Sudeste	22
1.3.1. Câncer de Mama.....	22
1.3.2. Câncer de Colo de Útero	23
1.3.3. Câncer de Colorretal.....	23
1.4. Impacto Social	24
2. Justificativa	25
3. Objetivos	26
3.1. Objetivos Gerais	26
3.2. Objetivos Específicos	26
4. Material e Métodos	27
4.1. Delineamento do Estudo.....	27
4.2. Local de Estudo	27
4.3. População de Referência	28
4.4. Casuística.....	29
4.5. Critérios de Inclusão.....	29
4.6. Critérios de Exclusão.....	29
4.7. Instrumento de Coleta de Dados.....	29
4.7.1. Critérios de Classificação Econômica Brasil, 2015 - ABEP	30
4.7.2. Questionário Internacional de Atividade Física - IPAQ.....	31
4.7.3. Questionário do Uso do Álcool, AUDIT-C.....	32
4.8. Período do Estudo.....	33
4.9. Aspectos Éticos	33
4.10. Análise dos Dados	33
5. Resultados	35
5.1. Características da População	36
5.2. Rastreamento do Câncer de Mama.....	40
5.3. Rastreamento do Câncer de Colo do Útero	46
5.4. Rastreamento do Câncer de Colorretal.....	50
6. Discussão	54
6.1. Câncer de Mama.....	55
6.2. Câncer de Útero.....	57
6.3. Câncer Colorretal.....	59
6.4. Considerações Sobre o Rastreamento dos Três Tipos de Cânceres	60
7. Conclusão	62
8. Bibliografia	63
10. Apêndices	72
Apêndice A – Questionário Elaborado Pelos Pesquisadores.....	72

Apêndice B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)	85
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)	88
11. Anexos	90
Anexo A – Metodologia do Projeto Geral: “Prevalência de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Município de Ribeirão Preto”	90

1. INTRODUÇÃO

Desde a década de 60, a população brasileira passou por transições demográficas, epidemiológicas e nutricionais que, ao longo de anos, repercutiram nos perfis das doenças presentes na população, resultando em alterações patológicas significativas, sendo elas mais evidentes nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais são responsáveis por 74% da mortalidade no país, representadas numericamente por 978.000 mortes no Brasil no ano de 2015 (1,2). Esse grupo de doenças ocupa atualmente a primeira posição nas estatísticas de morbidade e mortalidade mundial e são representadas, principalmente, pelas doenças cardíacas, acidente vascular encefálico, câncer, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas (1-4). Estas acometem com maior frequência a população adulta e idosa, em especial a população de média e baixa renda, que possui significativa dificuldade em acessar as redes de assistência à saúde (mormente à rede de cuidados preventivos) (5,6). Os principais motivos do aumento significativo das DCNT são relativos a fatores: ambientais (exposição à radiação, poluição e outros fatores associados à globalização e urbanização aceleradas), endógenos (obesidade, metabolismo, má alimentação, uso excessivo de álcool e tabaco, alterações hormonais, morbididades referidas) e herança genética (carga genética da doença presente na família) (7).

A partir do século XXI, surgiram alguns programas que destinaram maiores cuidados na atenção básica em saúde. Há evidências de que determinados tipos de cuidado com a saúde, principalmente ao considerar a atenção básica, reduzem as taxas de morbidade, progressão da doença em estágios avançados, custos reduzidos em saúde, maior efetividade e adesão do usuário em relação a melhores hábitos de vida, assim como maior assistência às famílias e à comunidade (8,9). No mesmo período que houve a ascensão da atenção básica no Brasil, foi observada a redução de aproximadamente 20% da mortalidade por doenças no aparelho circulatório e doenças respiratórias crônicas na última década; entretanto, as taxas de morbidade e mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período (10-12). Considerando que as estratégias de prevenção e detecção precoce de DCNT pode ser uma importante ferramenta de controle, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022, o qual elencou os fatores de risco mais comuns entre as DCNT e desenvolveu metas e ações que atuam na atenção básica para reduzir a taxa de morbidade e mortalidade (12), sendo estas:

Política Nacional de Promoção da Saúde: Prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool, com transferência de recursos a estados e municípios para a implantação dessas ações de uma forma intersetorial e integrada (12).

Atividade Física: O programa academia da saúde, objetiva promover saúde por meio de atividade física. A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS apoia e financia programas de atividade física, como: Grupos de caminhada, alongamento, yoga e outros. Essas atividades são desenvolvidas pelo município e equipe de profissionais que atuam na atenção básica em saúde (12).

Expansão da Atenção Básica: Abrangência de cuidado à saúde em territórios previamente definidos, que objetivam ações de promoção em saúde, bem como a vigilância, prevenção, assistência, além de acompanhamento longitudinal da população residente em um distrito de saúde, sendo fundamental para a promoção de saúde e prevenção de doenças (12).

Tabaco: A política antitabaco é de grande relevância, pois reflete no declínio da prevalência das DCNT. Destacam-se as ações regulatórias, como a proibição de propagandas de cigarros, advertências sobre o risco do uso do tabaco com imagens em suas caixas, proibição do uso do tabaco em locais fechados, cobertos e/ou públicos (12).

Alimentação: Divulgação de programas e informações voltadas à alimentação saudável na rede de atenção básica em saúde, incentivo ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável tem sido uma importante iniciativa do MS, ao lado de mensagens claras encontradas no Guia Alimentar para a População Brasileira. O Brasil também se destaca na regulamentação da rotulagem dos alimentos. Conjuntamente, foram realizados acordos com a indústria para a redução do teor das gorduras *trans* e, recentemente, novos acordos voluntários de metas de redução de sal em 10% ao ano em alimentos industrializados (12).

Distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes: Expansão da atenção farmacêutica e da distribuição gratuita de 11 medicamentos para hipertensão e diabetes. Em março de 2011, o programa Farmácia Popular passou a ofertar medicamentos gratuitos para hipertensão e diabetes em mais de 17.500 farmácias privadas credenciadas. Essa medida ampliou o acesso e foram atendidos, até julho de 2011, 2,1 milhões de hipertensos e 788 mil diabéticos, representando um aumento de 194%, comparado com janeiro do mesmo ano (12).

Ampliação de exames preventivos para os cânceres da mama e do colo do útero: Houve aumento na cobertura do exame preventivo de câncer de mama, mamografia e

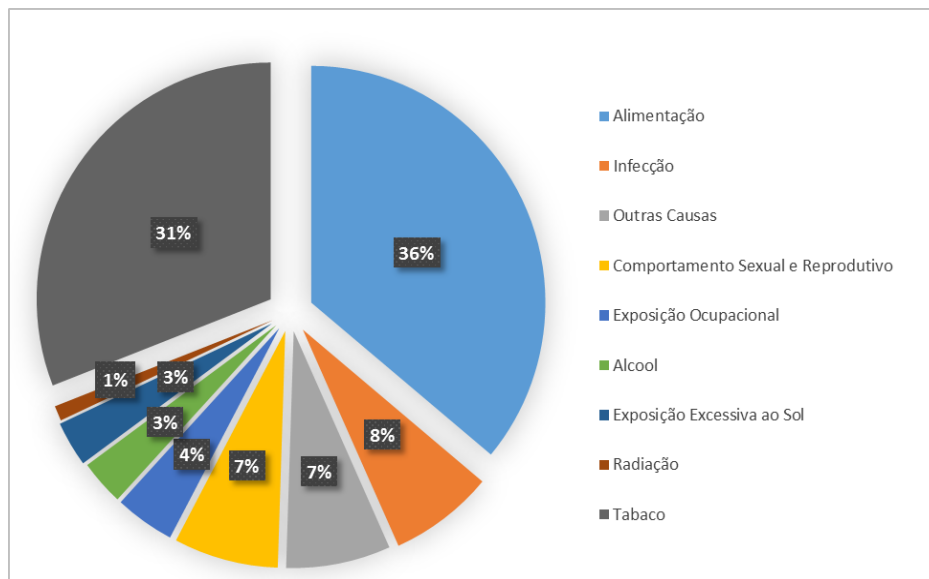
aumento na cobertura de exame preventivo para câncer do colo do útero nos últimos anos, porém ainda persistem desigualdades em relação à escolaridade e região que precisam ser superadas (12).

Considera-se relevante pontuar que as medidas desenvolvidas pelo MS se concretizam com a adesão e mobilização da sociedade, reforçando os debates de educação em saúde e a anuência da população em participar dos grupos existentes no sistema de saúde (1,13-16).

1.1. Câncer

O câncer compõe a lista das DCNT, sendo considerado um dos maiores problemas de saúde mundial por sua alta taxa de mortalidade: em 2012, atingiu cerca de 8,2 milhões de pessoas no mundo. Estima-se que em 2030 cerca de 22 milhões de pessoas sejam diagnosticadas com câncer e são esperadas 12,6 milhões de mortes por câncer no mundo. Câncer é a segunda maior causa de mortes no Brasil e, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), provoca comorbidades, como: a diminuição da qualidade de vida com alto grau de limitação e incapacidade, além de gerar impactos econômicos significativos para a sociedade (2, 3, 15, 17). Câncer, é um nome difuso atribuído a um conjunto de mais de cem doenças, sendo estas caracterizadas pelo aumento disseminado e desordenado de células anômalas, que podem espalhar-se por órgãos e tecidos, atingindo com facilidade outras regiões do corpo, sendo nocivas sem o tratamento adequado (15,18). Os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer estão ligados aos hábitos populacionais, sendo evidenciado no gráfico a baixo (GRAFICO 1).

Gráfico 1 - Fração Atribuível dos Principais Fatores de Risco de Câncer no Brasil, 2016.



Fonte: Brasil, 2016

No Brasil, estima-se que no ano de 2016 houve aproximadamente 596.070 mil novos casos de câncer (incluindo os de pele não melanoma), atingindo 49,5% homens e 50,5% mulheres (15).

Tabela 1 - Estimativa dos tipos de câncer incidentes para cada sexo, 2016.

Tipo de Câncer	Ocorrência em Homens	Ocorrência em Mulheres	Total	%
Pele não melanoma	80.850	94.910	175.760	29%
Próstata	61.200	-	61.200	10%
Mama	-	57.960	57.960	10%
Colorretal	16.660	17.620	34.280	6%
Pulmão	17.330	10.860	28.190	5%
Estômago	12.920	7.600	20.520	3%
Colo do útero	-	16.340	16.340	3%
Cavidade oral	11.140	-	11.140	2%
Esôfago	7.950	-	7.950	1%
Bexiga	7.200	-	7.200	1%
Corpo do útero	-	6.950	6.950	1%
Laringe	6.360	-	6.360	1%
Ovário	-	6.150	6.150	1%
Glândula tireóide	-	5.870	5.870	1%
Leucemias	5.540	-	5.540	1%

Linfoma não-Hodgkin	-	5.030	5.030	1%
---------------------	---	-------	-------	----

Fonte: Brasil, 2016

Em contrapartida, no ano de 2014, houve aproximadamente 576.000 mil casos de câncer (incluindo os de pele não melanoma), evidenciando estatisticamente um aumento de 3,5% dos casos de câncer no País em dois anos (13,17).

No Brasil, o estado de São Paulo está em primeiro lugar referente ao número de neoplasias malignas, tanto no sexo feminino, quanto no sexo masculino, incluindo as neoplasias de pele não melanoma; espera-se atingir 79.710 mil mulheres e 69.630 mil homens no estado em 2016 (15,18). O estado de São Paulo é o mais populoso do país; em 2014, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimou cerca de 44 milhões de habitantes, o que representa 21, 7% da população total do país (20). Também, infere-se o número elevado de casos de câncer devido ao acesso às redes de atenção à saúde ser maior na região sul e sudeste do país, especificamente no estado de São Paulo, resultando em números elevados de diagnósticos realizados, sendo esse contexto diferente em outros estados no Brasil devido ao acesso desigual a essas mesmas redes (21).

A linha de cuidado a pessoas com câncer alterna desde medidas preventivas, protetivas, até ações curativas e paliativas, cujo objetivo principal do cuidado às pessoas com câncer é o de investir na atenção primária em saúde e, também, orientar a comunidade em relação à proteção, prevenção e detecção precoce de doenças e agravos. O desencadeamento da doença pode trazer custos econômicos elevados para o sistema de saúde, o indivíduo e seus familiares. Segundo dados do IBGE, em 2015, o acesso a serviços médico hospitalares foi assegurado exclusivamente pelo sistema público de saúde para 72% da população do país. Parte importante da população que é coberta pelo sistema supletivo, ou que realiza desembolso direto, também utiliza a rede pública para ações de saúde e procedimentos mais complexos que demandam maior custo em situações de urgência ou emergência (22, 23). Dessa forma, os serviços de prevenção são de suma importância para evitar os altos custos relacionados às doenças, além de diminuir a alta taxa de morbidade e mortalidade (23).

1.2. Rastreamento

O enfoque no rastreamento e vigilância das DCNT é um recurso de cunho preventivo realizado por serviços de saúde público e privado tem como objetivo a detecção precoce

dessas doenças, selecionando o indivíduo, ainda que assintomático, a ser submetido a métodos próprios previamente selecionados e de maior complexidade, com destaque para o câncer. Este método é o principal fator para a obtenção de dados sobre as DCNT e, subsequente à intervenção do sistema de saúde, a proposta visa a diminuição da morbidade, mortalidade e melhora na qualidade de vida da população. O rastreamento de doenças é caracterizado por exames ou testes aplicados em pessoas sadias; resultados positivos não implicam em um diagnóstico fechado, sendo realizado em outra instância um teste comprobatório, sendo este diferente de exames clínicos, realizados a partir de sinais ou sintomas de alguma doença. Entretanto, ambos podem utilizar métodos semelhantes (questionários, aparelhos portáteis que medem marcadores sanguíneos, como glicose, colesterol, exames de laboratório e etc.) (24). É necessário ser criterioso para implementar programas de rastreamento, principalmente para que se evite exames desnecessários em excesso. Wilson e Jungner, em 1968, descreveram sete critérios de implementação que ainda são utilizados. (QUADRO 1) (24).

Quadro 1 - Critérios para um programa de rastreamento, 2010.

1. A doença deve representar um importante problema de saúde pública que seja relevante para a população, levando em consideração os conceitos de magnitude, transcendência e vulnerabilidade;
2. A história natural da doença ou do problema clínico deve ser bem conhecida;
3. Deve existir estágio pré-clínico (assintomático) bem definido, durante o qual a doença possa ser diagnosticada;
4. O benefício da detecção e do tratamento precoce com o rastreamento deve ser maior do que se a condição fosse tratada no momento habitual de diagnóstico;
5. Os exames que detectam a condição clínica no estágio assintomático devem estar disponíveis, aceitáveis e confiáveis;
6. O custo do rastreamento e tratamento de uma condição clínica deve ser razoável e compatível com o orçamento destinado ao sistema de saúde como um todo;
7. O rastreamento deve ser um processo contínuo e sistemático.

Fonte: Brasil, 2010

No Brasil, o Ministério da Saúde faz indicações de rastreamento para três tipos de cânceres: de mama, colo de útero e colorretal, em destaque no Quadro 2 (24).

Quadro 2 - Recomendações para detecção precoce dos cânceres mais prevalentes, 2010

Detecção Precoce do Câncer		
Tipos de Câncer	Recomendações	
	Diagnóstico Precoce	Rastreamento
Mama	Sim	Sim
Colo do útero	Sim	Sim
Cólon e reto	Sim	Sim
Estômago	Sim	Não
Pele	Sim	Não
Próstata	Sim	Não
Pulmão	Não	Não
Cavidade oral	Sim	Não
Esôfago	Não	Não

Fonte: Brasil, 2010

- Câncer de colo de útero: O rastreamento é recomendado para mulheres sexualmente ativas e que tenham cérvix e idades entre 25 a 64 anos, em intervalos trianual, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano. Deve ser suspenso após os 65 anos, sendo realizado através do exame Papanicolau (15,24).
- Câncer de mama: O rastreamento é recomendado para mulheres com idade entre 50 a 69 anos. É realizado através da Mamografia, bianual, assim como em mulheres de 35 anos ou mais, com risco elevado para o desenvolvimento de câncer de mama (15,24).
- Câncer Colorretal: O rastreamento é recomendado através do exame de Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF), em adultos entre 50 a 75 anos, com intervalos anuais e/ou bianuais e colonoscopia e/ou sigmoidoscopia, em um período que varia de cinco ou dez anos. Também pode ser solicitado exames de rotina para idosos entre 76 a 85 anos, em intervalos anuais ou bianual (24).

1.3. Câncer na região Sudeste

Abaixo foram incluídas informações do estado de São Paulo acerca dos três tipos de câncer que foram investigados neste trabalho. Tais informações evidenciam a necessidade da

realização deste estudo no município de Ribeirão Preto – SP, sendo, respectivamente, os cânceres de mama, colo do útero e colorretal.

1.3.1. Câncer de Mama

O câncer de mama apresenta alto grau de acometimento em mulheres. Segundo dados do INCA, no Brasil, esse tipo de câncer atingiu, em 2016, cerca de 57.960 mil mulheres no estado de São Paulo e foram estimados 15.570 mil novos casos, desconsiderando o câncer de pele não melanoma. O mesmo apresentava-se em primeiro lugar no ranking de periodicidade no sexo feminino no estado (15). Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama feminino estão relacionados ao envelhecimento, excesso de peso, sedentarismo, hereditariedade e a vida reprodutiva da mulher. Amamentação, prática de atividade física e alimentação saudável aliados à manutenção do peso corporal estão associadas a um menor risco de desenvolver esse tipo de câncer; desse modo, cerca de 30% dos casos podem ser evitados (15,24). O método de prevenção mais utilizado é o exame de palpação das mamas e, após os quarenta anos, é indicado a realização da mamografia anualmente. Este tipo de câncer tem um grande impacto na vida da mulher, já que há a necessidade de lidar com os aspectos físicos e psicológicos, os quais atingem a feminilidade, sexualidade, relações sociais e familiares, tornando-as mais susceptíveis à depressão e síndromes ansiosas (15,25).

1.3.2. Câncer de Colo de Útero

O câncer de colo do útero, também chamado de câncer cervical, apresentou uma estimativa de 16.340 mil casos no ano de 2016 no País. Estimou-se, ainda, outros 2.120 mil novos casos no estado de São Paulo, desconsiderando o câncer de pele não melanoma; este é o terceiro tipo mais frequente no sexo feminino (15). A principal causa desse tipo de câncer está relacionada às infecções persistentes por alguns tipos de vírus oncogênicos, também chamados de papilomavírus humano (HPV) que, em alguns casos, podem gerar alterações celulares que evoluem para a neoplasia. O principal fator de risco para o desenvolvimento desse tipo de câncer está ligado à relações sexuais desprotegidas e mulheres que fazem uso do tabaco; além do mais, as imunossuprimidas e que apresentam Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) possuem um pior prognóstico, sendo que os exames de rastreamento para

essa população ocorrem em um período diferenciado, respectivamente, em intervalos semestrais ou no máximo anuais (15,26). Para a prevenção desse tipo de câncer recomenda-se o uso de preservativos em relações sexuais, vacinas disponibilizadas em postos de saúde para meninas dos 9 aos 13 anos, além o exame anual de Papanicolau, o qual objetiva a análise das células cervicais uterinas. O diagnóstico precoce da doença possibilita um prognóstico positivo. O tratamento varia de acordo com o estágio em que o câncer é encontrado, porém, na maioria dos casos, faz-se necessária a realização de cirurgias, como a retirada do útero, a terapêutica medicamentosa e a radioterapia (15,26).

1.3.3. Câncer de Colorretal

O câncer de colorretal, segundo estudos epidemiológicos do INCA, em 2016, atingiu cerca de 16.660 mil homens e 17.620 mil mulheres no Brasil, sem considerar os tumores de pele não melanoma. É, estatisticamente, o segundo tipo de câncer que mais ocorre entre os homens e mulheres no estado de São Paulo. Estimou-se 11.600 mil casos novos para o estado de São Paulo, sendo atingidos cerca de 5.960 mil homens e 5.640 mil mulheres (15). Esse tipo de câncer possui alta taxa de mortalidade, sendo que, na maioria dos casos, sua descoberta é tardia. Seu desenvolvimento está ligado a fatores endógenos e ambientais, porém, é notável sua frequência em casos de má alimentação. A prevenção está correlacionada a uma boa alimentação, rica em fibras e líquidos. O tratamento do câncer colorretal consiste na realização de alguns procedimentos cirúrgicos, como a quimioterapia e radioterapia, todavia, o método mais efetivo de tratamento está ligado à cirurgia, na qual é realizada uma colostomia permanente ou temporária, simultânea ao tratamento medicamentoso. Devido à necessidade da utilização desse recurso no tratamento, a qualidade de vida do paciente diminui, fazendo com que o mesmo apresente quadros de ansiedade, depressão e diminuição do auto estima (15,27).

Atualmente, os tratamentos contra vários tipos de câncer evoluíram, incluindo a facilidade ao diagnóstico precoce, em especial os cânceres de mama, útero e colorretal, os quais serão abordados neste trabalho (1). Apesar do maior acesso a tais recursos, a incidência desses tipos de cânceres tem aumentado e há a necessidade de compreender as causas dos elevados números de casos, visto que o sistema único de saúde (SUS) possui livre acesso ademais de unidades com recursos tecnológicos atuais, além de mão de obra qualificada para o serviço. É de suma importância investigar e analisar o perfil das pessoas que são atingidas

pelo câncer e também das que realizam com frequência os exames de rastreamento, sendo esse um dos fatores que influenciam na prevenção. A transição cultural pela qual passa a população na atualidade influencia na relação que o indivíduo possui com a sua saúde (19,28).

1.4. Impacto Social

É fundamental que os setores das políticas públicas e da sociedade, assim como os profissionais da saúde, ampliem seu espectro de atuação ao construir políticas específicas, de acordo com os determinantes sociais da população, sendo papel do setor saúde organizar a articulação intersetorial e tornar cada vez mais visível que o processo saúde-doença é um efeito de múltiplos fatores. Desse modo, os processos em debates sobre o cuidado e educação em saúde irão emergir à medida da importância que se dá a esse sujeito e comunidade, atingindo, a partir daí, não apenas o indivíduo que recebe atenção em saúde, mas envolvendo a sua comunidade e determinantes sociais que o cercam, abrangendo na prática médica os diferentes contextos existentes na sociedade. Concerne aos profissionais e pesquisadores da saúde os meios para desconstruir paradigmas que reverberam de forma negativa na saúde do indivíduo, buscando estudar, compreender e atuar sob realidade social e cultural da comunidade estudada.

2. JUSTIFICATIVA

O câncer constitui um importante problema de saúde pública mundial e, no Brasil, é observado um aumento exponencial de casos novos e alta taxa de mortalidade, o que demanda ao sistema de saúde imenso esforço para a oferta de atenção adequada aos doentes (29). Há, de mais a mais, um aumento da prevalência de câncer de mama e colorretal em indivíduos que apresentam melhores níveis socioeconômicos. Simultaneamente, é observada uma incidência elevada de câncer de colo do útero em mulheres de baixa renda; essa distribuição pode ser resultado da exposição a fatores relacionados ao processo de industrialização, agentes químicos, físicos, biológicos e estilo de vida, que variam em função das desigualdades sociais (29, 31). Um grande desafio para o país é a redução das disparidades na ocorrência de câncer em todas as localidades e em todos os estratos sociais (29). O rastreamento de câncer é a peça chave para a detecção precoce da doença, porém, ainda é uma ação desafiadora para os serviços de atenção básica em saúde, uma vez que dependem da mobilização social para a realização dos exames (29). Devido à dificuldade em atingir socialmente a população e o crescente número da morbidade e mortalidade por câncer, foi realizado um estudo minucioso e criterioso com pessoas que estiveram em salas de espera de Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Ribeirão Preto – SP em busca da regularidade da realização dos exames de rastreamento dos cânceres de mama, colo do útero e colorretal. Ademais, foram averiguados os hábitos de vida de cada indivíduo e o histórico familiar das DCNT, permitindo, dessa maneira, identificar as potencialidades e dificuldades da adesão dessas pessoas e seus respectivos estilo de vida, buscando por respostas e ações que possam contribuir, em outra instância, com estratégias e procedimentos na atenção básica à saúde, combatendo, assim, o elevado número de casos de câncer no estado de São Paulo.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivos gerais

Avaliar hábitos de vida e a realização de exames preventivos para a detecção precoce dos cânceres de mama, colo de útero e colorretal pelos usuários do Sistema Único de Saúde do município de Ribeirão Preto - São Paulo.

3.2. Objetivos específicos

- Descrever as características demográficas e socioeconômicas dos participantes;
- Avaliar hábitos de vida dos participantes: alimentação saudável, atividade física, uso de álcool e tabaco;
- Encontrar associações entre hábitos de vida e a realização de exames para a detecção precoce dos cânceres de mama, colo de útero e colorretal.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, conduzido por meio da aplicação de um questionário semiestruturado em usuários presentes em salas de espera de Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) dos cinco distritos sanitários do município de Ribeirão Preto - São Paulo.

Este estudo é uma ramificação de um projeto maior, intitulado: “Prevalência de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Município de Ribeirão Preto” objetivando a realização de uma análise mais abrangente a respeito do rastreamento dos cânceres de mama, colo de útero e colorretal (Anexo A).

Para início desta pesquisa, foi realizado um estudo piloto a partir da aplicação do questionário em 20 usuários de uma USF do distrito oeste, com a finalidade de identificar as modificações necessárias e mensurar a média do tempo gasto para a realização do estudo. O teste realizado culminou em alterações na formação do questionário, resultando no modelo final utilizado para a realização desta pesquisa (Apêndice A).

4.2. Locais de estudo

O município de Ribeirão Preto está situado na região nordeste do estado de São Paulo, que, por sua vez, localiza-se na região Sudeste do Brasil. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), a população estimada, em 2016, ano em que este estudo foi iniciado, era de 674.405 mil habitantes (30).

A Rede de Atenção à Saúde do município possui 49 unidades que se distribuem em 5 distritos sanitários: Norte (Distrito Simioni), Oeste (Distrito Sumarezinho), Central (Distrito Central), Sul (Distrito Vila Virgínia) e Leste (Distrito Castelo Branco). Os distritos possuem uma Unidade Distrital e um número variável de UBS e USF (31).

4.3. População de estudo

Indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, moradores de Ribeirão Preto - São Paulo, que aguardavam em salas de espera por consultas em unidades de saúde que compuseram esta pesquisa.

4.4. Casuística

Segundo a metodologia proposta no projeto de pesquisa em anexo (Anexo A), as 41 unidades de saúde existentes à época da redação do projeto foram classificadas segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), o qual foi elaborado pela fundação de Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Após a classificação, as unidades de saúde foram agrupadas em 12 estratos, segundo o distrito sanitário ao qual pertenciam e o IPVS referente a cada unidade.

O número de participantes elencados para a pesquisa foi obtido por meio de um plano amostral estratificado, considerando o coeficiente de confiança de 95% e uma precisão absoluta de 3% para a estimativa da proporção de DCNT. Tal proporção, para maximização da variância, foi considerada igual a 50% em cada estrato. Estimou-se, assim, um tamanho amostral mínimo de 1054 entrevistas, sendo que o número de entrevistas a serem realizadas em cada estrato foi proporcional ao respectivo tamanho populacional estimado. Ademais, ocorreram sorteios simples dentro de cada estrato para a escolha das unidades de saúde onde as entrevistas foram conduzidas. A Tabela 2 exibe o número de entrevistas realizadas nas respectivas unidades de saúde, bem como nas unidades, que foram selecionadas de maneira aleatória para a coleta dos dados.

Tabela 2 – Unidades de Saúde Estratificadas para Coleta de Dados

DISTRITO	UNIDADES DE SAÚDE	TAMANHO AMOSTRAL
NORTE	UBS Avelino Palma	42
	USF Adelino Simioni	106
	USF Heitor Rigon	86
OESTE	USF núcleo 1	42
	UBS José Sampaio	142
	USF Portal do Alto	45
CENTRAL	UBS Vila Tibério I	288
SUL	UBS Adão do Carmo	84
	UBDS Vila Virginia	46
LESTE	UBS São José	84
	UBS Jardim Juliana	58

4.5. Critérios de Inclusão

Foram considerados como critérios de inclusão:

- Ser maior de 18 anos;
- Estar em sala de espera das Unidades de Saúde que compõem o estudo;
- Ser morador de Ribeirão Preto – SP.

4.6. Critérios de Exclusão

Foi adotado como critérios de exclusão desta pesquisa:

- Sujeitos que possuíssem disfunções cognitivas e/ou deficiência auditiva moderada/grave;
- Preenchimento incompleto do questionário.

4.7. Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento utilizado (Apêndice A) foi formado pela composição de quatro (4) questionários padronizados e dois (2) questionários elaborados pelos pesquisadores, sendo: Critérios de Classificação Econômica Brasil, 2015 – ABEP; Questionário Internacional de Atividade Física, versão curta – IPAQ; Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT) versão C (consumo).

Os questionários utilizados objetivaram avaliar os seguintes itens:

- Condições socioeconômicas;
- Hábitos de vida (alimentação, uso do tabaco e álcool);
- Atividade física;
- Histórico Familiar das DCNT;
- DCNT referentes ao sujeito do estudo;
- Doenças pulmonares;
- Realização dos exames de rastreamento para os três tipos de cânceres que compõem o estudo.

Este questionário foi criado para atender a demanda de dois estudos distintos, sendo possível amplificar o número da amostra que compõe a pesquisa. Não será considerado, neste

estudo, o questionário e análise dos dados referentes às afecções respiratórias e doenças pulmonares. A coleta foi realizada por duas pesquisadoras (Kênia Andreza Martins de Carvalho, Fisioterapeuta pela Faculdade Claretiano de Batatais e Daniela Faleiros de Paiva, Terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM) dos referidos estudos distintos. Ambas se habilitaram para que as entrevistas ocorressem de maneira semelhante.

4.6.1 Critérios de Classificação Econômica Brasil, 2015 – ABEP

O questionário é responsável por analisar o nível socioeconômico dos entrevistados, classificando-os em seis estratos econômicos (A, B1, B2, C1, C2, D-E), de acordo com as somas das seguintes categorias:

Itens de posse

Esta categoria analisa a quantidade de itens que os entrevistados possuem ou não. Quanto mais itens que os mesmos possuírem, maior será a sua pontuação. Eles pode ser, respectivamente: Banheiros, Empregados domésticos, Automóveis, Microcomputador, Máquina de Lavar louça, Geladeira, Freezer, Máquina de Lavar roupa, DVD, Micro-ondas, Motocicleta e Secadora de roupas.

Nível de escolaridade

Nesta categoria é considerado que, quanto maior o nível de escolaridade que os entrevistados obtiverem, maior será a sua pontuação, sendo representada nos itens a seguir.

- Analfabeto/Fundamental I incompleto (0)
- Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto (1)
- Fundamental II completo/ Médio incompleto (2)
- Médio completo/ Superior incompleto (3)
- Superior completo (7)

Serviços públicos

Este item analisa serviços públicos que o entrevistado possui ou não em sua casa: água encanada e rua pavimentada, respectivamente. Se o entrevistado possuir, será contabilizado na soma com as demais categorias.

Ao final da entrevista todos os itens e categorias serão contabilizados e os entrevistados alocados em seus respectivos estratos socioeconômicos, de acordo com o Critérios de Classificação Econômica Brasil, 2015 – ABEP, Quadro 3 (33).

Quadro 3 – Critérios de Classificação Econômica Brasil, 2015 – ABEP.

A	45-100
B1	38-44
B2	29-37
C1	23-28
C2	17-22
D-E	0-16

4.6.2 Questionário Internacional de Atividade Física - versão curta (International Physical Activity Questionnaire / IPAQ)

O IPAQ é um questionário responsável por mensurar níveis de atividade física de acordo com a quantidade e tempo de exercício realizados na última semana. As perguntas incluem atividades que foram realizadas no trabalho, deslocamento, lazer, esporte, jardinagem, limpeza e exercícios físicos. As questões são subdivididas em quatro categorias, sendo:

- Caminhada: se realiza caminhada em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício (34).
- Atividades Moderadas: são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar um pouco mais forte que o normal (34).

- Atividades Vigorosas: são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal (34).

- Nível de sedentarismo: quanto tempo gasta sentado em dias de semana e finais de semana.

As questões consideram atividades físicas que foram realizadas acima de dez minutos. Após a entrevista o resultado é contabilizado e classificado entre as seguintes categorias:

- **Muito Ativo:** Cumpre as seguintes recomendações: a) vigorosa: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; b) vigorosa: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão + moderada e/ou caminhada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão (34).
- **Ativo:** Cumpre as seguintes recomendações: a) vigorosa: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão; b) moderada ou caminhada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; c) qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 150 minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa) (34).
- **Irregularmente Ativo:** Aquele que realiza atividade física, porém insuficiente para ser classificado como ativo pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação soma-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa). Este grupo foi dividido em dois subgrupos de acordo com o cumprimento ou não de alguns dos critérios de recomendação:
 - **Irregularmente Ativo A:** Aquele que atinge pelo menos um dos critérios da recomendação quanto à frequência ou quanto à duração da atividade: a) Frequência: 5 dias /semana (10 minutos por dia) ou b) Duração: 150 min / semana (34).
 - **Irregularmente Ativo B:** Aquele que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração (34).
- **Sedentário:** Aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana (34).

4.6.3 Questionário do uso de álcool AUDIT-C

O questionário AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) foi elaborado por uma equipe de pesquisadores da Organização Mundial da Saúde (OMS) para identificar problemas relacionados ao uso do álcool (35). A versão usada nesta pesquisa foi o questionário AUDIT-C (“c” de consumo), composta pelas 3 primeiras questões do AUDIT. O AUDIT-C é de mais fácil aplicação e serve para a identificação mais rápida de indivíduos que fazem uso nocivo ou sugestivo de problemas relacionados ao uso de álcool (36). A pontuação considerada para efeitos de classificação do risco relacionado ao uso de álcool foi a seguinte:

	Homens	Mulheres
Classificação	0 (Abstêmios)	0 (Abstêmias)
	1-3 (Baixo risco)	1-2 (Baixo risco)
	≥ a 4 (Uso de risco)	≥ a 3 (Uso de risco)
	≥ a 8 (Risco severo)	≥ a 8 (Risco severo)

4.8. Período do Estudo

O período de coleta de dados ocorreu nos meses de outubro de 2015 a fevereiro de 2017.

4.9. Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), considerando as recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. O estudo foi aprovado no dia 11 de junho de 2016, com a obtenção do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 46024775.9.0000.5440 (Apêndice B).

As entrevistas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidade Distrital Básica de Saúde (UBDS) do município de Ribeirão Preto. Elas foram executadas após a autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Ribeirão Preto – SP.

A concordância em participar da pesquisa ocorreu de forma voluntária e os entrevistados foram esclarecidos quanto aos objetivos da mesma, tendo a liberdade de interromper sua participação em qualquer momento ao longo da entrevista, à preservação de

sua privacidade e sigilo quanto às informações prestadas, bem como ao comprometimento da pesquisadora em divulgar os resultados obtidos. Àqueles que aceitaram participar foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

4.10. Análise dos dados

Seiscentos e trinta e seis (636) questionários, compostos por 125 questões, foram preenchidos manualmente pelas pesquisadoras. Posteriormente, foram codificados e registrados em um banco de dados no programa Microsoft Excel®, versão 2010. Foi criada uma tabela intermediária, com novas codificações, para que fosse possível aplicar no programa Medcalc®, utilizado para análise parcial dos dados. Em outra instância, foi utilizado um tablet para a realização da coleta de Quatrocentos e dezoito (418) questionários, com o programa QUESTION®, desenvolvido pelo grupo GECOC. O mesmo enviou automaticamente as demais respostas para a tabela do programa Microsoft Excel®, unindo-se às demais entrevistas realizadas manualmente. A utilização do programa foi essencial para economizar o tempo gasto com as plotagens dos questionários manuais, os quais demandavam seis horas para inserção de cinquenta questionários.

Análise estatística descritiva das variáveis foi realizada com o programa R Core Team (2016): A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org>. Para verificar a associação das variáveis referentes ao rastreamento, foi realizado o teste qui-quadrado e, nos casos que as suposições do teste qui-quadrado não foram atendidas, foi utilizado o teste exato de fisher. Valor p inferior ao nível de significância considerado nesse estudo 0,05 evidenciam uma possível associação entre as variáveis.

5. RESULTADOS

As entrevistas foram aplicadas pela pesquisadora em conjunto com uma pesquisadora colaboradora do projeto de pesquisa no qual este se insere (Anexo A). O preenchimento dos questionários levou cerca de 30 minutos a 1 hora, sendo realizadas 1054 entrevistas. Convém ressaltar que houve 202 recusas (Quadro 4) e 20 desistências, totalizando 222 indivíduos que se recusaram ou desistiram de participar da pesquisa, com as seguintes alegações:

- Falta de interesse em participar da pesquisa;
- Exigência de melhoras na saúde pública (alguns participantes relataram que não iriam participar das entrevistas, devido ao fato de o SUS não preencher os critérios que deveria como sistema de saúde – falta de estrutura física e administrativa);
- Participação em outras pesquisas;
- Queixa de dor durante a entrevista ou aplicação do TCLE;
- Questionário muito extenso;
- Pressa para ir embora da unidade.

Outrossim, foram encontrados alguns desafios pelas pesquisadoras, quais sejam:

- Frequentemente foi preciso esperar tempo maior do que o estimado para que o entrevistado saísse da consulta médica, já que os mesmos presentes nas salas de espera aguardavam por consultas médicas;
- Dificuldade na compreensão de algumas questões pelos entrevistados;
- Tergiversação por parte dos entrevistados, levando a um aumento no tempo da entrevista;
- Dificuldade por parte dos entrevistados em lembrar algumas informações questionadas;

De maneira geral, houve boa receptividade por parte dos profissionais das unidades de saúde, fato este que foi fundamental para a realização dessa pesquisa.

Quadro 4 – Desistências e recusas por unidades de saúde elencadas para a pesquisa.

UNIDADE	DESISTÊNCIAS	RECUSAS
UBS Avelino Palma	0	10
USF Adelino Simioni	2	49
USF Heitor Rigon	3	12
USF Núcleo 1	6	8
UBS José Sampaio	1	18
USF Portal do Alto	3	8

UBS Vila Tibério I	3	24
UBS Adão do Carmo	1	11
UBDS Vila Virginia	1	16
UBS São José	0	23
UBS Jardim Juliana	0	23
UBS Vila Abranches	0	7
TOTAL	20	202

5.1. Características da população

A Tabela 3 apresenta as características gerais dos participantes da pesquisa.

Tabela 3 – Características gerais da amostra (n=1054). Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.

	Total (n=1054) N (%)	Mulheres (n=857) N (%)	Homens (n=197) N (%)
Idade			
18 a 24 anos	71 (6,7)	64 (7,5)	7 (3,6)
25 a 39 anos	328 (31,1)	277 (32,3)	51 (25,9)
40 a 49 anos	193 (18,3)	161 (18,8)	32 (16,2)
50 a 59 anos	205 (19,4)	163 (19)	42 (21,3)
60 a 64 anos	87 (8,2)	67 (7,8)	20 (10,2)
65 a 69 anos	62 (5,9)	45 (5,3)	17 (8,6)
70 a 75 anos	60 (5,7)	46 (5,4)	14 (7,1)
≥ 76 anos	48 (4,5)	34 (4)	14 (7,1)
Cor			
Branco	506 (48)	420 (39,8)	86 (8,16)
Preto	102 (9,7)	86 (8,9)	16 (1,5)
Pardo	422 (40)	330 (31,3)	92 (8,7)
Amarelo	13 (1,2)	11 (1,1)	2 (1,0)
Indígena	2 (0,2)	2 (0,2)	0 (0)
Não Souberam	9 (0,9)	8 (0,8)	1 (0,1)
Classificação ABEP*			
A1	15 (1,4)	8 (0,7)	7 (0,6)
B1	47 (4,5)	34 (3,2)	13 (1,3)
B2	266 (25,2)	212 (20,8)	54 (5,1)
C1	382 (36,2)	314 (29,7)	68 (6,4)
C2	260 (24,7)	218 (20,7)	42 (3,9)
D-E	84 (8)	71 (6,7)	13 (1,2)
Escolaridade			
Analfabeto	78 (7,4)	63 (5,9)	15 (1,4)
Fundamental Incompleto	260 (24,7)	210 (19,9)	50 (4,7)

Fundamental Completo	255 (24,2)	199 (18,9)	56 (5,3)
Médio Completo	389 (37,8)	335 (32,5)	54 (5,2)
Superior Completo	63 (6)	50 (4,7)	13 (1,3)
Plano de Saúde			
Não	901 (85,5)	743 (70,5)	158(15,0)
Sim	153 (14,5)	114 (10,8)	39 (3,7)

*ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

A amostra se constituiu, em sua maioria, por mulheres (81,3%), tendo, por consequência, um percentual menor de homens (18,7%). Em relação à cor, a maioria dos participantes se declararam brancos (48%) ou pardos (40%). Negros, amarelos e índios foram um percentual menor dos entrevistados, respectivamente 9,7%, 1,2% e 0,2%. Em relação à faixa etária, houve predomínio de jovens e adultos (884 ou 75%) e um número menor de idosos (170 ou 16%).

Quanto à classificação da condição socioeconômica, a maioria dos participantes se enquadraram nos estratos C1 (36,2%), B2 (25,2%) e C2 (24,7%), dado este que corresponde a uma renda média domiciliar, respectivamente de: R\$ 2.705 mil, R\$ 4.852 mil e R\$ 1.625 mil (34). Em relação à escolaridade, boa parte completou o ensino médio (37,8%) e o fundamental (24,7%). Cerca de 1/4 (24,2%) dos participantes não completou o ensino fundamental e a menor parcela coube àqueles com ensino superior (6%) e aos analfabetos (7,4%). Em relação à cobertura por planos de saúde, a grande maioria (85,5%) não possuía plano de saúde suplementar.

A Tabela 4 descreve a autoavaliação da condição de saúde dos voluntários da pesquisa, bem como alguns fatores para desenvolvimento de DCNT.

Tabela 4 – Condição de saúde e fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.

	Total (n=1054)	Mulheres (n=857)	Homens (n=197)
	N (%)	N (%)	N (%)
Condição de saúde			
Muito ruim	35 (3,3)	32 (3,7)	3 (1,5)
Ruim	79 (7,5)	70 (8,2)	9 (4,6)
Nem ruim, nem boa	340 (32,3)	280 (32,7)	60 (30,5)
Boa	508 (48,2)	405 (47,3)	103 (52,3)
Muito boa	91 (8,6)	70 (8,2)	21 (10,7)
Não soube informar	1 (0,1)	0 (0)	1 (0,5)
IPAQ			
Baixo	399 (37,9)	302 (35,2)	97 (49,2)
Moderado	321 (30,5)	270 (31,5)	51 (25,9)

Alto	334 (31,7)	285 (33,3)	49 (24,9)
AUDIT-C			
Abstêmio	580 (55)	495 (57,8)	85 (43,1)
Baixo Risco	127 (12)	109 (12,7)	18 (9,1)
Uso de Risco	199 (18,9)	156 (18,2)	43 (21,8)
Risco Severo	148 (14)	97 (11,3)	51 (25,9)

Tabela 4 – Condição de saúde e fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.

	Total (n=1054)	Mulheres (n=857)	Homens (n=197)
	N (%)	N (%)	N (%)
Binge			
Não	780 (74)	673 (78,5)	107 (54,3)
Sim	274 (26)	184 (21,5)	90 (45,7)
Uso de Tabaco			
Não	882 (83,7)	726 (84,7)	156 (79,2)
Sim	172 (16,3)	131 (15,3)	41 (20,8)

Cerca de metade dos entrevistados classificou a própria saúde como boa (48,2%) e 1/3 deles (32,3%) com média (nem boa, nem ruim). A avaliação de quão ativo era o indivíduo, dado pelo questionário IPAQ, mostrou que os entrevistados se distribuíram, quase uniformemente, entre os três níveis de atividade ali apontados, sendo o grupo classificado como baixa atividade física (37,9%), ligeiramente maior. Entre os homens, quase metade deles foi considerada com baixa frequência de atividade física ou sedentária (49,2%). Em relação ao consumo de álcool, um pouco mais da metade foi classificada como abstinência pelo questionário AUDIT-C (55%); contudo, a proporção de indivíduos bebedores de risco ou em risco severo chegou a 1/3 no total (32,9%) e, em quase metade no caso dos homens (47,7%). Aqueles classificados como bebedores episódicos pesados ou “binge drinking” chegou a quase metade dos homens (45,7%) e 1/5 das mulheres (21,5%). Os tabagistas representaram 1/6 da amostra (16,3%), sendo maior em homens (20,8%).

Em relação ao diagnóstico autorreferido de DCNT, 35,6% disseram ser portadores de hipertensão arterial primária (maior percentual em homens- 44,2%), 17,3% de diabetes mellitus (maior percentual em homens- 21,3%), 17% de obesidade (maior percentual em mulheres- 17,9%), 26,6% de dislipidemia (maior percentual em mulheres- 27,8%), 8,7% de doenças cardiovasculares (maior percentual em homens- 12,2%). Em relação ao câncer, o percentual foi baixo em ambos os sexos (Tabela 5).

Tabela 5 – Diagnóstico autorreferido de DCNT nos indivíduos entrevistados. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.

	Total (n=1054)	Mulheres (n=857)	Homens (n=197)
	N (%)	N (%)	N (%)
Hipertensão			
Não	679 (64,4)	569 (66,4)	110 (55,8)
Sim	375 (35,6)	288 (33,6)	87 (44,2)
Diabetes			
Não	872 (82,7)	717 (83,7)	155 (78,7)
Sim	182 (17,3)	140 (16,3)	42 (21,3)
Obesidade			
Não	875 (83)	704 (82,1)	171 (86,8)
Sim	179 (17)	153 (17,9)	26 (13,2)
Dislipidemias			
Não	774 (73,4)	619 (72,2)	155 (78,7)
Sim	280 (26,6)	238 (27,8)	42 (21,3)
Doenças Cardiovasculares			
Não	962 (91,3)	789 (92,1)	173 (87,8)
Sim	92 (8,7)	68 (7,9)	24 (12,2)
Câncer			
Não	1021 (96,9)	833 (97,2)	188 (95,4)
Sim	33 (3,1)	24 (2,8)	9 (4,6)

5.2 Rastreamento do Câncer de Mama

A Tabela 6 corresponde ao percentual de mulheres que se submeteram, ao menos uma vez na vida, ao exame de mamografia, de acordo com a faixa etária das pacientes entrevistadas.

Tabela 6 - Realização de mamografia segundo a faixa etária em anos. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.

	Sim (n=494)	Não (n=363)	Total (n=857)
	N (%)	N (%)	N (%)
18 a 24	3 (0,6)	61 (16,8)	64 (7,5)
25 a 39	37 (7,5)	241 (66,4)	278 (32,4)
40 a 49	111 (22,5)	49 (13,5)	160 (18,7)
50 a 69	270 (54,7)	5 (1,4)	275 (32,1)
70 a 75	44 (8,9)	2 (0,2)	46 (5,4)
Maior ou igual a 76	29 (5,9)	5 (1,4)	34 (4)

Para as mulheres de 50 a 69 anos, faixa etária recomendada pelo MS para a realização do rastreamento do câncer de mama, apenas 5 (1,8%) relataram nunca ter feito o exame. Chama a atenção o número de mulheres submetidas ao exame mamográfico fora da faixa etária supracitada: 224 mulheres (45,3% daquelas que fizeram mamografia). Para estas mulheres, o maior percentual de realização do exame foi para aquelas mais novas: 151 mulheres, ou 30,6%, perante aquelas com 70 anos ou mais (73 ou 14,8%).

A data da última mamografia realizada, em anos, é descrita de acordo com a faixa etária, na Tabela 7. Considerando que a periodicidade recomendada pelo MS para a realização desse exame de rastreamento é bianual, para a faixa etária de 50 a 69 anos, 193 mulheres (71,5%) fizeram o exame em menos de 2 anos.

Tabela 7 - Data da última mamografia realizada, em anos, segundo a faixa etária das pacientes entrevistadas. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.

	Menos de 1 ano (n=227)	1 a menos de 2 anos (n=112)	2 a menos de 3 anos (n=61)	Mais de 3 anos (n=94)	Total (n=494)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
18 a 24	2 (0,9)	1 (0,9)	0 (0)	0 (0)	3 (0,6)
25 a 39	16 (7)	7 (6,3)	4 (6,6)	10 (10,6)	37 (7,5)
40 a 49	51 (22,5)	31 (27,7)	14 (23)	15 (16)	111 (22,5)
50 a 69	129 (56,8)	64 (57,1)	34 (55,7)	43 (45,7)	270 (54,7)

70 a 75	23 (10,1)	5 (4,5)	6 (9,8)	10 (10,6)	44 (8,9)
Maior ou igual a 76	6 (2,6)	4 (3,6)	3 (4,9)	16 (17)	29 (5,9)

Do total de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos (275), 216 foram classificadas como de baixo risco para o desenvolvimento do câncer de mama, 57 apresentaram um ou mais fatores de risco e apenas duas não puderam ser classificadas por não terem fornecido informações suficientes quanto ao risco.

Portanto, ao se analisar apenas as mulheres de baixo risco para o desenvolvimento do câncer de mama, considerando que as mesmas realizaram o exame de mamografia conforme preconizado pelo MS (periodicidade bianual), pode-se observar que a maioria (69,5%) realizou o exame em um período inferior a dois anos (Tabela 8).

Tabela 8 – Mulheres de 50 a 69 anos e de baixo risco para o desenvolvimento do câncer de mama que realizaram mamografia em um período inferior a dois anos da entrevista. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.

	Sim	Não	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
50 a 69 anos	150 (69,5)	66 (30,5)	216 (100)

Das mulheres que não se enquadraram no protocolo do MS (66 ou 30,5%), a maior parte delas (62 ou 94%) foi assim classificada, pois relataram ter realizado a mamografia em mais de dois anos.

A secretaria municipal de saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP) estendeu o rastreamento bianual do câncer de mama para as mulheres a partir dos 40 anos (38). A Tabela 9 descreve aquelas de 40 a 49 anos que o fizeram em um período inferior a dois anos.

Tabela 9 - Mulheres de 40 a 49 anos e de baixo risco para o desenvolvimento do câncer de mama que realizaram mamografia em um período inferior a dois anos da entrevista. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.

	Sim	Não	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
40 a 49 anos	68 (49,6)	69 (50,4)	137 (100)

Para essa faixa etária, apenas metade das mulheres (49,6%) se enquadraram nas normas estabelecidas pela SMS-RP para o rastreamento do câncer de mama e, entre aquelas que não se enquadraram (38), a maioria (47 ou 68%) relatou nunca ter feito exame mamográfico.

Ao se considerar as mulheres com alto risco para o desenvolvimento do câncer de mama, o MS declara que ele deve ser realizado em mulheres a partir dos 35 (26), contudo, foi utilizada uma diretriz recente do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, que recomendam que as mesmas sejam submetidas a uma mamografia anual, mas não antes dos 30 anos (39). A Tabela 10 descreve aquelas que, nessa faixa etária, realizaram exame mamográfico a menos de um ano da entrevista. Portanto, podemos inferir a partir desses dados, que menos da metade das mulheres entrevistadas (44,1%) realizou o exame conforme preconizado.

Tabela 10 - Mulheres de 30 anos ou mais com alto risco para o desenvolvimento do câncer de mama que realizaram mamografia em um período inferior a um ano da entrevista. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.

	Sim	Não	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
30 anos ou mais	56 (44,1)	71 (55,9)	127 (100)

Daquelas mulheres que não se enquadraram no protocolo das sociedades médicas para grupos de alto risco (71 ou 55,9%), uma pequena parte relatou nunca ter realizado a mamografia (18 ou 25,3%) e a maior parte realizou o exame fora do intervalo anual preconizado (53 ou 74,7%).

Quanto ao grupo de mulheres de 50 a 69 anos, de baixo risco, elegíveis para a realização da mamografia como exame de rastreamento (218 entrevistadas), apenas 44 (20%) apontaram uma das razões estabelecidas no questionário da pesquisa para a não realização da mamografia, conforme preconizado pelo MS: 15 não acharam necessário, 8 afirmaram que a UBS nunca teria oferecido, 10 relataram longo tempo de espera pelo exame, 10 apontaram o horário de trabalho como entrave à realização do exame e 1 não achou que o mesmo era necessário.

A fim de se verificar a associação de algumas variáveis com a realização adequada do rastreamento do câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos, foi realizado o teste qui-quadrado e, nos casos em que as suposições desse teste não foram atendidas, foi feito o teste exato de Fisher (Tabela 11).

Tabela 11 – Associação de variáveis com a realização do rastreamento adequado em mulheres de 50 a 69 anos.

	Sim	Não	Valor p
	N (%)	N (%)	
Cor			
Branco	87 (58,0)	26 (40)	0,026*
Preto	13(8,7)	8(12,3)	
Pardo	49(32,7)	29(44,6)	
Mulato	0 (0,0)	2(3,1)	
Amarelo	1(0,7)	0 (0,0)	
ABEP			
A	0(0,0)	0(0,0)	0,432*
B1	9(5,9)	1(1,5)	
B2	40(26,3)	20(30,8)	
C1	51(28,9)	25(38,5)	
C2	44(28,9)	14(21,5)	
D-E	8(5,3)	5(7,7)	
Escolaridade			
Analfabeto	13(8,6)	6(9,2)	0,326*
Fundamental Incompleto	53(34,9)	31(47,7)	
Fundamental Completo	30(19,7)	12(18,5)	
Médio Completo	47(30,9)	15(23,1)	
Superior Completo	9(5,9)	1(1,5)	
Plano de Saúde			
Não	129(84,9)	56(86,2)	0,972
Sim	23(15,1)	9(13,8)	
IPAQ			
Baixo	57(37,5)	23(35,4)	0,113
Moderado	52(34,2)	15(23,1)	
Alto	43(28,3)	27(41,5)	
Condição de Saúde			
Muito ruim	6(3,9)	7(10,8)	0,153
Ruim	14(9,2)	8(12,3)	
Nem ruim, nem boa	53(34,9)	15(23,1)	
Boa	68(44,7)	28(43,1)	
Muito boa	11(7,2)	7(10,8)	
Não soube informar			
Uso do Tabaco			
Não	125(82,2)	45(69,2)	0,051
Sim	27(17,8)	20(30,8)	

Continua

Continuação

Tabela 11 – Associação de variáveis com a realização do rastreamento adequado em mulheres de 50 a 69 anos.

	Sim	Não	Valor <i>p</i>
	N (%)	N (%)	
AUDIT-C			
Abstêmio	89(58,6)	40(61,5)	0,714
Baixo Risco	20(13,2)	9(13,8)	
Uso de Risco	28(18,4)	8(12,3)	
Risco Severo	15(9,9)	8(12,3)	
BINGE			
Não	121(79,6)	56(86,2)	0,343
Sim	31(20,4)	9(13,8)	
Hipertensão			
Não	85(55,9)	31(47,7)	0,335
Sim	67(44,1)	34(52,3)	
Diabetes			
Não	111(73,0)	55(84,6)	0,095
Sim	41(27,0)	10(15,4)	
Obesidade			
Não	123(80,9)	50(76,9)	0,626
Sim	29(19,1)	15(23,1)	
Dislipidemias			
Não	77(50,7)	41(63,1)	0,125
Sim	75(49,3)	24(36,9)	
Doenças Cardiovasculares			
Não	135(88,8)	54(83,1)	0,35
Sim	17(11,2)	11(16,9)	
Câncer			
Não	149(98,0)	61(93,8)	0,201*
Sim	3(2,0)	4(6,2)	

*exact: foi utilizado o teste de Fisher para esta análise, visto que os dados obtidos não se enquadraram no teste qui-quadrado.

A análise da Tabela 11 permite concluir que foi encontrada uma possível associação entre as variáveis cor (p 0,026) e, provavelmente hábito de fumar (p 0,051), com o fato da mulher ter realizado o rastreamento de forma adequada para sua idade.

5.3 Rastreamento do Câncer de Colo de Útero

A Tabela 12 apresenta a distribuição por faixa etária das mulheres entrevistadas que realizaram rastreamento do câncer de colo de útero pelo exame de Papanicolaou ao menos uma vez na vida.

Tabela 12 – Realização do exame de Papanicolaou segundo a faixa etária em anos. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.

	Sim (n=839)	Não (n=18)	Total (n=857)
	N (%)	N (%)	N (%)
18 a 24	56 (6,7)	9 (50)	65 (7,6)
25 a 39	277 (33)	0 (0,0)	277 (32,3)
40 a 49	158 (18,8)	2 (11,1)	160 (18,7)
50 a 59	160 (19,1)	3 (16,7)	163 (19,0)
60 a 64	67 (8)	0 (0,0)	67 (7,8)
65 a 69	45 (5,4)	0 (0,0)	45 (5,3)
70 a 75	45 (5,4)	1 (5,6)	46 (5,4)
Maior ou igual a 76	31 (3,7)	3 (16,7)	34 (4,0)

Dada a faixa etária preconizada pelo MS para a realização do rastreamento do câncer de colo de útero (25 a 64 anos), a quase totalidade reportou ter feito o exame de Papanicolaou ao menos uma vez: 667 (79,5%). Grosso modo, pacientes acima de 65 anos ou aquelas com menos de 25 não teriam o porquê realizarem o exame, mas o fizeram 177 pacientes (21,1%).

A realização da última citologia oncótica pode ser verificada na Tabela 13. Pode-se depreender que a maioria das mulheres entre 25 a 64 anos (585 ou 69,7%) afirmou ter realizado o último exame em menos de 3 anos, intervalo este preconizado pelo MS para a realização do rastreamento do câncer de colo de útero.

Tabela 13 - Último exame de Papanicolaou realizado, em anos, segundo a faixa etária das pacientes entrevistadas. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.

	Menos de 1 ano (n=459)	1 a menos de 2 anos (n=179)	2 a menos de 3 anos (n=79)	Mais de 3 anos (n=122)	Total (n=839)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
18 a 24	37 (8,1)	12 (6,7)	2 (2,5)	5 (4,1)	56 (6,7)
25 a 64	377 (82,1)	149 (83,2)	59 (74,7)	77 (63,1)	662 (78,9)
65 a 69	20 (4,4)	9 (5)	5 (6,3)	11 (9)	45 (5,4)
70 a 75	20 (4,4)	6 (3,4)	6 (7,6)	13 (10,7)	45 (5,4)
Maior ou igual a 76	5 (1,1)	3 (1,7)	7 (8,9)	16 (13,1)	31 (3,7)

Das 662 entrevistadas, entre 25 a 64 anos, que realizaram o teste de Papanicolau, 642 apontaram não possuir qualquer fator de risco para o desenvolvimento do câncer de colo de útero; a realização da última citologia oncótica por essas pacientes pode ser verificada na Tabela 14. Para essa faixa etária, a quase totalidade das entrevistadas (569 ou 88,6%) alegaram ter realizado a citologia oncótica há menos de três anos, portanto, dentro do intervalo preconizado pelo MS para o rastreamento do câncer de colo uterino.

Tabela 14 – Último exame de Papanicolau realizado, em anos, segundo a faixa etária preconizada pelo MS para o rastreamento do câncer de colo de útero. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.

	Menos de 1 ano	1 a menos de 2 anos	2 a menos de 3 anos	Mais de 3 anos	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
25 a 64	369 (57,5)	142 (22,1)	58 (9)	73 (11,4)	642 (100)

A fim de se verificar a associação de algumas variáveis com a realização adequada do rastreamento do câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos, foi realizado teste qui-quadrado e, nos casos em que as suposições desse teste não foram atendidas, foi feito o teste exato de Fisher (Tabela 15).

Tabela 15 – Associação de variáveis com a realização do rastreamento adequado em mulheres de 25 a 64 anos.

	Sim	Não	Valor <i>p</i>
	N (%)	N (%)	
Cor			
Branco	282(48,2)	33(39,3)	0,508*
Preto	57(9,7)	11(13,1)	
Pardo	235(40,2)	39(46,4)	
Mulato	9(1,5)	1(1,2)	
Amarelo	2(0,3)	0(0,0)	
ABEP			
A	7(1,2)	0(0,0)	0,773*
B1	22(3,7)	2(2,4)	
B2	150(25,4)	20(23,8)	
C1	224(38,0)	33(39,3)	
C2	148(25,1)	20(23,8)	
D-E	39(6,6)	9(10,7)	

Continua

Continuação

Tabela 15 – Associação de variáveis com a realização do rastreamento adequado em mulheres de 25 a 64 anos.

	Sim	Não	Valor p
	N (%)	N (%)	
Escolaridade			
Analfabeto	28(4,7)	7(8,3)	0,029
Fundamental			
Incompleto	119(20,2)	26(31,0)	
Fundamental Completo	137(23,2)	21(25,0)	
Médio Completo	268(45,4)	24(28,6)	
Superior Completo	38(6,4)	6(7,1)	
Plano de Saúde			
Não	512(86,8)	76(90,5)	0,438
Sim	78(13,2)	8(9,5)	
IPAQ			
Baixo	187(31,7)	35(41,7)	0,068
Moderado	186(31,5)	17(20,2)	
Alto	217(36,8)	32(38,1)	
Condição de Saúde			
Muito ruim	20(3,4)	7(8,3)	0,061
Ruim	43(7,3)	9(10,7)	
Nem ruim, nem boa	186(31,5)	31(36,9)	
Boa	297(50,3)	31(36,9)	
Muito boa	44(7,5)	6(7,1)	
Uso do Tabaco			
Não	490(83,1)	66(78,6)	0,391
Sim	100(16,9)	18(21,4)	
AUDIT-C			
Abstêmio	336(56,9)	46(54,8)	0,714
Baixo Risco	65(11,0)	12(14,3)	
Uso de Risco	112(19,0)	15(17,9)	
Risco Severo	77(13,1)	11(13,1)	
BINGE			
Não	448(75,9)	66(78,6)	0,693
Sim	142(24,1)	18(21,4)	
Hipertensão			
Não	419(71,0)	52(61,9)	0,115
Sim	171(29,0)	32(38,1)	

Continuação

Continuação

Tabela 15 – Associação de variáveis com a realização do rastreamento adequado em mulheres de 25 a 64 anos.

	Sim	Não	Valor p
	N (%)	N (%)	
Diabetes			
Não	511(86,6)	66(78,6)	0,072
Sim	79(13,4)	18(21,4)	
Obesidade			
Não	489(82,9)	61(72,6)	0,034*
Sim	101(17,1)	23(27,4)	
Dislipidemias			
Não	437(74,1)	64(76,2)	0,777
Sim	153(25,9)	20(23,8)	
Doenças Cardiovasculares			
Não	557(94,4)	71(84,5)	0,002
Sim	33(5,6)	13(15,5)	
Câncer			
Não	583(98,8)	82(97,6)	0,311*
Sim	7(1,2)	2(2,4)	

A análise da Tabela 15 permite concluir que foi detectada uma possível associação entre as variáveis: escolaridade (p 0,029), obesidade (p 0,034) e doença cardiovascular (p 0,051), com o fato de a mulher ter realizado o rastreamento de forma adequada para sua idade.

5.4 Rastreamento do Câncer Colorretal

A Tabela 16 demonstra a distribuição por faixa etária dos indivíduos (homens e mulheres) entrevistados em relação à realização ou não da pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), em algum momento de suas vidas.

Tabela 16 - Realização da Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes, segundo a faixa etária, em anos. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.

	Sim n=(959)	Não n=(94)	Total n=(1053)
	N (%)	N (%)	N (%)
18 a 24	68 (7,1)	4 (4,3)	72 (6,8)
25 a 39	291 (30,3)	37 (39,4)	328 (31,1)
40 a 49	176 (18,3)	16 (17)	192 (18,2)
50 a 59	183 (19,1)	22 (23,4)	205 (19,4)
60 a 64	83 (8,6)	4 (4,3)	87 (8,3)
65 a 69	57 (5,9)	4 (4,3)	62 (5,9)
70 a 75	57 (5,9)	3 (3,2)	60 (5,7)
Maior ou igual a 76	44 (4,6)	4 (4,3)	48 (4,6)

A análise da tabela mostra que a maior parte dos entrevistados realizou a PSOF (959 ou 91%). Em relação ao grupo de pacientes cuja faixa etária está indicada na realização desse exame para o rastreamento do câncer colorretal (50 a 75 anos), 380 (92%) indivíduos realizaram o exame, contra 33 (8%) que não realizaram (413 indivíduos no total). É interessante notar que a maior parte dos indivíduos que realizaram a PSOF (579 ou 60%) pertencia a faixas etárias fora daquela indicada pelas organizações internacionais para o rastreamento desse câncer (pessoas de 18 a 49 anos e aqueles com 76 anos ou mais).

Tabela 17 - Último exame de Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes realizado, em anos, segundo a faixa etária dos entrevistados. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.

	Menos de 1 ano n (365)	1 a menos de 2 anos n (197)	2 a menos de 3 anos n (75)	Mais de 3 anos n (322)	Total n (959)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
18 a 24	22 (6)	18 (1,9)	3 (0,3)	25 (2,6)	68 (7,1)
25 a 39	111 (30,4)	48 (5)	28 (2,9)	104 (10,8)	291 (30,3)
40 a 49	67 (18,4)	37 (3,9)	12 (1,3)	60 (6,3)	176 (18,4)
50 a 75	145 (39,7)	85 (8,9)	27 (2,8)	123 (12,8)	380 (39,6)
Maior ou igual a 76	20 (5,5)	9 (0,9)	5 (0,5)	10 (1)	44 (4,6)

A realização do último exame de PSOF pode ser visualizada na Tabela 17. Pode-se notar que a maior parte dos entrevistados de 50 a 75 anos realizou o último exame de rastreamento há mais de um ano da entrevista (235 ou 61,8%).

Tabela 18 - Último exame de Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes realizado, em anos, segundo os indivíduos de baixo risco para o desenvolvimento do câncer de colorretal. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.

	Menos de 1 ano	1 a menos de 2 anos	2 a menos de 3 anos	Mais de 3 anos	Nunca Fizeram	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
50 a 75 anos	130 (35,6)	72 (19,7)	23 (6,3)	108 (29,6)	32 (8,8)	365 (100)

Dos 380 entrevistados que afirmaram ter feito o exame de PSOF, 365 foram considerados de baixo risco para o desenvolvimento do câncer colorretal (aqueles indivíduos que não possuíam história família de câncer de intestino) e a Tabela 18 representa a data do último exame de rastreamento apontada por essas pessoas. Também para essa classe de indivíduos, a maioria fez o exame há mais de 1 ano da entrevista (203 ou 55,6%), e quase 10% dos indivíduos nunca fizeram o exame.

Tabela 19 - Último exame de Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes realizado, em anos, segundo os indivíduos acima de 40 anos que possuíam alto risco* para o desenvolvimento do câncer de colorretal. Ribeirão Preto, outubro de 2015 a fevereiro de 2017.

	Menos de 1 ano	1 a menos de 2 anos	2 a menos de 3 anos	Mais de 3 anos	Nunca Fizeram	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Acima de 40 anos	22 (34,9)	13 (20,6)	5 (7,9)	20 (31,7)	3 (4,8)	63 (100)

*Alto risco: indivíduos com história familiar de câncer de intestino em parente de primeiro grau

A “American Cancer Society” recomenda que indivíduos com histórico familiar de câncer colorretal em parentes de primeiro grau iniciem o rastreamento dessa condição antes dos 45 anos (37). Portanto, procurou-se avaliar os indivíduos que foram submetidos ao exame de PSOF após os 40 anos e que possuíam casos na família de câncer de intestino (Tabela 19). Pode-se, ademais, verificar que acima dessa faixa etária apenas 1/3 (34,9%) dos entrevistados se submeteu ao exame de rastreamento no último ano, a contar da data da entrevista.

A fim de se verificar a associação de algumas variáveis com a realização adequada do rastreamento do câncer colorretal em indivíduos de 50 a 75 anos, foi realizado teste qui-quadrado e, nos casos em que as suposições desse teste não foram atendidas, foi feito o teste exato de Fisher (Tabela 20).

Tabela 20 – Associação de variáveis com a realização do rastreamento adequado em indivíduos de 50 a 75 anos.

	Sim	Não	Valor p
	N (%)	N (%)	
Cor			
Branco	119(51,7)	101(55,8)	0,856*
Preto	23(10,0)	14(7,7)	
Pardo	86(37,4)	65(35,9)	
Mulato	1(0,4)	1(0,6)	
Amarelo	1(0,4)	0(0,0)	
ABEP			
A	3(1,3)	3(1,6)	0,403*
B1	10(4,3)	10(5,5)	
B2	55(23,7)	55(30,2)	
C1	88(37,9)	58(31,9)	
C2	63(27,2)	41(22,5)	
D-E	13(5,6)	15(8,2)	
Escolaridade			
Analfabeto	25(10,8)	20(11,0)	0,459
Fundamental			
Incompleto	96(41,4)	62(34,1)	
Fundamental Completo	50(21,6)	40(22,0)	
Médio Completo	53(22,8)	49(26,9)	
Superior Completo	8(3,4)	11(6,0)	
Plano de Saúde			
Não	198(85,3)	153(84,1)	0,825
Sim	34(14,7)	29(15,9)	
IPAQ			
Baixo	106(45,7)	71(39,0)	0,227
Moderado	71(30,6)	55(30,2)	
Alto	55(23,7)	56(30,8)	
Condição de Saúde			
Muito ruim	10(4,3)	12(6,6)	0,57
Ruim	16(6,9)	16(8,8)	
Nem ruim, nem boa	77(33,3)	57(31,3)	
Boa	109(47,2)	77(42,3)	
Muito boa	19(8,2)	20(11,0)	
Uso do Tabaco			
Não	192(82,8)	143(78,6)	0,342
Sim	40(17,2)	39(21,4)	

Continuação

Continuação

Tabela 20 – Associação de variáveis com a realização do rastreamento adequado em indivíduos de 50 a 75 anos.

	Sim	Não	Valor p
	N (%)	N (%)	
AUDIT-C			
Abstêmio	135(58,2)	97(53,3)	0,191
Baixo Risco	21(9,1)	29(15,9)	
Uso de Risco	49(21,1)	34(18,7)	
Risco Severo	27(11,6)	22(12,1)	
BINGE			
Não	176(75,9)	137(75,3)	0,982
Sim	56(24,1)	45(24,7)	
Hipertensão			
Não	115(49,6)	77(42,3)	0,17
Sim	117(50,4)	105(57,7)	
Diabetes			
Não	169(72,8)	133(73,1)	1
Sim	63(27,2)	49(26,9)	
Obesidade			
Não	194(83,6)	138(75,8)	0,064
Sim	38(16,4)	44(24,2)	
Dislipidemias			
Não	139(59,9)	100(54,9)	0,36
Sim	93(40,1)	82(45,1)	
Doenças Cardiovasculares			
Não	201(86,6)	155(85,2)	0,775
Sim	31(13,4)	27(14,8)	
Câncer			
Não	223(96,1)	165(90,7)	0,039
Sim	9(3,9)	17(9,3)	

A análise da Tabela 20 permite concluir que foi encontrado possível associação entre a variável “diagnóstico autorreferido de câncer” (p 0,039), com o fato de a pessoa ter realizado o rastreamento de forma adequado para sua idade.

6. DISCUSSÃO

O presente estudo apresentou predominância do sexo feminino, sendo a amostra representada por 857 mulheres e 197 homens, respectivamente. Sabe-se que mulheres buscam e utilizam com maior frequência os serviços de saúde visando a tratar e prevenir doenças. Contudo, essa busca está ligada ao fato das mulheres apresentarem maiores taxas de morbidade e problemas de saúde quando comparado ao sexo masculino, assim como maior cuidado com a própria saúde, ao passo que os homens apresentam maiores taxas de mortalidade quando comparado às mulheres (41). Em relação à predominância de brancos e pardos em ambos os sexos, tal fato pode ser explicado pela maior concentração dessas duas cores ou raças na região sudeste (e sul) do país (42).

Sobre a classificação econômica dos participantes, segundo a ABEP, as classes C1 e C2 juntas representaram a maioria da amostra (61%), o que corresponde a uma renda de R\$ 1.627,00 mil a R\$ 2.705,00 mil (média a baixa renda), classe econômica esta que mais frequentemente faz uso do serviço público de saúde e onde se tem observado maiores gastos em saúde, devido às más condições de saúde e maior prevalência de fatores de risco para DCNT (43, 44).

Em relação à escolaridade, é possível observar o número acentuado dos participantes com ensino médio completo e ensino fundamental incompleto, mostrando extremos em relação à fatores protetivos e escolaridade, ou seja, há busca pelo SUS tanto por quem detém maior nível escolar e quem possui nível escolar reduzido (45).

No que concerne os hábitos de vida da população deste estudo, foi encontrado que a maior parte dos entrevistados em ambos os sexos, segundo o IPAQ, realizou atividades físicas de complexidade baixa a moderada. Em uma pesquisa realizada no estado de São Paulo, observou-se que homens e mulheres realizaram atividades físicas aquém daquilo considerado adequado, corroborando os achados deste estudo (46). Em relação ao uso abusivo de álcool, a metade dos entrevistados declarou-se abstinência (55%), assim como a maioria também não fumava (83,7%), hábitos estes que contribuem definitivamente para uma boa condição de saúde (47).

Com relação ao perfil de DCNT da amostra deste estudo, a prevalência de morbidade referida foi maior, proporcionalmente, em homens para as seguintes condições: doenças cardiovasculares (12,2%), diabetes mellitus (21,2%) e hipertensão arterial primária (44,2%). Por sua vez, as mulheres se destacaram pela maior prevalência de dislipidemias (27,8%).

Segundo um estudo de associação realizado por Barreto e Figueiredo, em 2009 (48), utilizando 39.821 mil participantes com idades ≥ 30 anos do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) realizado em 27 capitais brasileiras, em 2006, identificaram que a prevalência de uma, duas ou mais DCNT foi significativamente maior em mulheres. Os homens que apresentaram uma e/ou mais de uma DCNT eram mais velhos, com baixa escolaridade e, em maior proporção, solteiros, divorciados, separados ou viúvos (48). Ademais, esse estudo mostrou também que ter duas ou mais DCNT era aproximadamente 22 vezes maior entre os homens com idade ≥ 70 anos do que entre aqueles de 30 a 39 anos, e a cor da pele não apresentou associação com o relato de DCNT entre os homens. Em relação ao sexo feminino, a presença de uma ou mais de uma DCNT foi significativamente maior entre aquelas mais velhas, chegando a ser 62 vezes maior naquelas com idade ≥ 70 anos em comparação às mulheres na faixa etária 30-39 anos. O relato de DCNT foram mais frequentes entre mulheres com menor escolaridade, solteiras, divorciadas, separadas ou viúvas. A cor da pele também não foi associada com o relato de DCNT entre elas (48).

6.1 Câncer de Mama

Em relação ao rastreamento do câncer de mama, o MS recomenda o rastreamento bianual dos 50 a 69 anos por meio da realização de exame mamográfico em mulheres de risco padrão e recomenda contra o rastreamento em mulheres de 40 a 49 anos (risco padrão) (22,46). A Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), por sua vez, recomendam a realização da mamografia anual dos 40 aos 74 anos em mulheres de risco padrão (39).

Nesta pesquisa (Tabela 6), foi verificado que mais da metade das mulheres realizou mamografia ao menos uma vez em suas vidas (494 ou 57,6%), sendo que o exame é preconizado pelo Ministério da Saúde apenas para aquelas na faixa etária de 50 a 69 anos (275 ou 32%). O número de mulheres que realizou o exame fora da faixa etária preconizada foi bem próximo daquelas entre 50 a 69 anos (224 ou 26,7%).

Na lógica de aprimorar os dados sobre as práticas de rastreamento do câncer de mama, o MS desenvolveu o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) (47). A partir dos dados do SISMAMA, foi possível identificar que, no Estado de São Paulo, em 2010, houve a realização de 901.020 mil mamografias, das quais 742.623 mil foram

registradas como rastreamento do câncer de mama. Dos exames realizados para rastreamento nas mulheres residentes no Estado, somente 51,6% foram para a faixa etária preconizada pelo MS (50 a 69 anos) (15,50,51). Assim, ao se comparar esses dados com o presente trabalho, é possível atestar que a proporção de mulheres de 50 a 69 anos que realizou exame mamográfico foi muito parecida: 51,6%, contra 54,7% deste trabalho. Ou seja, ainda que metade das pacientes tenham feito o exame de acordo com a norma vigente, a outra metade o fez em idade fora daquela preconizada pelo MS (50,51).

Quanto ao pequeno contingente de mulheres de 50 a 69 anos (44 ou 20%), de risco padrão, que apontaram alguma razão para a não realização da mamografia conforme as regras do MS, em sua maioria, afirmaram não achar necessário (15 entrevistadas). Em um estudo (52) que também avaliou os motivos para a não realização do exame de mamografia, foi constatado que em 55,1% da amostra de mulheres estudadas, nenhum médico tinha solicitado o teste antes e que 51,4% das mulheres nunca sentiram nada nos seios antes. Também foi mencionada a dificuldade em programar o teste (13,1%), além da falta de informação sobre a idade para iniciar a realização do exame (9,3%) (52). Sabe-se, ainda, que há a dificuldade da realização do exame de mamografia, principalmente quando se trata do acesso no serviço público de saúde no país, com destaque à disparidade da distribuição geográfica e o volume acentuado de mulheres que necessitam realizar o exame. Sabe-se que, em países desenvolvidos, a cobertura do rastreamento para câncer de mama atinge cerca de 70% da população de mulheres elegíveis. Tal alcance é capaz de reduzir a mortalidade associada ao câncer de mama em torno de 20 a 30% naquelas populações (53). No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2008, há o registro de que 71,1% das mulheres de 50 a 69 anos foram, algum dia, submetidas a exame de mamografia. Também é possível identificar as desigualdades regionais características do país, por exemplo: nas Regiões Norte e Nordeste essa proporção é de apenas 49,8% e 54,9%, respectivamente (41). Mesmo nos países em que o rastreamento regular aumentou ao longo do tempo, mantém-se uma proporção significativa de mulheres da população alvo que nunca foram rastreadas (54).

Quanto às associações encontradas relacionadas a algumas variáveis e a relação com a realização adequada do rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos (Tabela 11), obtivemos resultados em relação à cor e uso do tabaco. A relação entre o fumo e o câncer de mama, quando encontrado na literatura, ainda se apresenta de forma controversa. Há pouco tempo, a maioria dos pesquisadores concordavam que não haviam obtido o suficiente para determinar se mulheres tabagistas poderiam desenvolver, em maior proporção, o câncer de mama (55).

Contudo, um estudo de revisão conduzido pelo Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer analisaram 53 estudos de coorte e caso-controle, a partir dos quais puderam observar que as associações entre tabagismo e câncer de mama eram geralmente confundidas pelo efeito do consumo de bebidas alcoólicas associado ao uso do tabaco (56). Não obstante, os autores de um estudo distinto realizaram uma coorte prospectiva envolvendo 79.990 mil mulheres com idades entre 50 e 79 anos e observaram um aumento de 20% a 50% no risco de câncer de mama em associação com intensidade e duração do hábito do uso do tabaco e idade do início do tabagismo (57). Esse estudo foi corroborado pelos resultados de especialistas canadenses que revisaram uma lista extensa de pesquisas acerca da temática abordada e concluíram que as relações entre o fumo ativo e o câncer de mama são consistentes com uma relação de causalidade (58).

Algumas características sociodemográficas podem estar associadas ao nível de conhecimento e frequência na realização do rastreamento para o câncer de mama. Foi identificada a influência de algumas características das mulheres, como por exemplo: a cor da pele, a escolaridade e a situação conjugal para a maior utilização dos serviços de saúde (59). Contudo, quando é levado em consideração as características étnicas da população do estado de São Paulo, o mesmo apresenta maior concentração de população branca e parda (39), apresentando, então, números elevados, tanto de adesão, quanto não adesão para as duas populações étnicas específicas.

6.2 Câncer de Útero

O rastreamento do câncer de colo de útero é recomendado para mulheres sexualmente ativas, que tenham cérvix e idade entre 25 e 64 anos, em intervalos trianuais; após dois exames consecutivos normais (teste de Papanicolaou), em um intervalo de um ano (13,22). De um total de 857 mulheres participantes do estudo, 839 mulheres (97,9%) indicaram ter realizado o exame de rastreamento para câncer de colo de útero ao menos uma vez na vida (Tabela 12). A maioria das mulheres entre 25 a 69 anos (585 ou 69,7%), de risco padrão, afirmou ter realizado o último exame há menos de 3 anos (Tabela 13).

O Ministério da Saúde desenvolveu um Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). Este sistema é utilizado para coletar dados acerca dos exames realizados e, também, informações sobre o seguimento das pacientes com resultados alterados (50). Os dados referentes a 2010, para o Estado de São Paulo, registraram um total de 2.435.266 milhões de exames citopatológicos cérvico-vaginais, 72,3% deles realizados na

faixa etária preconizada pelo MS (25 a 64 anos) (50). O exame é um método simples, barato e eficiente para detectar lesões desde sua fase inicial e está à disposição da população feminina em toda a rede básica de saúde (59). Para a faixa etária de 25 a 64 anos, a quase totalidade das entrevistadas (569 ou 88,6%) atestou ter realizado a citologia oncótica há menos de três anos, percentual, este, maior do que aquele encontrado neste estudo.

Desde que a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o SUS foram implantados, foi possível identificar que a cobertura do exame de rastreamento para o câncer de colo de útero passou de 82,6%, em 2003, para 87,6%, em 2008 (41), fato que proporcionou o alcance de metas internacionais e nacionais (2,3,12). Mesmo com as contribuições da atenção básica na expansão da cobertura e oferta do rastreamento e controle do câncer de colo uterino no Brasil, alguns estudos ainda observam menor acesso entre as mulheres com maior vulnerabilidade social, principalmente no que diz respeito a regiões mais pobres do país (60, 61). Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), os problemas de rastreamento na rede básica foram menores na região Sul e maiores no Centro-Oeste, sinalizando desigualdades regionais na qualidade da colpocitologia (62). Em relação à melhor qualidade da realização do rastreamento nas regiões Sul e Sudeste em comparação com as demais regiões do país são evidenciados em alguns estudos (63, 64). No estudo realizado por Barcelos e colaboradores, em relação aos dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) (64), foi identificado que, das usuárias de 25 a 64 anos de serviços de atenção básica do Brasil, 93,3% haviam realizado o exame de rastreamento de Papanicolaou alguma vez na vida e 88,8% relataram exames atualizados. Estes dados reafirmam uma importante melhoria de acesso ao rastreamento do câncer de colo uterino, já indicada por estudo prévio (66, 67) e que confirmam os dados obtidos nesta pesquisa. Ademais, um estudo realizado com dados da pesquisa VIGITEL 2011 (67, 68) e do próprio PMAQ, também encontraram correlações positivas entre a proporção de realização do rastreamento para o câncer de colo de útero ao menos uma vez na vida e nos últimos três anos, além do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios estudados; os problemas relacionados à qualidade do rastreamento para este tipo de câncer aumentaram conforme a diminuição do IDH (67, 68).

Foi identificado no PMAQ que as usuárias que tinham trabalho remunerado e residiam em domicílios com maior renda *per capita* indicavam fatores protetivos e qualidade da realização do exame de rastreamento (67). Já o estudo realizado com base em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 2008, confirmou que a maior realização do exame de Papanicolaou em níveis mais elevados de renda (41).

Em relação às associações encontradas neste estudo, a Tabela 15 evidencia as de: escolaridade, obesidade e doenças cardíacas. Em relação à escolaridade, em todas as categorias desta variável, a maioria das mulheres realizaram o exame de acordo com o preconizado pelo MS. |Como já discutido anteriormente, a alta escolaridade também é fator protetivo quanto à realização de exames preventivos (67,68,69). No que diz respeito à associação encontrada entre obesidade e realização do exame de rastreamento para o câncer de colo de útero, os dados mostram que mesmo as mulheres que se declaram obesas (n=124), ou seja, a maioria da amostra (n=101), realizou o exame preventivo de forma adequada. De acordo com o estudo de Nelson e colaboradores, mulheres obesas apresentam pouca adesão em quanto à continuidade e repetição do exame para o rastreio de câncer de colo de útero (67). No tocante às doenças cardíacas, apenas 46 mulheres do estudo revelaram ser portadoras de tal condição, sendo que 33 fizeram o exame de acordo com as normas do MS.

6.3 Câncer Colorretal

O rastreamento do câncer colorretal é realizado por meio do exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), colonoscopia e/ou signodoiscopia em adultos entre 50 e 75 anos, em intervalos variáveis, a depender do exame que é utilizado (e.g. anual para a PSOF) (24). Em relação à realização do exame de PSOF, o estudo mostra que 91% dos entrevistados fizeram o exame ao menos uma vez na vida (Tabela 16), mesmo aqueles que não apresentam idade recomendada para a realização do exame, representados por 60% da população. Dos 91% entrevistados que fizeram o exame PSOF, apenas 38% fizeram o exame em menos de um ano (Tabela 17). Os resultados mostraram, ainda, que não há uma continuidade acerca da realização do exame. Alguns estudos de coorte relacionados ao exame de sangue oculto nas fezes relatam diminuição na mortalidade por câncer colorretal em países da América do Norte e Europa, contudo, as taxas de adesão ao rastreamento variaram de 59,6% a 89,9% no primeiro exame e de 38 a 60% no último exame da série do rastreamento (70), o que evidencia a ruptura entre o primeiro exame e os demais que necessitariam ser realizados. Assim como é possível ver na Tabela 18, que mostra o último exame de PSOF nas idades preconizadas para a realização do mesmo, na qual temos um total de 365 entrevistados de idade entre 50 a 75 anos, apenas 130 indivíduos (35,6%) realizaram o exame há menos de um ano e a maioria (235 ou 64,4%) realizou o mesmo há mais de um ano ou nunca realizou a PSOF. Um estudo que analisou o perfil dos pacientes portadores de câncer de colorretal (71)

identificou que maioria dos pacientes se encontrava em estados avançados do câncer em hospitais gerais, sendo mais de 70% dos pacientes pertencentes aos estados III e IV, o que aponta para a deficiência ou mesmo inexistência de programas de rastreamento desse câncer na Atenção Básica (71).

Em relação à associação encontrada entre o câncer de colonretal e a realização ou não dos exames de rastreamento, um estudo europeu verificou algumas associações e identificou que o país, idade, educação, rendimento, estado civil, residência, tabagismo e percepção do seu estado de saúde constituíram fatores preditivos com significado estatístico em relação à utilização dos testes (72,73). No Brasil, o MS identificou que fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de colorretal está relacionado à: idade superior a 60 anos, carga genética (parentes de primeiro grau com câncer de intestino), síndromes genéticas, doenças inflamatórias crônicas do intestino, uso excessivo de bebidas alcoólicas e gordura animal, tabagismo e obesidade (73). Estes fatores de risco, principalmente os relacionados aos hábitos de vida, podem levar à menor busca para a realização dos exames de rastreamento.

No Brasil, a implantação do programa para rastreamento do câncer colorretal não foi considerada viável e custo-efetiva. Contudo, recomenda-se estratégias para ampliação da oferta de serviços e suportes diagnósticos para este tipo de câncer. Sabe-se que campanhas de rastreamento e prevenção de câncer de colorretal levam à redução da mortalidade em até 33%; outro estudo aponta que a realização de colonoscopia reduziu a taxa de mortalidade em 56% enquanto o PSOF reduziu em 32% nesse mesmo estudo (71, 73-74,75).

Nos Estados Unidos, apesar da não existência de um programa de abrangência nacional, assim como no Brasil, por meio de diferentes exames disponibilizados para o rastreamento, em torno de 50% da população com 50 anos ou mais estava com os exames realizados conforme os intervalos preconizados. Estes dados denotam o sucesso alcançado por pelos norte-americanos, ocasionando a queda das taxas de incidência e mortalidade referentes ao câncer de colorretal naquele país (74). Ou seja, com os exames de rastreamento adequado teríamos importante redução, tanto da mortalidade relacionada ao câncer, como na diminuição dos gastos públicos (71, 75, 76,77).

6.4 Considerações Sobre o Rastreamento dos Três Tipos de Cânceres

É importante considerar que nos três tipos de rastreamento de câncer analisados (mama, colo de útero e colorretal) obtivemos como resultado em nossa amostra altas taxas de

realizações de exames em pessoas que não apresentam o perfil indicado nas recomendações do MS. Em um estudo realizado para identificar o conhecimento dos médicos acerca das medidas preconizadas para a realização dos exames de rastreamento, foi encontrado que os médicos apresentaram pouco conhecimento sobre as recomendações da realização de exames para rastreamento de câncer de mama (78). Outros estudos encontraram evidências de que os médicos indicam mamografia como método preventivo às mulheres com idades inferior ao preconizado, assim como para os exames de Papanicolaou (79). Em relação às recomendações para a PSOF, estudos indicam baixa adesão à recomendação para que se procedesse o exame, sendo que o mesmo é uma medida barata e simples e sua eficácia já foi amplamente comprovada na literatura (79).

Diante dessas dificuldades encontradas, um estudo elaborou um protocolo de estratégias de suporte para os profissionais da Atenção Básica acerca da solicitação dos exames de rastreamento para DCNT que são preconizados pelo MS (80). Este parecer leva em consideração critérios como viabilidade, custos, questões políticas, características de uma população e, propriamente dito, as evidências científicas epidemiológicas presentes em cada região populacional.

Estima-se que a perda financeira sofrida pelo país seja de seja de US\$ 4,6 bilhões anuais, o que equivalente a R\$ 15 bilhões ou cerca de 0,21% de toda a riqueza gerada com cerca de 87 mil óbitos por câncer na população economicamente ativa (aqueles com idade entre 15 a 65 anos) no país (81). Além do alto custo com tratamentos realizados até que se cheguem a óbito, um estudo comparou os gastos de 1999 que eram, em média, de R\$ 470 milhões para R\$ 3,3 bilhões em 2013, excluindo os exames e campanhas realizadas para promoção e prevenção (81, 82).

Por fim, no Brasil, segundo o Relatório de Auditoria Operacional do Tribunal de Contas da União (TCU), 60% dos pacientes foram diagnosticados em estágio avançado da doença, níveis 3 e 4 da doença, estes com prognósticos ruins, sendo que nestes estágios o custo gira em torno de 60% a 80% a mais do que nos estágios 1 e 2. Quanto mais avançado o estágio, mais difícil é o tratamento e, dependendo do caso, menores são as chances de cura da doença (82, 83).

7. CONCLUSÃO

As transformações demográficas, epidemiológicas e nutricionais, tem repercutido no perfil das doenças presentes na população, resultando em alterações patológicas significativas, sendo mais evidente as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A adoção de hábitos saudáveis e a realização de exames de rastreamento são fatores protetivos quanto ao quadro mais complexo da doença. O gasto financeiro para o SUS, relacionados à níveis secundários e terciários de atenção à saúde, é muito alto. Uma intervenção à nível primário, ou seja, promoção e prevenção em saúde, é muito mais eficaz e economicamente acessível para o país. Um processo básico leva à realização do rastreamento dos cânceres de mama, colo de útero e colorretal, que é condicionado pelo acesso da população alvo.

Uma definição ampla de acesso expressa, tanto a entrada nos serviços, quanto o consequente recebimento de cuidados. No modelo que orienta este estudo, a necessidade é estabelecida pelas seguintes condições: sexo, faixa etária preconizada e fatores de risco associados em relação aos hábitos de vida e carga genética da doença na família. A percepção do risco e os fatores comportamentais influenciam na decisão da procura do serviço e delinham a demanda da população-alvo. A condição social, classe econômica, escolaridade, hábitos de vida (realização de atividades físicas, uso do tabaco) e idade, demonstraram estar associados à busca pela realização dos exames de rastreamento e apresentam forte influência no comportamento e na demanda de busca pelo serviço. É de extrema importância salientar o acesso ao SUS pela população de baixa renda e o repasse financeiro diferenciado para ações e espaço físico de redes de atenção básica, a qual, geograficamente demonstrou significativa discrepância no território nacional. O estudo foi capaz de reforçar associações já existentes em relação ao perfil da população que realiza os exames de rastreamento, atentando-se aos três tipos de câncer, assim como aos exames que estão sendo efetuados de forma desordenada em indivíduos com idades não indicadas.

Sugere-se, portanto, um estudo na atenção básica sobre o conhecimento dos profissionais de saúde acerca dos exames preventivos para DCNT, principalmente em relação às indicações para os exames de rastreamento para câncer.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva Jr JB. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2006 [acesso em 09 de fev de 2015] ; 15 (3): 47-64. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742006000300006&script=sci_arttext.
2. World Health Organization. [Internet] Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization, 2014. [acesso em 10 de fev de 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
3. World Health Organization. [Internet] Noncommunicable diseases progress monitor 2015. Geneva: World Health Organization, 2015. [acesso em 20 de mai de 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2015/en/>
4. Oliveira-Campos M, Rodrigues-Neto JF, Silveira MF, Neves DMRN, Vilhena JM, Oliveira JF, Drumond D. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2013;18(3):873-882.
5. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, AbrahamsGessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The global economic burden of non-communicable diseases: report by the World Economic Forum and the Harvard School of Public Health [Internet]. Geneva: World Economic Forum; 2011 [acesso em 30 de mai de 2015]. Disponível em: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_alEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf
6. Duncan BB, Stevens A, Iser BPM, Malta DC, Silva GA, Schmidt MI. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 30 de mai de 2015]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_5_saude_brasil_2010.pdf
7. Malta Deborah Carvalho, Campos Maryane Oliveira, Oliveira Max Moura de, Iser Betine Pinto Moehlecke, Bernal Regina Tomie Ivata, Claro Rafael Moreira et al . Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2015 Sep [acesso em 30 de mai de 2018] ; 24(3): 373-387. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300373&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300004>.
8. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *HSR: Health Services Research* 2003; 38(3):831-865.

9. Starfield B. Primary care: is it essential? *Lancet* 1994; 344:1129-33.
10. Del Priore M, Venâncio R. Uma breve história do Brasil. São Paulo: Planeta; 2010.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde [Internet]. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para o sistema de saúde. Brasília: OPAS/OMS; 2011 [acesso em 09 fev 2015]. Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
13. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*. 2011;377(9781):1949-1961.
14. Malta DC. Doenças Crônicas Não Transmissíveis, um grande desafio da sociedade contemporânea. *Ciências & Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso em 17 de jan 2015];19(1):4. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63029655001>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [acesso em 14 dez 2015]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>
16. Teixeira PF, Vaz FAC, Campos FCC, Alvares J, Aguiar RAT, Oliveira VA. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2008; 13(Supl 2):2115-2122.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [homepage na internet]. Prevenção e fatores de risco. Rio de Janeiro: INCA; 2014 [acesso em 23 fev 2014]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=13
18. American Cancer Society. What is cancer? [homepage na internet]. 2014 [citado em 17 fev 2015]. Disponível em: <http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/what-is-cancer>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [homepage na internet]. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014 [acesso em 14 dez 2015]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf

20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Estimativa da População dos Municípios Brasileiros com Data de Referência em 1º de Julho de 2014 [acesso em 14 dez 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
21. Lima Luciana Dias de, Viana Ana Luiza d'Ávila, Machado Cristiani Vieira, Albuquerque Mariana Vercesi de, Oliveira Roberta Gondim de, Iozzi Fabíola Lana et al . Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2018 May 30] ; 17(11): 2881-2892. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100005>.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Perfil dos Estados e dos Municípios Brasileiros 2014 [acesso em 14 dez 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
23. Marques RM, Piola SF, Alejandra C. Sistema de saúde no brasil: organização e financiamento. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento ; OPAS/OMS no Brasil, 2016.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Cadernos de Atenção Primária, 29. Série A. Normas e Manuais Técnicos).
25. Francisco MSS, Gomes ES, Rivaldo SRA. A promoção do autoexame da mama e a assistência de enfermagem. *Revista Científica de Enfermagem*. 2010;1(1):22-26.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Caderno de Atenção Básica, 13).
27. Vieira LM, Ribeiro BNO, Gatti MAN, Simeão SFAP, Conti MHS, Vitta A. Câncer colorretal: entre o sofrimento e o repensar na vida. *Saúde em Debate*. 2013; 37(97):261-269.
28. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2013. *Cancer Journal for Clinicians* [Internet]. 2013[citado em 23 fev 2014];63:11–30. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21166/references>
29. Antunes RCP, Editor. Prevenção do Câncer 2ª Edição. Barueri: Manole; 2015.
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Cidades@: São Paulo: Ribeirão Preto. 2016 [citado em 15 jun 2016]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/7JY>

31. Ribeirão Preto (cidade). Secretaria Municipal de Saúde [homepage na internet]. Distritos de Saúde. [acesso em 17 jan 2016]. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/rede/i16apresentacao.php>
32. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
33. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa ABEP [homepage na internet] Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa ABEP [acesso em 20 jan 2016]. Disponível em: abep@abep.org
34. International Physical Activity Questionnaire IPAC [homepage na internet] International Physical Activity Questionnaire IPAC [acesso em 20 jan 2016]. Disponível em: <https://sites.google.com/site/theipaq/home>
35. Allen JP, Litten RZ, Fertig JB, Babor TF. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Clin Exp Res.* 1997(21):613-9.
36. Bradley, K. A., DeBenedetti, A. F., Volk, R. J., Williams, E. C., Frank, D. and Kivlahan, D. R. (2007), AUDIT-C as a Brief Screen for Alcohol Misuse in Primary Care. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31: 1208-1217
37. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa ABEP [homepage na internet] Códigos e Guias - ABEP [acesso em 04 jun 2018]. Disponível em: <http://www.abep.org/codigos-e-guias-da-abep>
38. Ribeirão Preto (cidade). Secretaria Municipal de Saúde [homepage na internet]. Protocolo de Diagnóstico Precoce Câncer Mama no Município de Ribeirão Preto. [acesso em 12 de Fev 2018]. Disponível em: https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/i16ppp-rast-ca_mama.pdf
39. Urban LABD, Chala LF, Bauab SP, Schaefer MB, Santos RP, Maranhão NMA, Kefalas AL, Kalaf JM, Ferreira CAP, Canella EO, Peixoto JE, Amorim HLE, Camargo Junior HSA. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para o rastreamento do câncer de mama. *Radiol Bras.* 2017 Jul/ Ago;50(4):244–249.
40. American Cancer Society [homepage na internet]. American Cancer Society, Guideline for Colorectal Cancer Screening [acesso em 12 de Fev 2018]. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/acs-recommendations.html>

41. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Nogueira-Silva GS, Gomes R, Schraiber, LB, Figueiredo, WS. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface Comun Saúde Educ* 2010; 14(33):257-270.
42. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Censo 2010. [acesso em 27 jan 2016]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=1&idnoticia=2507&t=ibge-mapeia-distribuicao-populacao-preta-parda&view=noticia>
43. Silva, PLB. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. São Paulo em Perspectiva [internet]. 2003. [citado em 17 de fev 2016] 17(1): 69-85. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392003000100008>
44. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama da saúde do Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde (PNAD, 2008). Rio de Janeiro: IBGE [Internet] 2010 [acesso em 12 de mai de 2018]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf
45. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 [Acesso em 13 de junho de 2018] ; 16(9): 3807-3816. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000016>.
46. Malta Deborah Carvalho, Cezário Antônio Carlos, Moura Lenildo de, Moraes Neto Otaliba Libânio de, Silva Junior Jarbas Barbosa da. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2006 Set [citado 2018 Maio 28] ; 15(3): 47-65. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000300006>.
47. Matsudo SM, Matsudo VR, Araújo T, Andrade D, Andrade E, Oliveira L, et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Rev Bras Cien Mov*. 2002;10(4):41-50.
48. Barreto SM, Figueiredo RC. Enfermedad crónica, auto-evaluación de salud y comportamiento de riesgo: diferencia de género. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2009 Nov [acesso em 04 jun de 2018] ; 43(Supl 2): 38-47. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000900006&lng=en.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Controle do Câncer de Mama. Rio de Janeiro: INCA; 2017 [acesso em 14 jan 2017]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/4da965804a4414659304d3504e7bf539/Dir>

ettrizes+Detec%C3%A7%C3%A3o+Precoce+Ca+Mama+2015.pdf?MOD=AJPERES&CA
CHEID=4da965804a4414659304d3504e7bf539

50. Ministério da Saúde, Datasus [homepage na internet]. Informações de Saúde – Informações Estatísticas – Siscolo e Sismama [acesso em jun de 2018]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.

51. Correa MCMMA, Naffah FM, Cecilio MAM, Tamelini RM. Diretrizes para a atenção oncológica no estado de São Paulo: contribuições para o debate. BEPA, Bol. epidemiol. paul.[Internet]. 2011 Ago [acesso em 04 jun de 2018] ; 8(92): 24-43. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-42722011000800003&lng=pt.

52. Inequalities associated with lack of mammography in TeresinaPiauí-Brazil, 2010-2011
Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-
Piauí-Brasil, 2010-2011. Rev Bras Epidemiol [Internet] 2012 [acesso em 04 jun de 2018];
15(4): 737-47. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/v15n4/06.pdf>

53. International Agency for Research on Cancer (IARC) [homepage na internet]. World cancer report 2008. Lyon; International Agency for Research on Cancer. [acesso em 04 jun de 2018]. Disponível em: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/>

54. Schootman M, Jeffe DB, Reschke AH, Aft RL. Disparities related to socioeconomic status and access to medical care remain in the United States among women who never had a mammogram. Cancer Causes Control 2003; 14(5):419425

55. Luo J, Margolis KL, Wactawski-Wende J, Horn K, Messina C, Stefanick ML, Tindle HA, Tong E, Rohan TE. Association of active and passive smoking with risk of breast cancer among postmenopausal women: a prospective cohort study. BMJ. 2011; 342:d1016.

56. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Alcohol, tobacco and breast cancer – collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58 515 women with breast cancer and 95 067 women without the disease. Br J Cancer. 2002; (87): 1234-45.

57. Weinmann S, Taplin SH, Gilbert J, Beverly RK, Geiger AM, Yood MU, Mouchawar J, Manos MM, Zapka JG, Westbrook E, Barlow WE. Characteristics of women refusing follow-up for tests or symptoms suggestive of breast cancer. J Natl Cancer Inst Monogr. 2005; (35): 33-8.

58. Adriane PB, Edson MT, Laís AS, Mara LMS. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. Rev Bras de Saúde Materno Infantil [Internet] 2011 [acesso em 11 de mai de 2018]; 11(2):163-171 · Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Mara_Santos/publication/285247156_Conhecimento_ 2011

e_pratica_sobre_os_fatores_de_risco_para_o_cancer_de_mama_entre_mulheres_de_40_a_69_anos/links/567e761808ae1e63f1e7c4e8.pdf

59. Dos Santos SMA, Bocate TÉM, Pimenta FRA, Wotzasek CME, Maciel CAA. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolau. *Rev da Rede de Enf do Nordeste* [Internet] 2015. [acesso em 05 de jun de 2018]; 16(4):532-539. Disponível em: <http://www.readalyc.org/articulo.oa?id=324041519010>

60. Ribeiro L, Bastos RR, Vieira MT, Ribeiro LC, Teixeira MTB, Leite ICG. Rastreamento oportunístico versus perdas de oportunidade: não realização do exame de Papanicolaou entre mulheres que frequentaram o pré-natal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, [Internet] 2016 [acesso em 05 de jun de 2018]; 32(6):e00001415. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00001415.pdf>

61. De Almeida SL; Shirley Matos KC; Paz CB ; Santana OMLL ; Carvalho ACML; Barbosa JS. Fatores Relacionados à Adesão ao Exame de Papanicolau entre as Mulheres de 18 a 59 anos. *Rev de Psicologia*. [Internet] 2015 [acesso em 10 de jun de 2018]; 9(27):1981-1179. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>

62. Duarte EC. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde.

63. Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo do útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. *Rev Bras Saude Mater Infant*. [Internet] 2015 [acesso em 10 de jun de 2018];15(2):171-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000200003>

64. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cienc Saude Coletiva*. [Internet] 2006 [acesso em 05 de mai de 2018];11(3):669-81. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300015>

65. Barcelos MRB, Lima RCD, Tomasi E, Nunes BPe, Duro SMS, Facchini LAo. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso em 05 de jun de 2018] ; 51: 67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100261&lng=en.

66. Malta DC, Jorge AO. Análise de tendência de citologia oncológica e mamografia das capitais brasileiras. *Cienc Cult*. [Internet] 2014 [acesso em 12 de mar de 2017];66(1):25-9. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v66n1/a12v66n1.pdf>

67. Sadovsky ADI, Poton WL, Reis-Santos B, Barcelos MRB, Silva ICM. Índice de Desenvolvimento Humano e prevenção secundária de câncer de mama e colo do útero: um

estudo ecológico. *Cad Saude Publica*. [Internet] 2015 [acesso em 12 de mar de 2017];31(7):1539-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00073014>

68. Nelson W, Moser RP, Gaffey A, Waldron W. Adherence to Cervical Cancer Screening Guidelines for U.S. Women Aged 25–64: Data from the 2005 Health Information National Trends Survey (HINTS). *J Womens Health (Larchmt)*. [Internet] 2009 [acesso em 12 de mai de 2018]; 18(11): 1759–1768. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2864462/>

69. Correa MS, Silveira DS, Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E et al . Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 [acesso em 06 jun de 2018]; 28(12): 2257-2266. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001400005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400005>.

70. Heresbach D, Manfredi S, D'Halluin P N, Bretagne JF, Branger B. Review in depth and meta-analysis of controlled trials on colorectal cancer screening by faecal occult blood test. *Eur J Gastroenterol Hepatol* [Internet] 2006 [acesso em 12 de mai de 2018];18(4):427-33. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16538116>

71. Valadão M, Leal RA, Barbosa LC, Carneiro M, Muharre RJ. Perfil dos pacientes portadores de câncer colorretal operados em um hospital geral: necessitamos de um programa de rastreamento acessível e efetivo. *Rev bras. colo-proctol*. [Internet]. 2010 [acesso em 09 de jun de 2018] ; 30(2): 160-166. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802010000200006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802010000200006>.

72. Heresbach D, Manfredi S, D'Halluin P N, Bretagne JF, Branger B. Review in depth and meta-analysis of controlled trials on colorectal cancer screening by faecal occult blood test. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2006;18(4):427-33.

73. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer [Inernet]. Falando sobre câncer do intestino / Instituto Nacional de Câncer, Sociedade Brasileira de Coloproctologia, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn, Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, Sociedade Brasileira de Cancerologia, Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. - Rio de Janeiro: INCA, 2003. [acesso em 08 de jun de 2018]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/publicacoes/falando_sobre_cancer_de_intestino.pdf

74. Levin B, Lieberman D, Mcfarland B, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: A joint guideline from the American cancer Society , the US Multi-Society Task Force on colorectal cancer, and the American college of Radiology. *Gastroenterology* [Internet] 2008. [acesso em 05 de jun de 2018];58(3):130-60. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18322143>

75. São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde [homepage na internet]. Coordenação de Epidemiologia e Informação | CEInfo. Boletim CEInfo Análise nº 06, Novembro/2012. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2012. 35p [acesso em 08 jun de 2018]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Analise_12.pdf
76. Collucci, C. Colonoscopia reduz em 56% risco de morte por câncer de intestino. Folha de São Paulo. [Internet] 2013. [acesso em 05 de jun de 2018]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2013/10/1350436-colonosopia-reduz-em-56-risco-de-morte-por-cancer-de-intestino.shtml>
77. Perez RO, Proscurshim I, São JGP, Picolo M, Gama-Rodrigues J, Habr-Gama A. Instalação e resultados preliminares de programa de rastreamento populacional de câncer colorretal em município brasileiro. ABCD, arq. bras. cir. dig. [Internet]. 2008 [acesso em 09 jun de 2018] ; 21(1): 12-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202008000100003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202008000100003>.
78. Tucunduva LTCM, Sá VHLC, Koshimura ET, Prudente FVB, Santos AF, Samano E ST et al . Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2004 Sep [acesso em 09 jun 2018] ; 50(3): 257-262. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000300030&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302004000300030>.
79. Towler BP, Irwig L, Glasziou P, Weller D, Kewenter J. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, hemoccult. Cochrane Database Syst Rev [Internet]2007 [acesso em 05 de jun de 2018]; (2): CD001216. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17253456>
80. Ferreira PT. Elaboração de uma proposta de protocolo para sistematizar a solicitação de exames de rastreamento nas unidades básicas de saúde do município de Ponte Nova, Minas Gerais [monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG; 2014.
81. Wentzel M. Quanto o câncer custa à economia do Brasil?. BBC, Brasil. [Internet] 2018. [acesso em 05 de jun de 2018]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-43047430>
82. [informações extraídas da apresentação do Dr. Luiz Fernando Bouza, ex diretor geral do Instituto Nacional do Cancer – INCA/MS, no 3º congresso Brasileiro “todos juntos contra o câncer”, ABRALE, São Paulo, 2016]
83. Brasil. Tribunal de Contas da União (TCU). Relatório de Auditoria Operacional. [Internet] GRUPO I – CLASSE V – Plenário. TC 031.944/2010-8 Ministério da Saúde

(vinculador); Secretaria de Atenção à Saúde; Instituto Nacional do Câncer (INCA). [acesso em 14 de jan de 2018]. Disponível em: www.tcu.gov.br/Consultas/Juris/Docs/judoc/.../20111031/AC_2843_44_11_P.doc

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário elaborado pelos pesquisadores

PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Nome do entrevistador:.....

Nº de identificação:.....

Data da entrevista: ____/____/____

Nome do entrevistado:
(Não abreviar. Nome escrito por extenso, inclusive sobrenome)

Data de nascimento: ____/____/____

Gênero: Masculino Feminino

Endereço:.....
(Avenida, rua, número, apartamento, bairro, cidade - não abreviar).

Telefone: ()..... Contato (recado):.....

Celular: ().....

1. Em que cidade/estado você nasceu?

2. Qual é a sua cor? (Marque só uma resposta)

- Branca ()
 Preta ()
 Parda / Mulata /Morena/ Cabocla ()
 Amarelo/Oriental ()
 Indígena ()
 Não sabe ()

CONDIÇÃO SÓCIOECONÔMICA

(Critério de Classificação Econômica Brasil – ABEP – 2015)

3. Quais destes itens você tem em casa (Posse de itens)*? (Circule o item conforme a quantidade)

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregadas domésticas	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora de Roupa	0	2	2	2	2

* Devem ser considerados todos os bens que estão dentro do domicílio em funcionamento (incluindo os que estão guardados)

4. Você tem água encanada na sua casa? Sim (4) Não (0)

5. A rua da sua casa tem calçamento? Sim (2) Não (0)
(Exemplo: asfalto, paralelepípedo)

6. Quem é o chefe de família na sua casa? (Anotar o nome e o parentesco)
(Exemplo: o próprio entrevistado, pai, irmão, marido, esposa, etc.)
.....

7. Ele(a) frequentou a escola? Sim () Não () Não Sei ()

8. Até que série escolar Ele(a) cursou?

Analfabeto/Fundamental incompleto	() 0
Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	() 1
Fundamental II completo/Médio incompleto	() 2
Médio completo/Superior incompleto	() 4
Superior completo	() 7

9. Você frequentou a escola? Sim () Não ()
(Considerar o ensino formal: primeiro grau, segundo grau, universidade, pós-graduação)
Se a resposta foi "NÃO", passar para a questão 11.

10. Até que série escolar você cursou?

Analfabeto/Fundamental incompleto	() 0
Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	() 1
Fundamental II completo/Médio incompleto	() 2
Médio completo/Superior incompleto	() 4
Superior completo	() 7

11. Qual é o seu trabalho (ocupação) atual (sua principal fonte de renda):
.....

(Exemplo: pedreiro, dono de padaria, médico ou outro).

12. Com que idade começou a trabalhar?..... anos
() Nunca trabalhou

13. Você possui plano de saúde ou convênio médico?
() Sim () Não

CONDIÇÕES DE MORADIA

14. Há quantos anos você vive na residência atual?.....anos

15. Perto do local onde você mora existe(m): (É possível mais de uma resposta)

- () Favelas
() Terreno baldio
() Animais de rua
() Depósito de lixo
() Fábricas ou indústrias
() Outros (especificar)
() Nenhum destes

16. Quantos cômodos tem sua casa? (incluindo banheiros e cozinhas)
(Exemplo: 5 cômodos).....cômodos.

17. Usa ou já usou algum destes combustíveis em sua casa (para aquecer o ambiente ou cozinhar)?
(É possível mais de uma resposta)

- Gás
 Lenha
 Carvão
 Eletricidade
 Gasolina, óleo ou querosene
 Vela
 Nunca usa
 Outros (especificar)

18. O lugar que você passa a maior parte do dia tem algum dos seguintes materiais?

(É possível mais de uma resposta)

- Carpetes
 Tapetes
 Cortinas
 Persianas
 Sofá ou poltrona (ou qualquer móvel forrado com tecido e que contém lã ou espuma)
 Nenhum desses materiais

19. Alguma vez você percebeu mofo/bolor na sua casa? Em que lugar da casa?

- Banheiro(s)
 Quarto (s)
 Sala de estar ou de jantar
 Cozinha
 Sótão ou porão
 Outros (especificar)
 Nunca teve mofo

20. Você tem animais em sua casa? Sim Não

21. Qual(is)? (É possível mais de uma resposta)

- Cão
 Gato
 Ave (galinhas, pássaros, pombos, etc.)
 Cavalo
 Porco
 Vaca
 Outros. Qual?

22. Permite que seu gato ou cachorro entre em casa?

- Sim Não Não tenho gatos nem cachorros

23. Permite que seu gato ou cachorro entre no seu quarto?

- Sim Não Não tenho gatos nem cachorros

ATIVIDADE FÍSICA E EXERCÍCIO

(Questionário Internacional de Atividade Física, versão curta- IPAQ)

Para responder as questões lembre que:

- ❖ Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal.
- ❖ Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal.

OBS: Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

24a. Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

_____ dias por SEMANA () Nenhum

24b. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

_____ horas _____ minutos

25a. Em quantos dias da última semana você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo: pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim, como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

_____ dias por SEMANA () Nenhum

25b. Nos dias em que você fez essas **atividades moderadas** por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

_____ horas _____ minutos

26a. Em quantos dias da última semana você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo: correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

_____ dias por SEMANA () Nenhum

26b. Nos dias em que você fez essas **atividades vigorosas** por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

_____ horas _____ minutos

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

27a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

_____ horas _____ minutos

27b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de final de semana?

_____ horas _____ minutos

28. Como você avalia sua saúde?

(1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem ruim, nem boa (4) Boa (5) Muito boa

DIETA - INGESTÃO DE FRUTAS E LEGUMES

(Questionário VIGITEL 2013)

29. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer feijão?

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 Quase nunca
 Nunca

30. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 Quase nunca (pule para q35)
 Nunca (pule para q35)

31. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume CRU?

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 Quase nunca (pule para q33)
 Nunca (pule para q33)

32. Num dia comum, o(a) sr(a) come este tipo de salada:

- No almoço (1 vez no dia)
 No jantar ou
 No almoço e no jantar (2 vezes no dia)

33. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer verdura ou legume COZIDO junto com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 Quase nunca (pule para q35)
 Nunca (pule para q35)

34. Num dia comum, o(a) sr(a) come verdura ou legume cozido:

- No almoço (1 vez no dia)
 No jantar ou
 No almoço e no jantar (2 vezes no dia)

35. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, carneiro)?

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 Quase nunca (pule para q37)
 Nunca (pule para q37)

36. Quando o(a) sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) sr(a) costuma:
- Tirar sempre o excesso de gordura
 - Comer com a gordura
 - Não come carne vermelha com muita gordura
37. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frango/galinha?
- 1 a 2 dias por semana
 - 3 a 4 dias por semana
 - 5 a 6 dias por semana
 - Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 - Quase nunca (pule para q39)
 - Nunca (pule para q39)
38. Quando o(a) sr(a) come frango/galinha com pele, o(a) sr(a) costuma:
- Tirar sempre a pele
 - Comer com a pele
 - Não come pedaços de frango com pele
39. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar suco de frutas natural?
- 1 a 2 dias por semana
 - 3 a 4 dias por semana
 - 5 a 6 dias por semana
 - Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 - Quase nunca (pule para q41)
 - Nunca (pule para q41)
40. Num dia comum, quantos copos o(a) sr(a) toma de suco de frutas natural?
- 1
 - 2
 - 3 ou mais
41. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frutas?
- 1 a 2 dias por semana
 - 3 a 4 dias por semana
 - 5 a 6 dias por semana
 - Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 - Quase nunca (pule para q43)
 - Nunca (pule para q43)
42. Num DIA comum, quantas vezes o(a) sr(a) come frutas?
- 1 vez no dia
 - 2 vezes no dia
 - 3 ou mais vezes no dia
43. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial*?
- 1 a 2 dias por semana
 - 3 a 4 dias por semana
 - 5 a 6 dias por semana
 - Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 - Quase nunca (pule para q45)
 - Nunca (pule para q45)
- * Suco de caixa (tipo Maguary, Del Vale, etc), ou em pó.
44. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia?
- 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ou + () Não sabe

45. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não vale soja)
- 1 a 2 dias por semana
 - 3 a 4 dias por semana
 - 5 a 6 dias por semana
 - Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 - Quase nunca (pule para q47)
 - Nunca (pule para q47)
46. Quando o sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?
- Integral
 - Desnatado ou semi-desnatado
 - Os dois tipos
 - Não sabe
47. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces?
- 1 a 2 dias por semana
 - 3 a 4 dias por semana
 - 5 a 6 dias por semana
 - Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 - Quase nunca (pule para q49)
 - Nunca (pule para q49)
48. Num dia comum, quantas vezes o(a) sr(a) come doces?
- 1 vez no dia
 - 2 vezes no dia
 - 3 ou mais vezes no dia
49. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma trocara a comida do almoço por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches?
- 1 a 2 dias por semana
 - 3 a 4 dias por semana
 - 5 a 6 dias por semana
 - Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 - Quase nunca
 - Nunca
50. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma trocar a comida do jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches?
- 1 a 2 dias por semana
 - 3 a 4 dias por semana
 - 5a 6 dias por semana
 - Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 - Quase nunca
 - Nunca
51. Somando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados o sr. (a) acha que o seu consumo de sal é:
- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muito alto | <input type="checkbox"/> Baixo |
| <input type="checkbox"/> Alto | <input type="checkbox"/> Muito baixo |
| <input type="checkbox"/> Adequado | <input type="checkbox"/> Não sabe |

CONSUMO DE CIGARRO

52. Você fuma atualmente?

Sim Não (Se a resposta for “NÃO”, passar para a pergunta 56).

53. Você fuma regularmente: (É possível mais de uma resposta)

Cigarro de papel Cigarro de palha/fumo de rolo
 Charutos Cachimbo
 Narguilé Cigarro eletrônico

54. Com que idade você começou a fumar?.....anos

55. Em média, quantos cigarros você fuma por dia:.....cigarros

56. Você já foi fumante? (Se a resposta for “NÃO”, passar para a pergunta 60).

Sim Não

57. Com que idade você começou a fumar?.....anos

58. Em média, quantos cigarros você fumava por dia:.....cigarros

59. Com quantos anos você parou de fumar?..... anos

60. Sem contar você, quantas pessoas que moram em sua casa fumam com regularidade?

..... pessoas Nenhuma

61. Alguém fuma com regularidade em seu local de trabalho, perto de você?

Sim Não

62. Você esteve exposto com regularidade à fumaça de cigarro nos últimos 12 meses?

(a maioria dos dias ou noites): Sim Não Não sabe

63. Quantas horas por dia você fica exposto ao fumo de outras pessoas?

(Exemplo: 6 horas).....horas

➤ Para aqueles que fumam ou já fumaram:

64. Nos últimos 12 meses, algum profissional de saúde o aconselhou sobre os benefícios da cessação do tabagismo?

Sim Não Não me lembro

65. Nos últimos 12 meses, algum profissional de saúde o encaminhou para grupos de cessação do tabagismo? (Acompanhamento especializado para parar de fumar)

Sim Não Não me lembro

66. Nos últimos 12 meses, algum exame abaixo foi solicitado somente pelo fato da Sra. ou o Sr. ser fumante ou já ter fumado (rastreamento de câncer de pulmão em assintomáticos)?

Citologia do Escarro
 Raio X de Torax
 Tomografia Computadorizada de Baixa Dosagem
 Nenhum Desses

CONSUMO DE ÁLCOOL

(Questionário AUDIT-C)

67. Com que frequência você consome bebida alcoólica?

- Nunca (pule para q70)
 Uma vez por mês ou menos
 2 a 4 vezes por mês
 2 a 3 vezes por semana
 4 ou mais vezes por semana

68. Quantas doses de álcool você consome num dia normal? (ver figura)

- 0 ou 1
 2 ou 3
 4 ou 5
 6 ou 7
 8 ou mais

1 copo de cerveja ou 1 tulipa de chope (350 ml) 1 taça de vinho (140 ml) 1 dose de destilados- pinga, conhaque, uísque (40 ml) 1 dose pequena de aperitivos- liquores (40 ml)
--

69. Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?

- Nunca
 Menos que uma vez por mês
 Uma vez por mês
 Uma vez por semana
 Quase todos os dias

FATORES DE RISCO DE DOENÇAS CRÔNICAS DEGENERATIVAS

70. Alguma vez na sua vida, algum médico já lhe disse que você tem algumas das doenças abaixo? (DOENÇAS DIAGNOSTICADAS POR UM MÉDICO):

Doença	Sim	Não
Hipertensão Arterial (pressão alta)		
Diabetes		
Obesidade		
Aumento do colesterol ou de outra gordura do sangue		
Asma ou bronquite alérgica		
Enfisema pulmonar, bronquite do cigarro ou DPOC		
Câncer		
Angina (dor ou aperto no peito)		
Infarto do miocárdio		
Acidente vascular cerebral (derrame)		
Trombose, flebite, embolia pulmonar		

Se você respondeu "NÃO" para todas os itens anteriores, passar para a q75.

71. Você tomou algum medicamento para alguma destas doenças alguma vez na vida?

- Sim Não Não sabe

72. Você tomou algum medicamento para alguma destas doenças durante o mês passado?

- Sim Não Não sabe

73. Quais medicamentos? (Listar todos)

.....

.....

74. Há quanto tempo você tem tomado ou já tomou este(s) medicamento(s) ?

.....

75. Tem ou já teve asma? () Sim () Não () Não sabe
(Se respondeu "NÃO" passar para a q79)
76. Que idade tinha quando teve sintomas de asma pela última vez?.....anos
77. Quantas vezes acordou por causa de um ataque de asma nos últimos 3 meses?
Marque só uma resposta
() 5 ou mais vezes/semana (quase todos os dias)
() 1 a 4 vezes/semana (toda semana)
() Menos de 1 vez/semana (não é toda semana)
() Não sabe
78. Quanto que a asma o(a) incomodou nos últimos 3 meses?
Marcar só uma resposta
() Continuamente
() Uma vez por dia
() Menos de uma vez por dia, mas toda seman
() Menos de uma vez por semana (não é toda semana)
() Não sabe
79. Você evita fazer exercícios porque fica difícil respirar ou tem falta de ar?
() Sim () Não
80. Você já teve chiados no peito mesmo sem estar resfriado?
() Sim () Não
81. Sente falta de ar quando caminha em terreno plano ou numa subida?
() Sim () Não
82. Sentiu falta de ar depois de fazer exercícios físicos intensos nos últimos 12 meses?
() Sim () Não
83. Tem alergias respiratórias, incluindo rinites (alergia no nariz)?
() Sim () Não
84. Teve alguma vez secreção nasal ou o nariz entupido sem estar resfriado?
() Sim () Não
85. Já teve alguma vez eczema ou outro tipo de alergia de pele?
() Sim () Não
86. É alérgico a picadas de insetos?
() Sim () Não
87. Que insetos?
88. É alérgico a algum medicamento?
() Sim () Não (Se NÃO, pular para a q92)
89. Que medicamentos?
.....
90. Quando toma esse(s) medicamento(s), aparece reação na pele, olho, nariz ou garganta?
() Sim () Não
91. Quando toma esse medicamento aparece falta de ar, tosse ou chiado?
() Sim () Não
92. É alérgico a algum alimento?
() Sim () Não
93. Qual?

Em *observações*, anotar tudo que possa parecer importante como, por exemplo, não saber das enfermidades dos pais por não ter convivido com ele, ou ela.

OBSERVAÇÕES:.....

RASTREAMENTO DE CÂNCER:

109. Você tem ou teve algum tipo de câncer de mama?
 Sim Não Não sei
110. Alguém na sua família (mãe, irmã, filha) tem ou teve câncer de mama com menos de 50 anos de idade?
 Sim Não Não sei
111. Alguém na sua família (mãe, irmã, filha) tem ou teve câncer em ambas as mamas, ou câncer de ovário (em qualquer idade)?
 Sim Não Não sei
112. Algum homem na sua família (pai ou irmão) tem ou teve câncer de mama?
 Sim Não
113. Você ou alguém na sua família (mãe, irmã, filha) tem ou teve exame tipo biopsia de mama com resultado de "lesão atípica"? ("pré-câncer ou começo de câncer")
 Sim Não Não sei
114. Quando foi a última vez que a senhora fez exame de MAMOGRAFIA? (Se homem, ir para q120)
 Nunca fez
 Menos de 1 anos atrás
 De 1 ano a menos de 2 anos atrás
 De 2 anos a menos de 3 anos atrás
 Há 3 anos ou mais
115. Qual o principal motivo de você nunca ter feito ou repetido o exame de MAMOGRAFIA?
 Não acho necessário
 Não sei para que serve esse exame
 A Unidade de Saúde nunca ofereceu esse exame
 O tempo de espera para realizar o exame é muito longo
 Seu horário de trabalho dificulta a realização do exame
 Outro? Qual: _____
116. Alguma vez você precisou fazer cirurgia para retirar o útero por causa de câncer de colo?
 Sim Não Não sei
117. Você tem ou teve alguma doença que afete o sistema imunológico (ex., HIV)?
 Sim Não Não sei
118. Quando foi a última vez que você fez exame de Papanicolau?
 Nunca fez
 Menos de 1 anos atrás
 De 1 ano a menos de 2 anos atrás
 De 2 anos a menos de 3 anos atrás
 Há 3 anos ou mais

119. Qual o principal motivo de nunca ter feito ou não ter repetido o exame de Papanicolau?

- () Nunca teve relações sexuais
 () Não acho necessário
 () Não sei para que serve esse exame
 () A Unidade de Saúde nunca ofereceu esse exame
 () O tempo de espera para realizar o exame é muito longo
 () Seu horário de trabalho dificulta a realização do exame
 () Outro? Qual: _____

120. Alguém na sua família (pai, mãe, irmão, irmã, filho ou filha) tem ou teve câncer de intestino?

- () Sim () Não () Não sei

121. Alguém na sua família (pai, mãe, irmão, irmã, filho ou filha) tem ou teve diagnóstico de pólipos intestinal e/ou doença inflamatória do intestino? (Principais: Retocolite Ulcerativa, Doença de Crohn)

- () Sim () Não () Não sei

122. Quando foi a última vez que você fez exame de Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes?

- () Nunca fez
 () Menos de 1 anos atrás
 () De 1 ano a menos de 2 anos atrás
 () De 2 anos a menos de 3 anos atrás
 () Há 3 anos ou mais

123. Qual o principal motivo de você nunca ter feito ou repetido o exame de Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes?

- () Não acho necessário
 () Não sei para que serve esse exame
 () A Unidade de Saúde nunca ofereceu esse exame
 () O tempo de espera para realizar o exame é muito longo
 () Seu horário de trabalho dificulta a realização do exame
 () Outro? Qual: _____

124. Quando foi a última vez que você fez exame de Colonoscopia?

- () Nunca fez
 () Menos de 1 anos atrás
 () De 1 ano a menos de 2 anos atrás
 () De 2 anos a menos de 3 anos atrás
 () Há 3 anos ou mais

125. Qual o principal motivo de você nunca ter feito ou repetido o exame de Colonoscopia?

- () Não acho necessário
 () Não sei para que serve esse exame
 () A Unidade de Saúde nunca ofereceu esse exame
 () O tempo de espera para realizar o exame é muito longo
 () Seu horário de trabalho dificulta a realização do exame
 () Outro? Qual: _____

EM OBSERVAÇÕES, ANOTAR TUDO QUE POSSA PARECER IMPORTANTE MESMO QUE NÃO PERGUNTADO OU QUE O ENTREVISTADO ACHE IMPORTANTE.

OBSERVAÇÕES:.....

APÊNDICE B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO DA USP -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Município de Ribeirão Preto.

Pesquisador: LUANE MARQUES DE MELLO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46024115.9.0000.5440

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.139.995

Data da Relatoria: 11/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal a ser conduzido através de entrevistas com usuários de 18 a 65 anos de idade de ambos os sexos, presentes na sala de espera das unidades de saúde de atenção primária (Unidades Básicas de Saúde tradicionais e Unidades de Saúde da Família) dos cinco distritos sanitários de Ribeirão Preto/SP, por aplicação de questionário estruturado, contendo questões abrangentes que englobam variáveis visando a identificação de dados sócio-demográficos, econômicos, hábitos e estilo de vida, padrões alimentares, entre outros, associado a procedimentos para mensuração de peso, altura, circunferência abdominal e do quadril, pressão arterial sistólica e diastólica, dosagem sérica de colesterol total, triglicérides e glicemia (através de punção digital), parâmetros quantitativos de função pulmonar obtidos por espirometria.

Objetivo da Pesquisa:

Estimar a prevalência de algumas DCNT (doenças cardiovasculares, obesidade, DPOC/asma e diabetes mellitus), seus fatores de risco em comum (tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada e consumo nocivo de álcool) e de proteção (rastreamento de câncer de colo de útero, mama e colorretal) na população adulta (maiores de 18 anos) do município de Ribeirão Preto, São

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO DA USP -



Continuação do Parecer: 1.139.995

Paulo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Tempo gasto durante a entrevista. - Riscos ou danos relacionados à punção venosa para coleta de sangue para análise laboratorial, como dor durante e após a punção venosa, sangramento local. Para que estes riscos sejam minimizados, a coleta será realizada por profissional habilitado, com experiência na realização destes procedimentos.

Benefícios: As DCNTs representam atualmente grande impacto na saúde pública do Brasil com repercussões na qualidade de vida, na produtividade da população brasileira, além de afetar negativamente o orçamento dos sistemas de saúde (público e privado) do Brasil. Assim, estudos que identificam, qualificam e quantificam fatores de risco e de proteção para as principais DCNTs em nosso meio, podem adicionar novos conhecimentos com potencial para apontar medidas aplicáveis na promoção de saúde e na prevenção das DCNTs, que beneficiarão diretamente a população e, também, o sistema público de saúde. Todos os resultados obtidos pelo presente estudo serão publicados preferencialmente em periódicos brasileiros com reconhecida arbitragem científica, de acesso livre, visando alcançar a comunidade científica, gestores da saúde nos níveis

municipais, estaduais e federal, bem como, os profissionais de saúde e ao público em geral.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema da pesquisa de interesse pelo impacto das doenças crônicas não transmissíveis. Importante conhecer mais profundamente sobre tais doenças, seu impacto para futuramente atuar na promoção de saúde e prevenção das doenças.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO DA USP -



Continuação do Parecer: 1.139.995

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

RIBEIRAO PRETO, 06 de Julho de 2015

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa:

“Prevalência de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Município de Ribeirão Preto.”

Esclarecimentos ao participante da pesquisa:

O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “*Prevalência de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Município de Ribeirão Preto*” que tem como objetivo conhecer melhor a ocorrência, os fatores de risco e de proteção ligados às doenças do coração, obesidade, doença pulmonar ligada ao cigarro, asma, câncer e diabetes, na população adulta do município de Ribeirão Preto (SP).

Você foi escolhido (a) por ter mais de 18 anos e ser usuário das Unidades Básicas de Saúde e Saúde da Família do município de Ribeirão Preto (SP), mas sua participação não é obrigatória. Você pode se recusar ou deixar de participar do estudo a qualquer momento e isto não trará nenhum prejuízo a você ou ao tratamento que realiza na unidade.

A coleta de dados será feita através de um questionário sobre alguns hábitos de vida, sobre a sua alimentação, sobre sintomas e doenças que você tem ou já teve.

Você não receberá nenhum tipo de compensação ou remuneração por participar da pesquisa. Os riscos ou danos previstos são pequenos e são mais relacionados ao tempo gasto para responder às perguntas e ao risco de divulgação acidental das informações obtidas. Garantimos que suas informações serão confidenciais e que sua participação será guardada em sigilo. Seu nome jamais será identificado, principalmente se os resultados forem apresentados em eventos e/ou publicados em artigos científicos. Além disto, você tem direito à indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano permanente decorrente da sua participação nesta pesquisa.

Assim, solicitamos seu livre consentimento para participar da pesquisa e a assinatura do termo. Uma via deste documento ficará com você e outra com os pesquisadores

responsáveis. Dúvidas sobre a pesquisa ou sobre sua participação poderão ser esclarecidas a qualquer momento pelos pesquisadores ou no comitê de ética local, nos endereços abaixo.

Pesquisadores responsáveis:

Luane Marques de Mello – Professora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Av. Bandeirantes nº3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto (SP), CEP:14049-900, telefone: (16)3602-2549.

Anderson Soares da Silva – Professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Av. Bandeirantes nº3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto (SP), CEP:14049-900, telefone: (16)3602-2765.

Kênia Andreza Martins de Carvalho – Aluna de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade da FMRP-USP, telefone (35)9180-8648.

Daniela Faleiros de Paiva - Aluna de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade da FMRP-USP, telefone: (16)98175.4020

E-mails para contato: keniassp@hotmail.com e danieladepaiva@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo: (16) 3315-0009

Eu, _____ declaro que compreendi os objetivos e procedimentos da pesquisa. Dessa forma, concordo em participar.

Assinatura do Participante

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do Entrevistador ou do Pesquisador membro da equipe de pesquisa com função delegada

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2016.

ANEXOS

ANEXO A - Metodologia do Projeto Principal: “Prevalência de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Município de Ribeirão Preto”

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal a ser conduzido através de entrevistas com usuários de 18 a 65 anos de idade de ambos os sexos, presentes na sala de espera das unidades de saúde de atenção primária (Unidades Básicas de Saúde tradicionais e Unidades de Saúde da Família) dos cinco distritos sanitários de Ribeirão Preto/SP, por aplicação de questionário estruturado (Anexo 1), contendo questões abrangentes que englobam variáveis visando a identificação de dados sociodemográficos, econômicos, hábitos e estilo de vida, padrões alimentares, entre outros, associado a procedimentos para mensuração de peso, altura, circunferência abdominal e do quadril, pressão arterial sistólica e diastólica, dosagem sérica de colesterol total, triglicérides e glicemia (através de punção digital), parâmetros quantitativos de função pulmonar obtidos por espirometria.

PLANO AMOSTRAL

Este estudo tem como alvo a população adulta, moradora de Ribeirão Preto/SP, usuária de unidades de atenção primária à saúde do município. O município é dividido em cinco distritos de saúde, Norte, Oeste, Central, Sul e Leste. Em cada um destes distritos é localizada uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS), que é a referência para algumas especialidades médicas naquela região. Além das UBDS, há 5 Unidades de Saúde da Família (USF) e 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas no Distrito Norte, 9 USF e 6 UBS no Distrito Oeste, 4 UBS no distrito Central, 3 UBS no Distrito Sul e 1 USF e 5 UBS no Distrito Leste. Assim, há no total 41 unidades de saúde no município com atenção primária à saúde, que foram classificadas de acordo com o distrito na qual se localizam e o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) predominante em sua área de abrangência. O IPVS é elaborado pela Fundação Seade (Sistema Estadual de Análise de Dados) a partir de dados do Censo Demográfico, sendo as áreas geográficas classificadas em seis grupos distintos de vulnerabilidade social (15). Estes grupos, com rótulos de 1 a 6, classificam uma área como, respectivamente, de nenhuma vulnerabilidade, vulnerabilidade muito baixa, vulnerabilidade baixa, vulnerabilidade média, vulnerabilidade alta ou vulnerabilidade muito alta.

A Tabela 1 exibe uma lista das 41 unidades de saúde, uma estimativa média mensal de consultas realizadas e o IPVS predominante, obtidos de Roza *et al.* (16). As unidades de saúde foram agrupadas em 12 estratos, de acordo com o distrito em que se localizam e o IPVS predominante, sendo agrupados em um mesmo estrato áreas com IPVS predominante iguais a 1 ou 2, e em um mesmo estrato IPVS predominante igual ou maior que 4. O tamanho amostral foi obtido considerando um plano amostral estratificado (17), um coeficiente de confiança de 95% e uma precisão absoluta de 3% para a estimativa da proporção de alguma DCNT. Tal proporção, para maximização da variância, foi considerada igual a 50% em cada estrato. Estimou-se assim um tamanho amostral mínimo de 1054 entrevistas, sendo o número de entrevistas a ser realizado em cada estrato (proporcional ao respectivo tamanho populacional estimado) exibido na Tabela 1. Foi feito um sorteio dentro de cada estrato, para a escolha da unidade de saúde onde as entrevistas serão conduzidas. Assim, a Tabela 1 exibe ainda a unidade de saúde aleatoriamente escolhida para a coleta dos dados.

Tabela 1 – Distribuição dos distritos sanitários e respectivas unidades de saúde, média de consultas realizadas, IPVS predominante, unidades aleatoriamente sorteadas e tamanho amostral mínimo por estrato.

Distrit	úmero	Unidade de saúde	Média de consultas realizadas	IPVS predominante	Sorteio	Tamanho amostral
Norte		USF Estação do Alto	428	2		
		UBS Avelino Palma	641	2	X	42
		UBS Quintino I	1153	2		
		Tamanho do estrato 1	2222			
		USF Geraldo C de Carvalho	250	3		
		UBS Marincek	1350	3		
		UBS Valentina Figueiredo	480	3		
		USF Adelino Simioni	1889	3	X	106
		UBS Vila Mariana	1705	3		
		Tamanho do estrato 2	5674			
		USF Heitor Rigon	975	4	X	86
		USF Ribeirão Verde	2309	4		
	0					
	1	UBS Jardim Aeroporto	1288	6		
		Tamanho do estrato 3	4572			
Oeste	2	USF Núcleo 1	395	1,2	X	42

	3	USF Núcleo 2	253	1,2		
	4	USF Núcleo 3	77	1,2		
	5	USF Núcleo 4	414	1,2		
	6	USF Núcleo 5	428	1,2		
	7	UBS Ipiranga	677	2		
		Tamanho do estrato 4	2244			
	8	UBS Dom Mielle	1291	3		
	9	UBS José Sampaio	1367	3	X	142
	0	UBS Vila Recreio	2074	3		
	1	UBS Dutra	1456	3		
	2	USF Vila Albertina	1416	3		
		Tamanho do estrato 5	7604			
	3	USF Maria Casagrande	904	4		
	4	USF Eugênio M Lopes	503	4		
	5	USF Portal do Alto	238	4	X	45
	6	UBS Jardim Paiva	748	4		
		Tamanho do estrato 6	2393			
Central	27	UBS João Rossi	1199	1		
	28	UBS Vila Tibério I	1352	2	X	288
	29	UBS Vila Tibério II	546	2		
	30	UBDS Central	9654	2		
	31	UBS Campos Elíseos	2734	2,1		
		Tamanho do estrato 7	15458			
Sul	32	UBS Adão do Carmo	685	4	X	84
	33	UBS Parque Ribeirão	2729	4		
	34	UBS Maria das Graças	1053	5		
		Tamanho do estrato 8	4467			
	35	UBDS Vila Virgínia	2444	1,5,3	X	46
		Tamanho do estrato 9	2444			
Leste	36	UBDS Castelo Branco	1777	1		
	37	UBS São José	1178	1	X	84
	38	UBS Bonfim Paulista	1521	2		
		Tamanho do estrato 10	4476			

39	USF Jardim Zara	1214	3		
40	UBS Jardim Juliana	1901	3	X	58
Tamanho do estrato 11		3115			
41	UBS Vila Abranches	1652	4	X	31
Tamanho do estrato 12		1652			

ANÁLISE DOS DADOS

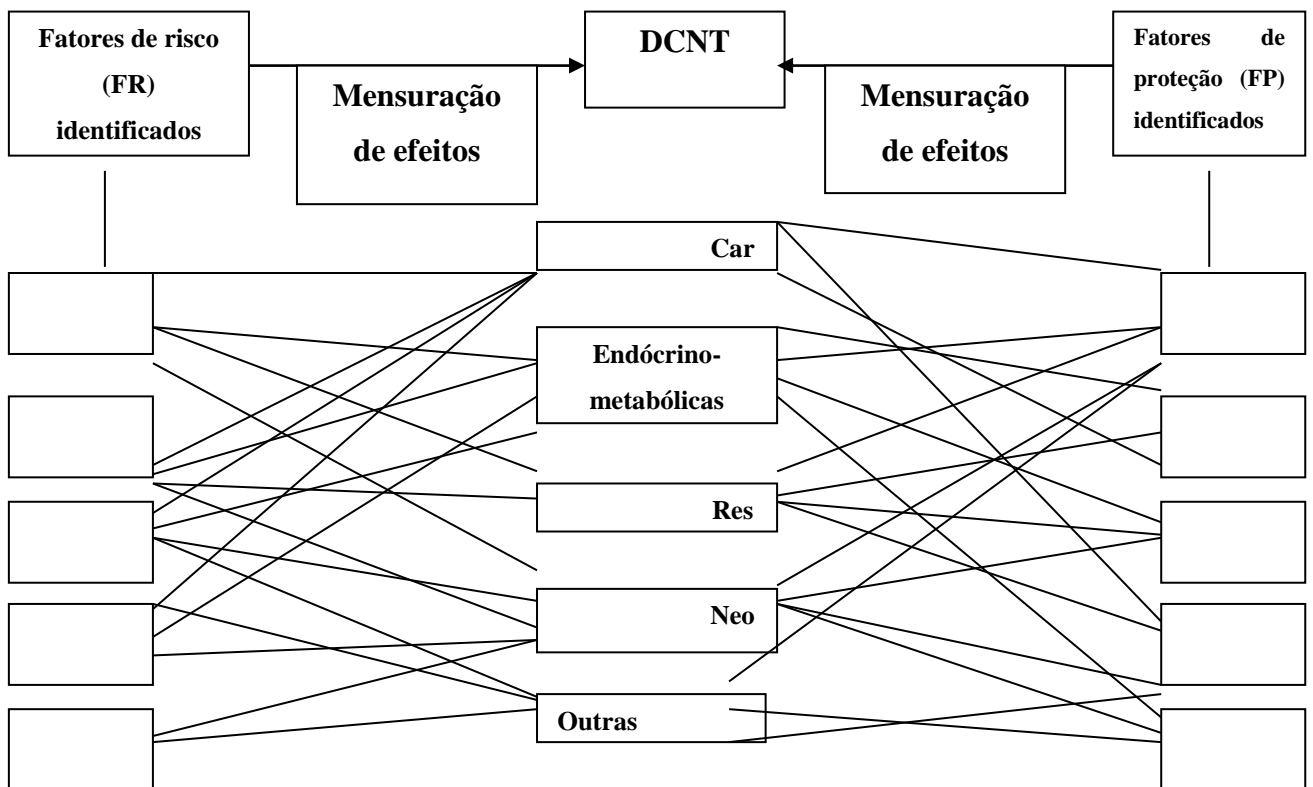
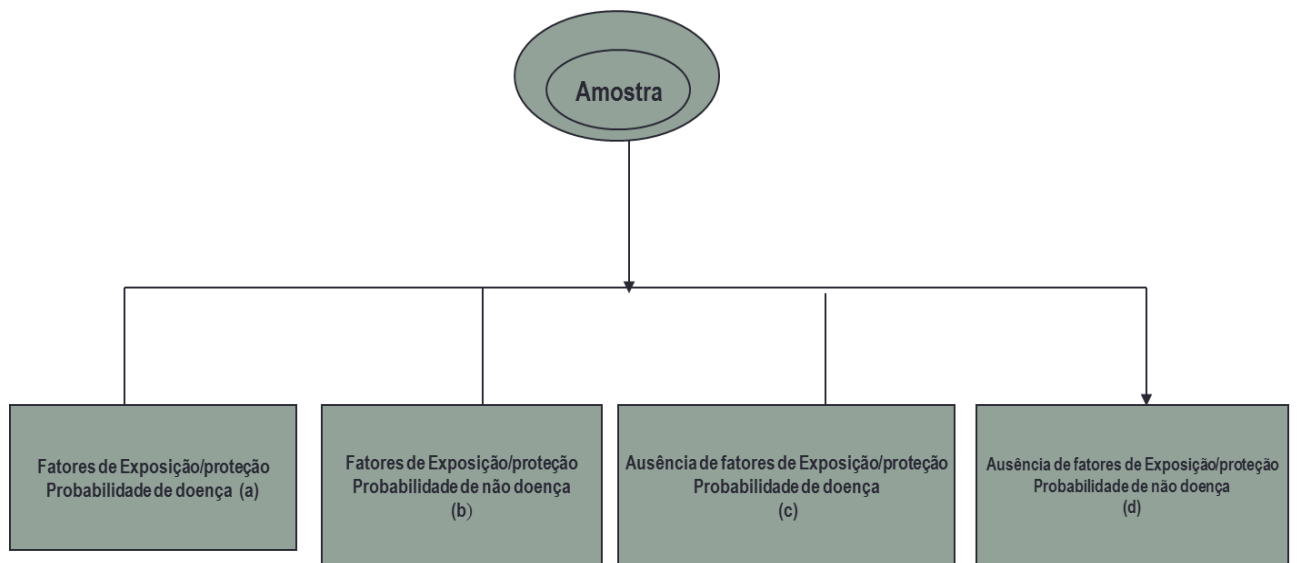
De posse dos dados, os mesmos serão estudados por meio de análise exploratória utilizando de técnicas apropriadas, de acordo com a natureza da variável.

Por se tratar de estudo transversal, a medida de associação (efeito) a ser empregada será a razão de prevalência (RP) e seu respectivo intervalo de confiança a 95% (IC95%). Inicialmente serão realizadas análises univariadas e, posteriormente, análises múltiplas por modelos generalizados de regressão, sendo a variável resposta binária e uma função de ligação logarítmica (18). Serão realizadas análises de subgrupos, considerando-se a distribuição de entrevistados em ambos os sexos e em faixas de idade subdividas nos seguintes subgrupos: a) de 18 a 25 anos; b) de 26 a 40 anos; c) de 41 a 50 anos e d) de 51 a 65 anos. Em todas as análises será considerado um nível de significância de 5%. O programa estatístico SAS será utilizado para a tabulação e análise dos dados.

A seguir é demonstrado um diagrama ilustrativo (Figura 1) do delineamento da pesquisa proposta contendo as possibilidades potenciais de tratamento dos dados e respectivos achados.

Figura 1 – Diagrama ilustrando o delineamento da presente pesquisa e seus componentes

População



ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa será encaminhado e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A coleta de dados (aplicação do questionário e procedimentos) só

será realizada em usuários que, uma vez convidados a participarem do estudo, concordem em participar, de modo que serão incluídos somente aqueles que lerem, compreenderem e autorizarem a participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente aprovado pelo CEP.

PRICIPAIS CONTRIBUIÇÕES CIENTÍFICAS

As DCNTs representam, atualmente, grande impacto na saúde pública do Brasil com repercussões na qualidade de vida, na produtividade e em indicadores de morbidade e mortalidade da população brasileira, refletindo, de maneira inquestionável, nas condições de vida de nossa população, além de impactar profundamente no financiamento (orçamento) dos sistemas de saúde (público e privado) do Brasil. Assim, estudos que identificam, qualificam e quantificam fatores de risco e de proteção para as principais DCNTs em nosso meio, podem adicionar e trazer novos conhecimentos que se traduzirão em contribuições científicas importantes com capacidade para apontar medidas potencialmente aplicáveis na promoção de saúde e na prevenção das DCNTs, com consequentes benefícios diretos para a população e, sobretudo, para o sistema público de saúde do Brasil. Todos os resultados obtidos pelo presente estudo serão publicados preferencialmente em periódicos brasileiros com reconhecida arbitragem científica, de acesso livre, possibilitando o maior alcance possível à comunidade científica, aos gestores da saúde nos níveis municipais, estaduais e federal, bem como, aos profissionais de saúde e ao público em geral.

Além dos recursos financeiros abaixo solicitados, serão utilizadas, como contrapartida Institucional, outras fontes provenientes da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

