**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

DINA ALBUQUERQUE DUARTE CORRÊA

**Cobertura do exame de Papanicolaou no município de Manaus, Amazonas:
um estudo de base populacional**

RIBEIRÃO PRETO

2013

DINA ALBUQUERQUE DUARTE CORRÊA

**Cobertura do exame de Papanicolaou no município de Manaus, Amazonas:
um estudo de base populacional**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em
Saúde Pública

Linha de pesquisa: Assistência à saúde da
mulher no ciclo vital

Orientador: Ana Maria de Almeida

RIBEIRÃO PRETO

2013

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

Corrêa, Dina Albuquerque Duarte

Cobertura do exame de Papanicolaou no município de Manaus,
Amazonas: um estudo de base populacional

Ribeirão Preto, 2013.

142 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde
Pública.

Orientador: Ana Maria de Almeida

1. Câncer de colo de útero. 2. Exame Papanicolaou.
3. Programa de rastreamento. 4. Estudo Transversal.
5. Cobertura de Serviços de Saúde.

CORRÊA, Dina Albuquerque Duarte

Cobertura do exame de Papanicolaou no município de Manaus, Amazonas: um estudo de base populacional

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em/...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me iluminou e me deu forças para transpor os obstáculos durante toda esta trajetória;

Ao meu marido e amigo Jefferson, pelo amor, paciência e companheirismo durante todos esses anos;

Aos meus pais Alda e Marco, pelo amor, dedicação e incentivos para minha formação;

À minha orientadora, Profa. Dra. Ana Maria de Almeida, pela confiança em mim depositada, competência e profissionalismo dispensados para realização deste trabalho. Agradeço pela oportunidade de realizar este estudo e pelos ensinamentos que colaboraram para minha formação pessoal e profissional;

Às mulheres que participaram desta pesquisa, pela colaboração;

A Alex Jones Flores Cassenote, pela participação na análise estatística;

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas, pelo financiamento da bolsa de estudo;

A todos que me ajudaram direta ou indiretamente para a execução deste trabalho.

Obrigada.

RESUMO

CORRÊA, D. A. D. Cobertura do exame Papanicolaou no município de Manaus, Amazonas: um estudo de base populacional. 2013. 142f Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

O controle do câncer do colo do útero (CCU) representa um desafio para as políticas de saúde nos países em desenvolvimento. No Brasil, a prevenção deste câncer é baseada principalmente no rastreamento através do exame de Papanicolaou, que se tem mostrado útil em reduzir a incidência e mortalidade por esta neoplasia quando realizado periodicamente. O Amazonas, no norte do país, está entre os estados com maiores taxas de incidência e mortalidade pelo CCU. Com isso, realizou-se o presente estudo com objetivo de estimar a prevalência da realização do exame de Papanicolaou entre mulheres do município de Manaus-Amazonas e, secundariamente, descrever o perfil dessas mulheres, identificar a periodicidade da prática do exame e verificar os fatores associados à realização do mesmo. Trata-se de um estudo transversal de base populacional, com amostra aleatória por conglomerados. Foram incluídas na pesquisa 1100 mulheres entre 25 a 59 anos de idade residentes na zona urbana de Manaus, entrevistadas no domicílio no período de outubro a dezembro de 2011. Observou-se que 92,5% das mulheres relataram ter realizado pelo menos um exame de Papanicolaou alguma vez na vida e 76,5% (IC95%=74,04-79,05) das entrevistadas o realizaram nos últimos três anos, enquanto periodicidade anual foi referida por 66,6% das mulheres (IC95%=63,8-69,3). A maioria das entrevistadas (56,8%) tinha entre 25 a 34 anos, relação estável (52,45), ensino médio completo (50,5%), renda familiar de até dois salários mínimos (66,1%) e não possuía linha telefônica residencial (64,2%). As variáveis associadas significativamente a realização do exame no período adequado foram: trabalhar em empresa pública; possuir nível superior completo; ter renda acima de dez salários mínimos; presença de telefone fixo na residência; não ser fumante; ter apenas um parceiro nos últimos 12 meses; ter tido uma ou duas gestações; usar métodos contraceptivos não cirúrgicos; conhecer a finalidade do exame; ter recebido informação sobre o exame na instituição de saúde; realizar consulta ginecológica mais de uma vez ao ano; realizar o exame periodicamente/ainda que esteja sadia; ter realizado o exame no serviço privado de saúde; ter realizado o primeiro exame devido solicitação médica; não referir dificuldade para realização do exame. Desta forma, constatou-se que cobertura do exame de Papanicolaou no município de Manaus encontra-se inferior ao nível mínimo necessário para haver impacto nos indicadores de morbimortalidade. O diagnóstico precoce precisa ser melhorado, devendo haver um planejamento de modo proativo, com distribuição heterogênea das ações de controle do câncer. Nesta perspectiva, é necessário assegurar o acesso equitativo, e produzir ações de informação e educação em saúde contínuas, sensibilizando as mulheres sobre a prevenção do câncer do colo do útero e seus fatores de risco.

Palavras-chave: Câncer do colo do útero, Exame Papanicolaou, Programa de Rastreamento, Estudo Transversal, Cobertura de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

CORRÊA, D. A. D. **Papanicolaou test coverage in Manaus, Amazonas: a population-based study.** 2013. 142f. Thesis (Doctoral) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Uterine cervix cancer (UCC) control remains a challenge for health policies in developing countries. In Brazil, UCC prevention is mainly based on Pap smear screening, which has proven useful in reducing the incidence and mortality from this cancer when performed periodically. Amazonas, in the north of Brazil, is among the states with the highest rates of incidence and mortality from cervical cancer. Considering this background, it was proposed the present study that aimed to estimate the prevalence of Pap smear coverage among women in the city of Manaus, Amazonas, and secondarily, we intended to describe the profile of these women and to identify the frequency and factors associated with Pap smear realization. It is a cross-sectional population-based study, with individuals randomly selected through a household-sample frame. It were included in the study 1100 women aged 25-59 years who lived in the urban area of Manaus, through October to December 2011. It was observed that 92.5% of women reported having had at least one Pap test during lifetime and 76.5% (95% CI, 74.04 - 79.05) had had the exam in the past three years, while 66.6% of women (95% CI, 63.8 - 69.3) reported an annual basis. The majority of women (56.8 %) was 25 to 34 years, had stable relationship (52.45), had completed high school (50.5 %), had family income of up to two minimum wages (66.1 %) and had not a landline (64.2 %). The factors associated to the use of Pap smear in the past three years were working in a public company, having a college degree, having earned over ten minimum wages, the presence landline at home, not being a smoker, having only one partner in the last 12 months, having had one or two pregnancies, using non-surgical methods of contraception, knowing the purpose of Pap test, having received information about exam at the health institution, having gynecological examination more than once a year, having the Pap smear periodically even feeling healthy, having had the test at private practice, having had the first test due to medical recommendation, having not had difficult to perform the test. Thus, it was verified that coverage of Pap smear in Manaus is below the minimum level required to have impact on UCC morbidity and mortality indicators. Early diagnosis needs to be improved, and there should be a proactively strategies with heterogeneous distribution of UCC control actions. In this perspective, it is necessary to ensure equitable access, and to produce continuous information and health education actions, sensitizing women about UCC prevention and its risk factors.

Key Words: Uterine Cervical Neoplasms, Vaginal Smears, Mass Screening, Cross-Sectional Studies, Health Services Coverage.

RESUMEN

CORREA, D. A. D. Cobertura de citología de Papanicolaou en Manaus, Amazonas: un estudio estudio poblacional. 2013. 142f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto de Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

El control del cáncer de cuello uterino (CCU) sigue siendo un desafío para las políticas de salud en los países en desarrollo. En Brasil, la prevención de CCU se basa principalmente en la prueba de Papanicolaou, que ha demostrado ser útil en la reducción de la incidencia y la mortalidad por este cáncer si se realiza periódicamente. Amazonas, en el norte de Brasil, es uno de los estados con las mayores tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino. Teniendo en cuenta estos antecedentes, se propone el presente estudio que tuvo como objetivo estimar la prevalencia de la cobertura de citología vaginal en las mujeres de la ciudad de Manaus, Amazonas, y, en segundo lugar, se pretende describir el perfil de estas mujeres e identificar la frecuencia y factores asociados con la realización de prueba de Papanicolaou. Se trata de un estudio poblacional transversal con individuos seleccionados al azar en el hogar. Se incluyeron en el estudio 1.100 mujeres de entre 25 a 59 años que vivían en el área urbana de Manaus, de octubre hasta diciembre 2011. Se observó que 92,5 % de las mujeres reportaron haber tenido al menos una prueba de Papanicolaou durante la vida y 76,5% (IC 95%, 74,04 - 79,05) habían tenido el examen en los últimos tres años, mientras que 66,6 % de las mujeres (IC 95%, 63,8-69,3) reportaron una base anual. La mayoría de las mujeres (56,8%) fue de 25 a 34 años , tenía una relación estable (52.45%), se había completado la escuela secundaria (50,5%), tenían ingresos familiares de hasta dos salarios mínimos (66,1%) y no tenía un teléfono fijo (64,2%). Los factores asociados a la utilización de citología en los últimos tres años fueron: trabajo en una empresa pública; título universitario; haber ganado más de diez salarios mínimos; la presencia de un teléfono fijo en casa; no fumar; tener una sola pareja en el últimos 12 meses; tener uno o dos embarazos; uso de métodos no quirúrgicos de anticoncepción; saber la finalidad de la prueba de Papanicolaou; haber recibido información sobre el examen en la institución de salud; examen ginecológico más de una vez al año; realizar la prueba de Papanicolaou periódicamente incluso sentirse saludable; haber tenido la prueba en la práctica privada; haber tenido la primera prueba debido a la recomendación médica; no haber tenido dificultades de realizar la prueba. Por lo tanto, se verificó que la cobertura de la prueba de Papanicolaou en Manaus está por debajo del nivel mínimo requerido para tener un impacto en la morbilidad y mortalidad del CCU. El diagnóstico precoz es necesario, y debe haber una forma proactiva de estrategias con distribución heterogénea de las acciones de control del CCU. En esta perspectiva, es necesario garantizar el acceso equitativo y la producción de información continua y acciones de educación para la salud, con la sensibilización de las mujeres acerca de sus factores de riesgo y prevención de CCU.

Palabras clave: Neoplasias del Cuello Uterino, Frotis Vaginal, Tamizaje Masivo, Estudios Transversales, Cobertura de los Servicios de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Níveis de cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero em 57 países	29
Figura 2 – Evolução do rastreamento do câncer do colo do útero por décadas, no Brasil.....	36
Figura 3 – Mapa de Manaus, zonas administrativas e bairros.....	40
Figura 4 – Mapa do município de Manaus com os setores censitários, Manaus, 2010	44
Figura 5 – Pirâmide etária da população de Manaus/AM segundo Censo 2010	54
Figura 6 – Sobreposição da população sobre a amostra com respectivo intervalo de confiança (IC95%) para a variável faixa etária, Manaus/AM, 2012	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil socioeconômico do município de Manaus, AM, no período de 1991 a 2010	39
Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo a faixa etária de mulheres entrevistadas, em Manaus/AM, 2012	53
Tabela 3 – Distribuição segundo a faixa etária na população de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2010	54
Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo variáveis socioeconômicas e demográficas na população de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012	56
Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo variáveis referentes a práticas de saúde na população de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012.....	58
Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo características sexuais e reprodutivas na população de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012...	59
Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo características relacionadas ao exame de Papanicolaou na população de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012	61
Tabela 8 – Distribuição da frequência de realização do exame de Papanicolaou na população de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012.....	66
Tabela 9 – Distribuição da amostra segundo a cobertura do exame de Papanicolaou por bairros na população de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012	67
Tabela 10 – Distribuição da frequência de realização do exame de Papanicolaou segundo as características socioeconômicas e demográficas na população de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012	70
Tabela 11 – Distribuição da frequência de realização do exame de Papanicolaou segundo as práticas relacionadas à saúde na amostra de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012	72
Tabela 12 – Distribuição da frequência de realização do exame de Papanicolaou segundo as características sexuais e reprodutivas na amostra de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012	73
Tabela 13 – Distribuição da frequência de realização do exame de Papanicolaou segundo as características relacionadas as exame na amostra de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012	75

LISTA DE ABREVIATURAS

CCU – Câncer do Colo do Útero

CAF – Cirurgia de Alta Frequência

HIV – Vírus da Imunodeficiência

HPV – Humana Vírus Papiloma Humano

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional de Câncer

IVAA – Inspeção Visual com Ácido Acético

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios =

PNCCCU – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

SISCOLO – Sistema de Informação do Controle do Câncer do Colo do útero

SUS – Sistema Único de Saúde

VIGITEL – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 QUADRO TEÓRICO	17
2.1 História natural do câncer do colo do útero.....	17
2.2 Fatores de risco para o câncer do colo do útero	18
2.3 Prevenção e controle do câncer do colo do útero	22
2.4 O exame de Papanicolaou na prevenção do câncer do colo do útero.....	23
2.5 Cobertura do exame de Papanicolaou no mundo e no Brasil.....	27
2.6 Histórico do rastreamento do câncer do colo útero no Brasil.....	33
3 OBJETIVOS	37
3.1 Objetivo geral	37
3.2 Objetivos específicos.....	37
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	38
4.1 Delineamento do estudo	38
4.2 Área de Estudo	38
4.3 População de estudo	41
4.4 Plano de amostragem.....	42
4.4.1 Dimensionamento da amostra	42
4.4.2 Desenho da amostra.....	43
4.5 Trabalho de campo	45
4.5.1 Seleção e treinamento das equipes de campo.....	45
4.5.2 Logística	45
4.5.3 A elegibilidade dos domicílios e das entrevistadas	46
4.5.4 Critérios de perda.....	46
4.5.5 Controle de qualidade.....	47
4.5.6 Instrumento de pesquisa	48
4.5.7 Estudo Piloto	48
4.6 Variáveis consideradas no estudo.....	48
4.6.1 Variáveis dependentes	48
4.6.2 Variáveis independentes	49

4.7 Análise dos dados	51
4.8 Aspectos éticos	52
5 RESULTADOS	53
5.1 Características socioeconômicas e demográficas da amostra.....	53
5.2 Práticas em saúde.....	57
5.3 Aspectos sexuais e reprodutivos.....	58
5.4 Aspectos relacionados ao Papanicolaou	60
5.5 Prevalência de realização do exame de Papanicolaou.....	65
5.6 Análise da associação entre a frequência de realização do exame de Papanicolaou e as variáveis estudadas	68
5.6.1 Características socioeconômicas e demográficas	68
5.6.2 Práticas em saúde.....	71
5.6.3 Características sexuais e reprodutivas	73
5.6.4 Características relacionadas ao exame de Papanicolaou	75
6 DISCUSSÃO	80
6.1 Limitações e potencialidades do estudo	80
6.2 Cobertura do exame de Papanicolaou no município de Manaus.....	82
6.3 Características relacionadas ao exame de Papanicolaou	87
6.4 Fatores sócio-demográficos	94
6.5 Práticas e status de saúde.....	96
6.6 Fatores sexuais e reprodutivos.....	98
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICES	126
APÊNDICE A	126
APÊNDICE B.....	138
APÊNDICE C.....	141
ANEXOS	142
ANEXO A	142

1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero configura-se, ainda hoje, como um importante problema de saúde pública mundial e representa um desafio para as políticas públicas, especialmente nos países em desenvolvimento, onde mais de 85% dos casos novos e das mortes ocorrem (PARKIN et al., 2005). No contexto mundial, esta neoplasia representa, entre as mulheres, a segunda mais incidente, e a terceira causa de morte, e a principal em dez dos 25 países latino-americanos, com 68.220 casos novos e 31.312 mortes por ano (JNCI, 2006; FERLAY et al., 2010; GOSS et al., 2013).

A ocorrência do câncer do colo uterino (CCU) está aumentando, estimando-se para o ano 2015 cerca de 320 mil casos novos no mundo, dos quais espera-se que mais de 85% dos casos e das mortes ocorram nos países menos desenvolvidos, com taxas de incidência mais altas nas regiões do Leste e Oeste da África (>30/100.000), África do Sul (26,8/100.000), Ásia Centra-Sul (24,6/100.000) e na América do Sul e Central (23,0/100.000) (FERLAY et al., 2010; JEMAL et al., 2011; GONZAGA et al. 2013). A mortalidade por este câncer cresce quase no mesmo ritmo, sendo responsável por mais de 200 mil mortes, em 2010, e podendo aumentar se medidas de prevenção e tratamento não forem adotadas (FERLAY et al., 2004; INSTITUTE FOR HEALTH AND EVALUATION, 2011).

No Brasil, as taxas de incidência e mortalidade por CCU encontram-se elevadas, sendo o número de casos novos estimados em 2012 de 17.540, ou aproximadamente 17 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2012). A mortalidade por câncer do colo do útero, no país, não tem mostrado variação importante, e se manteve praticamente estável nos últimos 30 anos, ocupando esta neoplasia, em 2005, o quarto lugar na distribuição proporcional do total de mortes por câncer entre as mulheres (GAMARRA; VALENTE; SILVA, 2010; SILVA et al., 2010).

A distribuição da mortalidade e incidência desta neoplasia nas diferentes regiões do Brasil mostra-se heterogênea, encontrando-se na região Norte coeficientes mais próximos aos de países pouco desenvolvidos. Em 2012, as estimativas do Instituto Nacional do Câncer registraram, excluindo-se os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero como o mais incidente no Norte do país (24/100.000 mulheres), o segundo mais frequente nas regiões Centro-Oeste (28/100.000) e Nordeste (18/100.000), o terceiro na região Sudeste (15/100.000) e na região Sul ocupou a quarta posição (14/100.000) (INCA, 2012).

No estado do Amazonas, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer, em 2012, foram estimados cerca de 600 casos novos de CCU, o que representou taxa bruta de incidência de 34,15 casos por 100.000 mulheres. Particularmente no município de Manaus, a neoplasia do colo do útero caracterizou-se como o câncer mais incidente na população feminina, apresentando taxa de incidência de 52,03 casos por 100.000 mulheres (INCA, 2012). Quanto à curva de mortalidade por esta neoplasia, os dados do Ministério da Saúde mostram que, no Amazonas e em Manaus, as taxas de mortalidade ajustadas por idade pela população mundial, no período de 2001 a 2011, passaram de 9,16 e 13,99 para 16,92 e 21,72 por 100.000 mulheres respectivamente, sendo o Norte a região que apresentou as maiores taxas durante o período (INCA, 2013).

A permanência das altas taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero, se dá, principalmente, em razão de um sistema fragmentado de assistência médica com acesso precário a serviços de detecção precoce da doença e tratamento das lesões detectadas. Porém, dentre todas as neoplasias, o câncer do colo uterino é o que possui um dos mais elevados potenciais de prevenção e cura quando detectado precocemente (DUAVY et al., 2007).

Estudos têm mostrado que o câncer do colo do útero trata-se de uma neoplasia cuja evolução é lenta, caracterizada por um período longo, de aproximadamente 10 a 20 anos, entre o início das lesões pré-cancerosas e a instalação do câncer propriamente dito, o que favorece sua descoberta no estágio inicial, antes do carcinoma invasivo (WOODMAN et al., 2007).

Existem vários fatores de risco relatados como responsáveis pelo desenvolvimento e evolução das lesões pré-neoplásicas, sendo o vírus papiloma humano (HPV) considerado agente etiológico central na carcinogênese cervical. Contudo há outros fatores implicados na gênese desta patologia, destacando-se entre estes o tabagismo, múltiplos parceiros, uso de contraceptivos orais, condição imunológica e baixo nível socioeconômico (LUHN et al., 2013).

A história natural da doença e seu padrão epidemiológico possibilitam que sejam realizadas ações de prevenção e detecção precoce com a implantação de programas de rastreamento populacional (WHO, 2002). As estratégias de intervenção e controle do câncer do colo do útero podem ocorrer na prevenção primária, com a utilização da vacina profilática contra o HPV e uso de preservativos, e na prevenção secundária, que tem por base o rastreamento citológico com emprego do exame de Papanicolaou (MARKOWITZ; UNGER; SARAIYA, 2009). Para este fim, o Papanicolaou comprovadamente apresenta bons

resultados, sendo considerado um método simples, de baixo custo e efetivo quando utilizado em programas de rastreamento do câncer do colo uterino (OPAS, 2013).

A identificação precoce do câncer do colo do útero consiste na realização sistemática do exame colpocitológico, em mulheres assintomáticas, a fim de diagnosticar as lesões precursoras no colo do útero antes de se tornarem invasivas. As ações de prevenção e detecção precoce podem ser concedidas de forma organizada ou oportuna, entretanto, acredita-se que a relação custo-benefício/efetividade seja melhor com ações de intervenção e controle de forma organizada (OPAS, 2013). A prevenção por meio do rastreamento utilizando o exame de Papanicolaou pode levar a reduções significativas nas taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo uterino, observando-se diminuição de 50% da mortalidade nos países desenvolvidos após a implementação de estratégias de rastreamento (KITCHNER; CASTLE; COX, 2006). No entanto, apesar da definição de políticas para a introdução de programas de rastreamento organizado, a maioria dos países da América Latina ainda não verificou o mesmo declínio nas taxas de mortalidade (GOSS et al., 2013).

No Brasil, as ações para o controle do câncer do colo do útero são representadas pelo Programa Viva Mulher, que se constitui um programa nacional direcionado ao controle do câncer do colo do útero e de mama. As estratégias de rastreamento traçadas pelo Programa consistem na oferta do exame de Papanicolaou para as mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos, e as que já iniciaram a atividade sexual independente da idade (BRASIL, 2011a). A orientação é que após dois exames anuais consecutivos negativos para displasia ou neoplasia, a periodicidade poderá ser trienal (BRASIL, 2006a).

No Amazonas, o Programa Viva Mulher foi introduzido em 1998, e no ano seguinte ocorreu a estruturação funcional nas Unidades Básicas de Saúde do Estado, sendo implantadas estratégias prevenção e controle contra o câncer do colo do útero em nível estadual. Apesar de ter ocorrido uma evolução no rastreamento do câncer do colo do útero após a implantação do Programa no estado, os números registrados ainda estão muito aquém dos preconizados, registrando, no período de 2001 a 2005, razão entre o exame citopatológico em mulheres de 25 a 59 anos e a população nesta faixa etária, abaixo da razão mínima esperada, de 0,3 exames/mulher/ano, indicando que a oferta do Papanicolaou está inferior à necessidade do Estado (CORRÊA; VILLELA, 2008).

Dentro da perspectiva dos programas de prevenção, para que o exame de Papanicolaou seja capaz de reduzir as taxas de incidência e mortalidade do câncer do colo uterino, a Organização Mundial de Saúde estabelece uma cobertura da população alvo acima de 80%, para haver redução em média de 60% a 90% na incidência do câncer invasivo de

cérvix na população (WHO, 2002). Porém, no Brasil, apesar de haver um programa de rastreamento do câncer do colo do útero, ainda permanece a realização do exame de forma oportunística, durante a procura eventual aos serviços de saúde por razões diversas que não a prevenção do câncer do colo do útero (VALE et al., 2010). Essa modalidade de rastreamento proporciona baixa cobertura, super-rastreia apenas um grupo de mulheres e não é eficiente em reduzir as taxas de morbimortalidade do câncer do colo do útero (ADAB et al., 2004).

Desta forma, a identificação da taxa de cobertura do exame Papanicolaou é fundamental para o planejamento em saúde. Entretanto, estudos populacionais sobre a cobertura do exame no país são escassos, particularmente na região Norte. No Brasil, inquéritos populacionais de abrangência nacional foram conduzidos nos anos de 2003 e 2008, sendo registrado um aumento da cobertura do exame de Papanicolaou alguma vez na vida em mulheres com 25 anos ou mais variando de 79,1% para 84,5% respectivamente (IBGE, 2010). Em Manaus, pesquisa realizada por telefone em 2011, registrou proporção de exame de Papanicolaou nos últimos três anos de 81,7% (IBGE, 2010).

Entretanto, inquéritos telefônicos podem apresentar vieses, uma vez que a amostra é composta apenas por mulheres que possuem linha telefônica residencial, o que acaba restringindo a população alvo (SEGRI, 2008). Assim, estudos de base populacional constituem a melhor opção, possibilitando a identificação das desigualdades na cobertura do exame de Papanicolaou, uma vez que tornam possível distinguir as mulheres que fizeram apenas um exame daquelas que fizeram vários. A análise da cobertura do rastreamento por meio de um inquérito populacional permite estimar o impacto das ações desenvolvidas e pode gerar indicadores fundamentais para a avaliação e planejamento do programa de prevenção do câncer do colo do útero.

Diante do exposto, realizou-se estudo de base populacional a fim de fornecer a estimativa da cobertura do exame de Papanicolaou no município de Manaus, obtendo-se assim dados que sirvam de subsídio para o planejamento e reorganização do serviço de assistência à saúde da mulher.

2 QUADRO TEÓRICO

2.1 História natural do câncer do colo do útero

A história natural do câncer do colo do útero tem mostrado tratar-se de uma neoplasia de evolução lenta que progride através de estágios cito e histologicamente reconhecíveis até o carcinoma invasivo. O câncer cérvico-uterino apresenta uma fase pré-maligna bem definida, que pode ser detectada no exame de citologia cervical e confirmada no exame histológico do material da cérvix. A terminologia citológica destes estágios foi primeiramente definida por George Papanicolaou para classificar células normais e os diferentes tipos de alterações encontradas na cérvix. Assim, denominou-se: Classe I (ausência de células atípicas ou anormais); Classe II (citologia atípica sem evidência de malignidade); Classe III (citologia sugestiva de malignidade); Classe IV (citologia muito suspeita de malignidade) e Classe V (citologia conclusiva de malignidade) (PAPANICOLAOU, 1954). Os estágios foram reclassificados por Ralph Richart, que introduziu o termo Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) para as lesões cervicais precursoras do câncer do colo do útero. O sistema de Richart classifica as lesões cervicais intraepiteliais em três graus: Neoplasia Intraepitelial Cervical grau I ou NIC I (displasia leve); Neoplasia Intra-epitelial Cervical grau II ou NIC II (displasia moderada) e Neoplasia Intraepitelial Cervical grau III ou NIC III (displasia grave ou carcinoma *in situ*) (HOLOWATY; MILLER; ROHAN, 1999; WOODMAN et al., 2007).

Posteriormente, surgiu o sistema de classificação de Bethesda, acrescentando a categoria de atipias celulares de significado indeterminado (ASCUS) para as células escamosas anormais que não podem ser classificadas como pré-malignas ou malignas. Além disso, o sistema de Bethesda denominou de lesão escamosa intra-epitelial de baixo grau as alterações devido à infecção por vírus Papiloma Humano (HPV) e as compatíveis com NIC I, e agrupou o NIC II e NIC III na categoria de lesão escamosa intra-epitelial de alto grau (BERTELSEN, 2006).

A lesão estabelecida pode regredir, persistir inalterada ou progredir para uma lesão mais grave. A progressão das lesões precursoras de grau leve para o grau moderado ou grave ocorre em 15% a 25% dos casos em 2 a 4 anos, ao passo que a lesão de grau moderado progride para displasia grave ou carcinoma *in situ* em 20% a 50% dos casos em um período variável de menos de 2 a 5 anos (OSTÖR, 1993). A maioria das lesões de grau leve retorna ao

normal dentro de dois anos, e as lesões de grau moderado, como a NIC II, têm maior probabilidade de regredir do que progredir. Já as lesões mais graves, como a NIC III, regredem em aproximadamente um terço dos casos (BERTELSEN, 2006).

Os principais fatores associados ao desenvolvimento e progressão das lesões cervicais estão relacionados com causas virais (vírus Papiloma Humano, vírus da imunodeficiência humana) e não virais (condição imunológica, comportamento sexual, uso de contraceptivos orais, tabagismo, dieta e condição sócio-econômica da mulher) (LACEY et al., 2000). Dentre os fatores envolvidos no desenvolvimento da oncogênese cervical, destaca-se o vírus Papiloma Humano (HPV), considerado o fator causal central (WALBOOMERS et al., 1999). Entretanto, a infecção pelo HPV, mesmo sendo uma condição necessária para o desenvolvimento do carcinoma do colo uterino, não é causa suficiente, sendo outros cofatores determinantes para a progressão de um processo displásico para forma invasiva (TROTIER; FRANCO, 2006).

2.2 Fatores de risco para o câncer do colo do útero

Evidências moleculares sugerem que o HPV está implicado etiológicamente em cerca de 99% dos casos de câncer do colo do útero e de uma parcela variável de câncer de vagina, vulva, ânus e pênis (MELLONE et al., 2008). Atualmente, existem mais de 100 tipos de HPV, dos quais mais de 40 podem infectar epitélio do trato anogenital e outras mucosas do corpo. São classificados em HPV de baixo risco oncogênico (HPV 6, 11, 40, 42, 43, 44, 55) encontrados geralmente em pacientes com verrugas genitais, e HPV de alto risco oncogênico (HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 e 59) sendo os tipos de HPV 16 e 18, relacionados com aproximadamente 70% dos casos de câncer cervical invasivo e mais de 90 % das lesões intra-epiteliais graves. Os tipos de HPV 26, 53, 66, 67, 68, 70, 73 e 82 são classificados como genótipos de provável alto risco (MUÑOZ et al., 2003; BOUVARD et al., 2009). Entretanto, apesar da definição de alto e baixo risco oncogênico, tipos de baixo risco já foram encontrados em lesões de alto grau, bem como tipos de HPV de alto risco já foram isolados em lesões benignas (DE VUYST et al., 2008; CHAN et al., 2009; DE SANJOSÉ et al., 2010; ANIC et al., 2011).

Estudo longitudinal incluindo 1611 mulheres residentes na cidade de São Paulo avaliou os riscos de neoplasia cervical relacionados a infecção prévia e persistente por HPV e

evidenciou que a taxa de incidência de lesão intra-epitelial associada aos HPV 16 e 18 foi 8.68 por 1000 mulheres-meses (IC95%=2,3-15,1), sugerindo forte relação entre a infecção persistente pelo HPV e a incidência de lesões intra-epiteliais (SCHLECHT ET AL., 2001).

A prevalência da infecção pelo HPV atinge maiores níveis em mulheres abaixo de 25 anos de idade, com progressivo declínio após esta idade, alcançando valores inferiores a 5% após os 55 anos, sendo a maioria das mulheres infectadas logo após sua primeira relação sexual. Para alguns autores, a possível explicação para a queda na prevalência do HPV entre as mulheres mais velhas está relacionada ao desenvolvimento de imunidade adquirida pelas repetidas infecções. Também tem sido observado um segundo pico de prevalência no período pós-menopausa que, embora a razão não esteja clara, pode ser atribuído a um ou mais mecanismos como a reativação de infecções latentes adquiridas anteriormente, devido a uma perda gradual da imunidade, ou a aquisição de nova infecção (BURK et al., 1996; HANKINS et al., 1999; TROTTIER; FRANCO, 2006).

A infecção pelo HPV no trato genital ocorre rapidamente após a relação sexual e, na maioria dos casos, mesmo com HPV de alto risco, não leva à displasia. O desaparecimento espontâneo pode ocorrer no período de dois anos, não sendo detectado nenhum resíduo de DNA do vírus com o desenvolvimento de efetiva resposta imune. Apenas em uma pequena parcela de mulheres a infecção persistente leva ao desenvolvimento de lesões cervicais. Uma resposta imune sistêmica contra o HPV ocorre em 50% a 60% das mulheres infectadas, caracterizada por ser fraca e lenta, levando vários meses após a infecção. Em algumas mulheres o vírus pode permanecer nas células do epitélio basal latente por longo período, podendo ser reativado com supressão da imunidade (STANLEY, 2008; VISCIDI et al., 2004; DE JONG et al., 2004).

Assim, observa-se que o sistema imunológico exerce um papel fundamental no controle da infecção pelo HPV, uma vez que grande proporção das mulheres infectadas eliminam o vírus por mecanismos imunológicos. Enquanto a resposta humoral com anticorpos contra o HPV pode ser importante em prevenir a infecção, os eventos locais em torno da regressão da lesão pelo HPV estão primariamente associados com a imunidade celular específica (BERTELSEN, 2006).

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a presença de doenças imunossupressoras são apontadas como fatores de risco para neoplasia cervical. Duerr et al. (2001), em estudo transversal examinando mulheres infectadas e não infectadas pelo HIV, encontraram maior frequência de lesões intra-epiteliais escamosas nas mulheres infectadas por HIV, estando estas lesões fortemente associadas aos HPVs de alto e médio risco e,

também, ao grau de imunossupressão, embora com menor força de associação para este último fator.

Outros fatores que contribuem para aumentar o risco de CCU são o início precoce da atividade sexual e a multiplicidade de parceiros. Cooper et al. (2007), em estudo caso-controle, observaram risco aumentado de câncer cervical em mulheres com início da atividade sexual antes dos 16 anos e número de parceiros maior que três. Castellsagué, Bosch e Muñoz (2003) mostraram a associação entre o risco de câncer uterino e o comportamento sexual tanto por parte da mulher quanto do companheiro, uma vez que este, atuando como “portador” e “vetor” de tipos oncogênicos de HPV, pode contribuir para o risco de desenvolvimento de câncer cervical em suas parceiras. Hernandez et al. (2008) observaram que as elevadas taxas de transmissão do HPV da mulher para o homem implicam em alta prevalência do vírus nos homens, pelo menos tão alta quanto nas mulheres, estando em torno de 20 a 73%.

A alta paridade também tem sido constantemente associada ao risco aumentado de câncer cervical, atuando como um elemento favorável a exposição pelo HPV. Em estudo investigando o papel de co-fatores carcinogênicos para o câncer cervical, Luhn et al. (2013) evidenciaram que a paridade esteve associada com o risco aumentado de NIC 3 comparada com NIC 2 ou menor com associação mais forte em mulheres com três ou mais filhos, entretanto, não foi observada associação quando comparadas mulheres com câncer e com NIC 3.

O tabagismo é outro fator que tem sido associado ao risco de CCU. A International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer (2006) reuniu e analisou dados individuais de 13.541 mulheres com câncer cervical e 23.017 mulheres sem câncer cervical de 23 estudos epidemiológicos e concluiu que as fumantes têm risco relativo de 1.6 de desenvolver carcinoma de células escamosas em relação as que nunca fumaram, sendo este risco acrescido com número de cigarros fumados por dia e início precoce do tabagismo. Alguns autores, tendo em vista as evidências da relação entre o câncer cervical e tabagismo, consideram o hábito de fumar como um fator promotor da evolução da infecção pelo HPV à neoplasia cervical associada a este agente (BOSCH et al., 2002). Entretanto, a associação entre câncer cervical e tabagismo é questionada por outros autores (ELUF-NETO et al., 1994, ELUF-NETO; NASCIMENTO, 2001).

Estudos têm investigado o papel dos contraceptivos orais na carcinogênese cervical, entretanto ainda não está clara sua associação com o desenvolvimento da neoplasia (BOSCH et al., 2002). Uma meta-análise envolvendo 24 estudos epidemiológicos concluiu que o risco relativo de câncer cervical é maior em usuárias de contraceptivos orais e declina após cessar

seu uso, retornando à condição de não usuária depois de 10 anos (INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER, 2007; MARNACH; LONG; CASEY, 2013). Moreno et al. (2002) observaram que a utilização de contraceptivos orais por longo período pode ser um co-fator que aumenta o risco de carcinoma cervical em mulheres positivas para DNA HPV. Por outro lado, Castellsagué et al. (2011), ao realizarem uma análise agrupada de dois grandes estudos da Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer e do Programa de Pesquisa sobre o HPV e Câncer Cervical do Instituto Català de Oncologia, evidenciaram que o uso de dispositivo intra-uterino esteve associado com taxas menores de câncer cervical de células escamosas, adenocarcinoma e câncer adenoescamoso, sugerindo que o dispositivo pode agir como um co-fator protetor na carcinogênese cervical.

Uma alimentação saudável pode reduzir as chances de câncer em pelo menos 40% (BRASIL, 2006a). Shannon et al. (2002) conduziram um estudo para avaliar os possíveis efeitos de fatores específicos da dieta na carcinogênese cervical e observaram que uma alta ingestão de alimentos ricos em vitamina A foi associada a risco reduzido de carcinoma in situ.

Outro importante fator associado ao desenvolvimento do CCU é o baixo nível socioeconômico, ou seja, o grupo de mulheres com maior vulnerabilidade social teria maior risco de desenvolver o câncer cérvico-uterino. Danaei et al. (2005), analisando as causas de câncer no mundo, observaram que um dos principais fatores de risco para neoplasia cervical é a transmissão sexual do HPV, principalmente em mulheres residentes nos países de baixa renda nos quais o acesso ao exame citopatológico é limitado, fator este que contribui para um grande número de mortes por CCU. Williams-Brennan et al. (2012), ao investigarem os determinantes sociais em saúde associados com o rastreamento do câncer cervical de mulheres residentes em países de média e baixa renda, notaram que as participantes com níveis mais elevados de educação e renda eram mais propensas a relatarem conhecimento sobre o rastreamento e o câncer do colo do útero, bem como uma maior participação nas atividades de triagem quando comparadas às mulheres com menor nível socioeconômico. Observa-se que existem maiores barreiras ao acesso aos serviços de saúde entre as mulheres pertencentes ao grupo de menor nível socioeconômico, advindas de dificuldades financeiras, geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais (DE SANJOSÉ et al., 1996; BRASIL, 2002a).

2.3 Prevenção e controle do câncer do colo do útero

A prevenção é uma intervenção que objetiva impedir o surgimento da doença, exigindo ação antecipada a fim de tornar improvável seu progresso. A lógica da prevenção clínica é a de estabelecer o diagnóstico precocemente, estando dirigida a pessoas que não apresentam sinais e sintomas de doença (CZERESNIA, 2003).

O conhecimento existente sobre o câncer do colo do útero conseguiu demonstrar que esta doença, quando descoberta inicialmente, apresenta alto potencial de prevenção e cura, chegando perto de 100% (BRASIL, 2002b). O reconhecimento do agente desencadeador e a progressão da neoplasia do colo do útero proporcionam oportunidades de intervenção que devem ser exploradas pelas estratégias de prevenção e controle capazes de abordar a população em risco em diferentes faixas etárias e estágios da doença. Um enfoque de amplo alcance para prevenção e controle desta neoplasia consiste em atuar na prevenção primária, secundária e terciária.

Em termos de prevenção primária do CCU, as medidas existentes envolvem ações de promoção e proteção específica contra os fatores de risco para a neoplasia, sendo que a promoção da saúde está relacionada às medidas inespecíficas como redução do tabagismo, orientação sobre dieta saudável e adoção de comportamento sexual seguro por meio do uso de preservativo. Já a proteção específica refere-se a estratégias de prevenção mais diretas como a vacinação contra o HPV. Existem duas vacinas para prevenção do HPV, registradas no Brasil, sendo uma vacina tetravalente, recomendada para mulheres de 9 a 26 anos, que previne contra os genótipos 6, 11, 16 e 18, e outra vacina bivalente, indicada para mulheres de 10 a 25 anos, eficaz contra os dois subtipos mais prevalentes, os genótipos 16 e 18. Ensaios clínicos demonstraram que ambas as vacinas apresentam quase 100% de eficácia na prevenção das infecções e no desenvolvimento de lesões pré-cancerígenas causadas pelos genótipos incluídos em suas formulações, quando administradas antes do início da vida sexual. A vacina tem sua eficácia reduzida em garotas que já tiveram contato com o vírus, e, em virtude disso, o grupo alvo recomendado pela Organização Mundial de Saúde são meninas na faixa etária de 9 a 13 anos que ainda não iniciaram a atividade sexual. O esquema de vacinação consiste em uma série de três injeções intramusculares, devendo a segunda dose ser administrada entre um a dois meses após a primeira, e a terceira dose deve ser aplicada em período de seis meses após a primeira (LUCIANI; ANDRUS, 2008; BRATS, 2011; MALIK; KHAN; AHSAN, 2013; OPAS, 2013).

A prevenção secundária, priorizada pelos programas de controle do câncer do colo uterino, refere-se à detecção e tratamento precoce do câncer *in situ*, ou de lesões precursoras. As ações preventivas envolvem técnicas de rastreamento que compreendem colpocitologia oncológica ou exame Papanicolaou, colposcopia, cervicografia e teste de detecção do DNA do vírus Papiloma humano. O rastreamento ou *screening* têm por objetivo identificar indivíduos assintomáticos para classificá-los como candidatos a exames mais refinados de avaliação, com o objetivo de identificar as lesões de colo uterino em suas fases iniciais antes de se tornarem invasivas, quando o tratamento pode ser mais eficaz. Dentre os métodos de detecção precoce do câncer do colo do útero, o exame de Papanicolaou é reconhecido como o mais seguro e eficiente a ser aplicado em programas de rastreamento, devido ao seu baixo custo e fácil execução, permitindo a detecção das lesões precursoras em estágios iniciais da doença (BRASIL, 2001; PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003). Entretanto, o exame de Papanicolaou não é um teste diagnóstico, mas sim é melhor considerado um teste de rastreamento que filtra aqueles que necessitam de avaliação posterior. Um exame de Papanicolaou anormal deve ser seguido ou confirmado por outros métodos diagnósticos (BASSAL et al., 2013). Para o tratamento precoce das lesões pré-cancerígenas, o procedimento de escolha é a cirurgia de alta frequência (CAF). Entretanto, nos locais com poucos recursos ou quando a CAF não puder ser realizada, recomenda-se a realização de crioterapia como tratamento alternativo, indicado para lesões positivas na inspeção visual com ácido acético (IVAA). Nos locais com recursos, técnicas como a conização a frio podem ser utilizadas (OPAS, 2013).

Por fim, a prevenção terciária diz respeito ao diagnóstico e tratamento do câncer invasivo. O tratamento consiste na cirurgia ablativa, na radioterapia e, por vezes, na quimioterapia. Em mulheres com câncer avançado, os cuidados paliativos podem ser prestados a fim de aliviar tanto quanto possível os sintomas (OPAS, 2013).

2.4 O exame de Papanicolaou na prevenção do câncer do colo do útero

Ao longo da metade do último século, o exame de Papanicolaou, também conhecido como exame citopatológico, citologia oncótica, citologia cervicovaginal ou exame de lâmina, tornou-se uma das ferramentas de rastreamento do câncer do colo do útero mais impactante em saúde pública, sendo reconhecido como um método de triagem de sucesso na história (DOLLIN, 2013; SMITH et al., 2013).

O exame Papanicolaou foi descrito em 1941 pelo anatomista George Nicolas Papanicolaou associado ao ginecologista Hebert Traut que, juntos, demonstraram ser possível diagnosticar o câncer mediante o esfregaço vaginal quando ele ainda não era suspeito clinicamente (TRAUT; PAPANICOLAOU, 1943). Já em 1947, J. Ernest Ayre propôs a coleta de células do próprio epitélio cervical como diagnóstico do CCU (AYRE, 1948). Este método consiste na análise das células descamadas oriundas da ectocérvice e da endocérvice. A coleta do material celular é obtida utilizando-se a espátula de madeira e a escova de Ayre, e pode ser depositada em uma única lâmina. O material deve ser fixado imediatamente para evitar o dessecamento, e corado pelo método desenvolvido por Papanicolaou para posterior leitura da lâmina (BRASIL, 2002b).

A citologia de Papanicolaou, apesar de ser um teste seguro para detectar lesões cervicais, apresenta algumas limitações referentes ao método de coleta e subjetividade da análise, e ao fato de obter amostras de células superficiais e descamadas (LAZCANO-PONCE et al. 1997; NANDA et al., 2000; BALDWIN et al., 2003). Estima-se que o exame apresente sensibilidade que varia em torno de 20 a 60% e especificidade entre 70 a 100%, podendo a taxa de falso negativo chegar a 45%, esta última principalmente em decorrência da falha na coleta do material, erros laboratoriais ou de interpretação do diagnóstico (BRASIL, 2002b; TOUN et al., 2002; FRANCO et al., 2008). Apesar do Papanicolaou ser relativamente simples, o controle da qualidade do exame citológico é essencial para o sucesso do programa de rastreamento do câncer cervical (FLISSER et al., 2002). Para uma coleta citológica satisfatória, e consequente redução das taxas de resultados falso-negativos, é necessário implementar medidas de controle interno e externo da qualidade na rotina dos laboratórios (TAVARES et al., 2007).

Embora o exame de Papanicolaou não seja definitivo no estabelecimento do diagnóstico, a citologia é uma técnica de triagem que conduz à seleção de mulheres com risco de desenvolverem lesões pré-neoplásicas e invasivas, sendo considerado um método de rastreamento seguro e de baixo custo (SILVEIRA; PESSINI, 2000).

Em países desenvolvidos, o rastreamento citológico mostrou ser uma forma de prevenção bem sucedida e esteve associado com uma redução na mortalidade por câncer cervical (KITCHNER; CASTLE; COX, 2006).

Dentre os países a conduzir um programa de rastreamento citológico, a Finlândia figura como um dos pioneiros, implementando um programa nacional no início da década de 60 que proporcionou redução das taxas de incidência por câncer do colo uterino. Van der Aa et al. (2008), ao estudarem as tendências do câncer do colo do útero na Finlândia e nos Países

Baixos, verificaram, em 2003, que as taxas de incidência e mortalidade ajustadas por idade na Finlândia foram 4.0 e 0.9 e nos Países Baixos foram 4.9 e 1.4 por 100.000 mulheres. Os autores sugerem que o declínio nas taxas de mortalidade e incidência na Finlândia esteja quase totalmente relacionado com o programa de rastreamento enquanto que nos Países Baixos a redução da mortalidade e incidência foi considerada um declínio natural, embora diferenças entre os fatores de risco para o câncer do colo uterino e realização em excesso do Papanicolaou na população da Finlândia também possam ter influenciado estas taxas.

Nos Estados Unidos, ao longo dos últimos 50 anos, as taxas de incidência e mortalidade por câncer cervical reduziram significativamente, o que ocorreu em grande parte devido à introdução do exame de Papanicolaou em larga escala, verificando-se um declínio na mortalidade de 74% no período de 1955 a 1992 (SASLOW et al., 2007; SMITH et al., 2013). Hewitt, Devesa e Breen (2004) observaram que a incidência desta neoplasia, no país, reduziu pela metade passando de 17,2 para 8,0 por 100.000 mulheres, e a mortalidade diminuiu de 6,2 para 2,9 por 100.000 mulheres, no período de 1973 a 1999. Além disso, houve uma redução nas taxas de incidência e mortalidade por câncer cervical em todos os grupos raciais e étnicos entre 1995 e 2004 (FLORES; BENCOMO, 2009).

Já na maioria dos países da América Latina, apesar da introdução de programas de rastreamento citológico, ainda não se têm observado reduções significativas nas taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo uterino. As disparidades existentes no perfil epidemiológico da doença entre os países desenvolvidos e os da América Latina podem ser atribuídas, em parte, às diferenças nas taxas de cobertura do exame de Papanicolaou (FLORES; BENCOMO, 2010). E, ainda, o baixo impacto dos programas de rastreamento nos países latino-americanos pode estar relacionado com a qualidade do exame de Papanicolaou e o acesso ao diagnóstico e tratamento da doença (MURILLO et al., 2008).

A utilização do exame de Papanicolaou em programas prevenção e controle do câncer cervical proporciona uma proteção às mulheres contra o desenvolvimento da neoplasia. De acordo com Schneider et al. (2001), a razão mais importante para a mortalidade por câncer do colo do útero em países desenvolvidos é falta da cobertura completa na população. Os autores notaram que cerca de 80% da incidência e mortalidade por câncer cervical ocorrem em áreas geográficas nas quais as mulheres não recebem rastreamento adequado e não possuem serviços de saúde suficientes. Spence, Goggin e Franco (2007), em uma meta-análise envolvendo 42 estudos que avaliaram a qualidade da assistência preventiva recebida por mulheres com câncer do colo uterino antes deste diagnóstico, verificaram que, em média, 53,8% das mulheres com câncer cervical tiveram história de rastreamento inadequado e

41,5% nunca realizaram o exame de Papanicolaou. Neste estudo, as falhas em prevenir o câncer invasivo puderam ser atribuídas a resultados falso-negativos em 29,3% e seguimento ruim de casos detectados em 11,9%.

No Brasil, o exame de Papanicolaou começou a ser introduzido em meados da década de 40, porém sua utilização, durante muitos anos, ocorreu fora do contexto de um programa organizado (BRASIL, 2002a; LAGO, 2004). Em 1998, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) instituiu o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCCU), considerado uma estratégia mais adequada para mudar o cenário deste câncer no país. O PNCCCU implantou ações nos serviços básicos de saúde e elegeu como método rastreador o exame de Papanicolaou e a cirurgia de alta frequência como método de tratamento das lesões intraepiteliais de alto grau (BRASIL, 2001).

Apesar dos programas de rastreamento utilizarem o exame de Papanicolaou como método rastreador há várias décadas, existem diferentes estratégias de organização, em especial relacionadas à periodicidade do exame e à faixa etária da população alvo. Estudos sugerem que, para os programas de prevenção alcançarem sucesso na redução da morbimortalidade por câncer cérvico-uterino, o rastreamento deve ser direcionado às mulheres mais velhas, priorizando-se, assim, a faixa etária entre 35 e 59 anos, pois nessa idade encontram-se as mulheres mais acometidas pela doença (MILLER; ROBLES, 1996; PINHO; FRANÇA JUNIOR, 2003; COPPELL; PAUL; COX, 2000). A maior incidência do câncer do colo do útero inicia-se na faixa etária entre 20 e 29 anos, com risco progressivo até atingir seu ápice entre 35 e 59 anos. Os casos que ocorrem abaixo dos 30 anos representam uma porcentagem relativamente pequena (WU et al., 2005). O exame realizado na faixa etária entre 35 a 60 anos tem se mostrado 30 vezes mais efetivo em detectar lesões que se tornaram câncer invasivo, e 10 vezes mais efetivo quando realizado em mulheres com 25 anos, tendo-se em comparação o exame realizado aos 20 anos (DAY, 1989). Reick et al. (2006), após análise da literatura, não identificaram estudos que demonstrassem a eficácia de rastrear mulheres jovens, porém concluíram que, desde a introdução do rastreamento com o exame de Papanicolaou, houve redução pela metade das taxas de incidência por câncer cervical nas mulheres mais jovens.

Quanto à frequência de realização do exame, os principais determinantes são o tempo de evolução da doença no qual o tratamento é bem sucedido, em torno de 10 a 20 anos para o câncer do colo do útero, e a sensibilidade do exame (FRAME; FRAME, 1998). Estudos tem sugerido que o efeito protetor da triagem, após 3 exames anuais negativos, não é muito diferente considerando intervalos anuais ou a cada 3 anos (IARC, 1986; AHRQ, 2011; SAWAYA et al., 2003), embora mulheres com menos de 30 anos possam ter benefício maior

da triagem anual (SAWAYA et al., 2003). A periodicidade anual do exame pode aumentar consideravelmente a realização de procedimentos complementares de investigação em comparação à triagem trienal, entretanto aumentando apenas ligeiramente a detecção do câncer (SASLOW et al., 2012). A realização do exame de Papanicolaou com maior frequência é necessária para mulheres com risco elevado de desenvolver a neoplasia.

De acordo com a OMS, a idade alvo e a periodicidade do rastreamento devem ser baseadas nas seguintes recomendações: novos programas de *screening* devem priorizar mulheres com 30 anos ou mais, e somente quando o grupo de maior risco estiver coberto as mulheres mais jovens devem incluídas; programas organizados já existentes não devem incluir mulheres com menos de 25 anos de idade em sua população alvo; se houver a possibilidade da mulher ser rastreada apenas uma vez na vida, a melhor idade é entre 35 e 45 anos; para mulheres acima de 50 anos, um intervalo de cinco anos é apropriado; no grupo etário de 25 a 49 anos, um intervalo de três anos pode ser considerado adequado se houver recursos disponíveis; *screening* anual não é recomendado em nenhuma idade e mulheres acima de 65 anos de idade não necessitam de rastreamento, desde que os últimos dois exames tenham sido negativos (WHO, 2006).

No Brasil, até o ano de 2011, o Ministério da Saúde recomendava que o exame de Papanicolaou fosse realizado em mulheres na faixa etária entre 25 e 59 anos, e nas que já haviam iniciado a atividade sexual independente da idade. A partir do final de 2011, recomendou-se que a coleta se iniciasse aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual e o limite superior de idade aumentou para 64 anos, devendo o exame ser interrompido quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (BRASIL, 2011a). Quanto à periodicidade de realização do exame, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero recomenda que, após dois exames anuais consecutivos negativos para displasia ou neoplasia, a frequência seja trienal (BRASIL, 2006a).

2.5 Cobertura do exame de Papanicolaou no mundo e no Brasil

A alta cobertura do exame de Papanicolaou, em especial na população em risco, é determinante para a efetividade do programa populacional de rastreamento do câncer cervical. Segundo a Organização Mundial de Saúde, uma cobertura do exame de no mínimo 80% na

população feminina entre 35 a 59 anos seria capaz de causar impacto nos indicadores de morbi-mortalidade da neoplasia, podendo este efeito ser observado após quatro anos de implementação das ações de detecção precoce (WHO, 1998).

Entre o período de 1960 a 1970, a incidência e mortalidade por câncer cervical nos países de alta renda eram semelhantes às observadas hoje nas regiões em desenvolvimento. O declínio subsequente nas taxas de morbi-mortalidade nos países desenvolvidos tem sido amplamente creditado a programas de rastreamento eficazes que alcançaram uma melhor cobertura do exame de Papanicolaou (GAKIDOU; NORDHAGEN; OBERMEYER, 2008).

Análises de tendência na Dinamarca, Finlândia, Islândia, Noruega e Suécia relataram uma forte correlação entre o declínio da incidência do câncer cervical e a extensão geográfica e cobertura populacional. Na Noruega, com somente 5% da população coberta por um rastreio citológico as taxas de mortalidade cumulativa (0 a 74 anos) caíram somente 10% entre o final de 1950 e começo de 1980, enquanto na Islândia, com implementação de programa de rastreamento organizado, a redução foi 80% (LAARA; DAY; HAKAMA, 1987). Na Inglaterra e no País de Gales, a introdução do rastreamento organizado nacional, em 1988, elevou a taxa de cobertura do exame de Papanicolaou de 42% em 1988 para 85% em 1994 e a incidência do câncer cervical invasivo reduziu rapidamente em 35% (QUINN; BABB; JONES, 1999; PETO et al., 2004).

Em alguns países nórdicos, no Reino Unido e Estados Unidos, após a introdução de programas populacionais de rastreamento, observou-se uma queda de até 80% na mortalidade do câncer cervical nos países que rastrearam 100% da população-alvo (NYGARD; SKARE; THORESEN, 2002; BRAY et al. 2005). Na Finlândia, houve clara correlação entre o aumento da cobertura do Papanicolaou e a diminuição das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero, evidenciando um decréscimo de cerca 80% no período compreendido entre 1963-1995 (ANTTILA et al., 1999).

Enquanto nos países desenvolvidos o exame de Papanicolaou mostrou-se eficiente para o rastreamento do câncer cervical e conseguiu reduzir as taxas de incidência e mortalidade da doença, o mesmo não ocorreu na maioria dos países da América latina cujos programas de rastreamento ainda não alcançaram uma cobertura do exame aceitável, sendo relatadas prevalências baixas na realização do exame de Papanicolaou, como na Bolívia (12%), Costa Rica (20%) e Panamá (13,1%) (PAHO, 2010).

A Figura 1 apresenta os níveis de cobertura do rastreamento do câncer cervical em 57 países, incluindo o Brasil, a partir de estudo conduzido por Gakidou, Nordhagen e

Obermeyer (2008) no qual os autores analisaram pesquisas realizadas pela Organização Mundial de Saúde em 2002 no World Health Surveys.

Fonte: Gakidou; Nordhagen; Obermeyer, 2008.

Figura 1 - Níveis de cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero em 57 países

Observa-se que a cobertura do exame é variável entre os países, havendo uma enorme disparidade entre as taxas de rastreio quando comparadas globalmente. Para estimar a magnitude das desigualdades no acesso aos serviços de triagem, Gakidou, Nordhagen e Obermeyer (2008) analisaram pesquisas realizadas pela Organização Mundial de Saúde em 2002 no World Health Surveys e mostraram a cobertura do rastreamento do câncer cervical em 57 países. Os autores indicaram que a cobertura do exame de Papanicolaou em países em desenvolvimento foi, em média, 19% em comparação a 63% nos países desenvolvidos para a realização do exame nos últimos três anos. Além das desigualdades entre os países, o estudo também aponta disparidades na cobertura dentro do país que estão relacionadas ao nível sócio-econômico. Sob este aspecto, na Índia há baixa cobertura do exame nos últimos três anos tanto para mulheres ricas quanto para as pobres, enquanto as desigualdades relacionadas ao nível sócio-econômico são marcantes no Brasil e China. Na Alemanha e em outros países desenvolvidos, as taxas de realização do exame são uniformemente altas, observando-se diferenças principalmente em relação à cobertura nos últimos 3 anos.

No Brasil, há poucos inquéritos populacionais evidenciando a cobertura do exame Papanicolaou. Na década de 80, estudos conduzidos no país considerando o número de exames citopatológicos coletados anualmente em relação ao número de mulheres que deveriam ser atingidas estimaram cobertura nacional de 1,2% para o ano de 1984 e 7,7% para 1987 (AQUINO, 1985; ABREU, 1989). Em 1994, o Instituto Brasileiro de Opinião e Pesquisas realizou um inquérito populacional nas cinco regiões do país e constatou que 36% das mulheres entrevistadas nunca tinham sido submetidas ao Papanicolaou, estimando cobertura de 30% (LOPES et al., 1995). Em 2003, três inquéritos de abrangência nacional estimaram a cobertura do exame nos últimos três anos. O primeiro estudo, desenvolvido pelo Instituto Nacional de Câncer, em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, mostrou que a cobertura do exame nos últimos três anos variou de 73,4% em João Pessoa a 92,9% em Vitória (BRASIL, 2004). O segundo inquérito foi a Pesquisa Mundial de Saúde, promovida pela OMS em 71 países. No Brasil, o estudo foi realizado em 188 municípios e constatou que a cobertura do Papanicolaou entre mulheres de 18 a 69 anos foi 66% nos três anos anteriores à entrevista (SZWARCOWALD et al., 2004). O terceiro inquérito populacional realizado em 2003 por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostrou que, nas mulheres com mais de 24 anos de idade, a cobertura do Papanicolaou foi 68,7% em mulheres acima de 24 anos. A pesquisa concluiu também que 20,8% das mulheres nesta faixa etária nunca haviam realizado o exame de Papanicolaou, e que a realização do exame estava positivamente associada à escolaridade, indicando graves desigualdades no cuidado

preventivo (IBGE, 2005). Em 2008, foi realizado outro inquérito populacional, a PNAD, a qual identificou cobertura de 87,0% de realização do exame alguma vez na vida entre mulheres de 25 a 59 anos, sendo que 91,2% destas haviam feito o exame no período de até três anos anteriores à entrevista (IBGE, 2010). No período de 2003 a 2008, houve um aumento da prevalência de realização do exame alguma vez na vida em mulheres com 25 anos ou mais, variando de 79,1% a 84,5% respectivamente (IBGE, 2010).

Os estudos apresentados anteriormente referem-se à cobertura do exame Papanicolaou no país, entretanto, também existem pesquisas realizadas em municípios isolados, e estas se concentram nas regiões Sul e Sudeste. Na Região Sudeste, Nascimento, Eluf-Neto e Rego (1996), em estudo conduzido no município de São Paulo, encontraram cobertura de 68,9% de realização do exame alguma vez na vida e 60,8% nos três anos anteriores à entrevista. Em 2000, inquérito de corte transversal incluindo 1.050 mulheres com idade entre 15 a 49 anos, no município de São Paulo, constatou que 86,0% das entrevistadas realizaram o Papanicolaou alguma vez na vida e 77,0% nos últimos três anos anteriores à pesquisa (PINHO, 2002). Estudo mais recente realizado em São Paulo, composto por uma amostra de 1.236 mulheres com 20 anos ou mais, constatou prevalência de realização do exame alguma vez na vida de 90,3% e nos últimos três anos de 79,6% (DIONÍZIO, 2011).

Na Região Sul, no município de Pelotas, estudo de base populacional, realizado em 2002, com amostra de 1.198 mulheres entre 25 a 59 anos, evidenciou que 78,7% das entrevistadas haviam realizado o exame alguma vez na vida e 68,8% nos últimos três anos (QUADROS et al., 2004). Em 2006, em Londrina, Paraná, estudo transversal realizado em microáreas de cinco Unidades Básicas de Saúde incluindo 513 mulheres entre 20 a 59 anos mostrou cobertura geral do Papanicolaou de 80,7% variando de 71,5 a 88,4% nas cinco áreas (SILVA et al., 2006). Murata, Gabrielloni e Schirmer (2012), em estudo realizado em 2006, no município de Maringá, encontraram uma cobertura de 87,6% do exame de Papanicolaou realizado nos três anos anteriores à pesquisa. Em Florianópolis, estudo transversal de base populacional conduzido em 2009, com mulheres entre 20 a 59 anos, constatou cobertura de 93% do exame realizado pelo menos uma vez na vida e 86% nos últimos três anos.

Na região Nordeste, no município de São José do Mipibu, Fernandes et al. (2009) observaram que 85% das mulheres com idade entre 15 a 69 anos realizaram o exame alguma vez na vida e 64,4% fizeram-no pelo menos uma vez a cada três anos. Albuquerque et al. (2009), em pesquisa realizada no estado de Pernambuco, em 2006, constataram cobertura do Papanicolaou entre mulheres de 25 a 59 anos de 66,2% nos três anos anteriores à pesquisa.

Na Região Norte, poucos estudos foram conduzidos. Em 1994, o Instituto Brasileiro de Opinião e Pesquisas realizou um inquérito com uma amostra de 1.478 mulheres no qual constatou cobertura de 60% (LOPES et al., 1995). Borges et al., (2012), ao estudarem a prevalência do exame de Papanicolaou no município de Rio Branco, no período de 2007 a 2008, observaram que 85,3% das mulheres entre 25 a 59 anos já haviam realizado pelo menos um exame nos últimos três anos que precederam à entrevista. Em Manaus, estudo conduzido pelo Instituto Nacional do Câncer, entre 2002 e 2003, estimou prevalência de 84,5% para a realização de pelo menos um exame nos três anos anteriores à pesquisa (BRASIL, 2004).

Estimativas da cobertura do exame de Papanicolaou também são obtidas anualmente através do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), implantado pelo Ministério da Saúde, desde 2006, em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal. As informações deste Sistema são coletadas por meio de entrevistas via telefone fixo residencial em amostras probabilísticas da população com 18 anos ou mais de idade residentes em domicílios que possuam telefone fixo. De acordo com o último inquérito, realizado em 2011, as maiores taxas de cobertura do exame nos últimos três anos, em mulheres na faixa etária de 25 a 60 anos, foram observadas nos municípios de São Paulo (90,4%), Curitiba (90,0%) e Florianópolis (88,7%); e, as menores, em Maceió (67,9%), João Pessoa (70,8%) e Teresina (71,5%) (BRASIL, 2012).

No município de Manaus, as estimativas obtidas pelo VIGITEL registraram variações na prevalência de realização do exame de Papanicolaou no decorrer dos anos. Nas publicações de 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012, foram encontradas, entre mulheres de 25 a 59 anos, taxas de cobertura do exame nos três anos anteriores a entrevista de 78,0%, 80,0%, 75,5%, 81,7% e 74,7%, respectivamente. Convém ressaltar que a abordagem metodológica utilizada pelo VIGITEL pode apresentar vieses, uma vez que a amostra é composta apenas por mulheres que possuem linha telefônica residencial, o que acaba restringindo a população alvo (SEGRI, 2008), e, ainda, a posse de telefone fixo se relaciona ao nível socioeconômico, fator reconhecido como preditor da realização do exame (FLORES; BENCOMO, 2009; WILLIAMS-BRENNAN et al., 2012).

Assim, os dados sobre a cobertura do exame de Papanicolaou, descritos anteriormente, evidenciam desigualdades regionais e sociais quanto ao acesso e utilização do exame, demandando ações direcionadas para atingir os diferentes grupos populacionais.

2.6 Histórico do rastreamento do câncer do colo útero no Brasil

A história de ações voltadas especificamente para o controle do câncer do colo uterino ao longo do tempo mostra intervenções esparsas e fragmentadas até o começo dos anos 80. Na década de 40, a colposcopia começou a ser difundida pelo país, e em 1945/1946 o exame de Papanicolaou passou a ser introduzido, marcando o início do controle do câncer cérvico-uterino no Brasil. Em 1956, criou-se o Centro de Pesquisas Luíza Gomes de Lemos, que era destinado a atender mulheres com casos de câncer de mama e aparelho genital. Em 1957, o Instituto Nacional do Câncer foi inaugurado, com a publicação de seu regimento interno em 1961. No período de 1972 a 1975, o Ministério da Saúde implementou o Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC) para atender aos casos de câncer em geral, mas desde o início o programa dava ênfase ao câncer do colo do útero. Ao final dos anos 70, o PNCC encerrou a assistência médico-hospitalar do câncer, passando o serviço ao Sistema Integrado de Controle ao Câncer, criado em 1982 (LAGO, 2004).

Em 1984, foi implementado pelo Ministério da Saúde o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que visava à extensão das ações básicas em saúde da mulher e incluiu, entre outras, medidas preventivas e de diagnóstico do câncer do colo do útero e mamário. A assistência integral envolvia o atendimento de todas as necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes, abrangendo ações educativas (OSIS, 1998). Porém, a implementação efetiva do Programa não aconteceu como desejado, ficando as atividades nos serviços de saúde bastante focalizadas nas demandas relativas à contracepção, acompanhamento da gravidez e ao parto. Uma avaliação do programa, realizada em 1992, mostrou que as ações de prevenção do câncer cervical cobriam no máximo 10% das mulheres (COSTA, 1992). Em 1986, foi criado o Programa de Oncologia (PRO-ONCO), incluindo o projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino. Um dos pontos fortes do PRO-ONCO foi a realização da reunião nacional, em 1988, para o Consenso sobre a Periodicidade e Faixa Etária no Exame de Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino. Àquela época, recomendou-se a realização do exame de Papanicolaou a cada 3 anos, após dois exames negativos com intervalo de 1 ano, nas mulheres com idade entre 25 e 50 anos (PRO-ONCO, 1989).

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 e sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde de 1990, o Ministério da Saúde assumiu a coordenação da política de saúde no país. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) passou a ser

o órgão responsável pela formulação da política nacional do câncer, incorporando o PRO-ONCO (INCA, 2011).

Em 1995, a partir da IV Conferência Mundial sobre a Mulher realizada na China, o governo brasileiro reconheceu a necessidade de propor um programa em âmbito nacional visando ao controle do câncer do colo do útero no Brasil (BRASIL, 2001; UNITED NATIONS, 1995). Assim, em 1998, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCCU), considerado como a estratégia mais adequada para mudar o cenário desse câncer no país.

O PNCCCU foi estruturado com a meta de reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais por esse câncer, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais, além de disponibilizar tratamento e reabilitação. O Programa elegeu como método rastreador o exame de Papanicolaou (colpocitologia oncológica) e introduziu a cirurgia de alta frequência para tratamento das lesões intraepiteliais de alto grau (BRASIL, 2002a).

Inicialmente, foi elaborado um Projeto Piloto denominado Viva Mulher, implantado no ano de 1997 em apenas seis localidades brasileiras (Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e em todo Estado de Sergipe). Com base na experiência do Projeto Piloto Viva Mulher, foi realizada em 1998 a expansão nacional, com inclusão de todos os Estados, abrangendo 97,9% dos municípios brasileiros.

De agosto a setembro de 1998 foi realizada a primeira fase de intensificação do programa, viabilizada por meio de uma campanha que utilizou os diversos meios de comunicação para mobilização da população. A população alvo eram mulheres de 35 a 49 anos e as que nunca haviam realizado o exame preventivo, e a meta era atingir, no prazo de 60 dias, o teto de quatro milhões de exames, tendo sido realizados 3.177.740 exames citopatológicos. Neste mesmo ano, o INCA, em parceria com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, desenvolveu o Sistema de Informação do Controle do Câncer do Colo do útero (SISCOLO) com a finalidade de monitorar os exames realizados, obtendo informações sobre a frequência das lesões pré-cancerosas e invasivas e a qualidade das coletas e da leitura das lâminas (BRASIL, 2005a). Também em 1998, foi introduzido o PNCCCU no Amazonas, atingindo os 62 municípios amazonenses.

A partir de 1999, iniciou-se a fase de consolidação das ações do programa na rotina dos serviços e foi oficialmente implantado o SISCOLO em todo o país. Em 2002, nos meses de março e abril, ocorreu a segunda fase de intensificação do programa, sendo desenvolvida uma campanha de mídia nacional para mobilização das mulheres alvo. Pretendia-se, nesta

fase, atingir a meta de 2.511.581 mulheres. No entanto, o programa superou as expectativas, e alcançou um total de 3.856.650 mulheres examinadas.

O PNCCCU colocou o câncer cervical na agenda de prioridades em saúde e promoveu a prevenção secundária com a oferta do exame Papanicolaou à população brasileira. Para efetivação do programa, dois pontos foram contemplados. O primeiro foi a sensibilização da população feminina para realização do exame, através da divulgação da campanha nos meios de comunicação escrito, falado e televisionado. O segundo ponto importante para viabilização do programa foi a sensibilização dos profissionais de saúde da rede, realizada por meio de treinamentos dos gerentes municipais do programa e profissionais de saúde da rede, elaboração de materiais educativos e apresentação da proposta para os recursos humanos envolvidos na atenção ao câncer cervical, com sua justificativa epidemiológica, objetivos, metas e orientações para o seguimento de cada mulher.

Em 2004, o Ministério da Saúde constatou a necessidade de rever a estrutura e as estratégias do Programa Viva Mulher, de forma a se construírem novos meios que permitissem alcançar os objetivos preconizados pelo Programa. Para alcançar estes objetivos, foi elaborado um Plano de Ação para o Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama 2005-2007 com definição de seis diretrizes estratégicas, a serem desenvolvidas a partir do ano de 2005: aumento da cobertura da população-alvo; garantia da qualidade do exame; fortalecimento do sistema de informação; desenvolvimento de capacitações; desenvolvimento de pesquisas; e mobilização social (BRASIL, 2005b).

Concomitantemente, em 2005, o Ministério da Saúde, editou a Portaria 2439/GM de 8 de dezembro de 2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica contemplando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Entre seus eixos norteadores, destacam-se a qualificação da assistência e a promoção da educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação da política, em consonância com os princípios da integralidade e da humanização. Outro aspecto incluído na Política Oncológica foi o Plano de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco do Câncer do Colo do Útero e da Mama, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais e Estaduais de Saúde. Desta forma, a Política de Atenção Oncológica ampliou o campo de atuação na prevenção do câncer cervical, assim como das outras neoplasias, e passou a considerar a organização do rastreamento do câncer do colo do útero e de mama como prioridade no processo de estruturação da rede assistencial (BRASIL, 2005c).

A importância da detecção precoce desses cânceres foi reiterada no Pacto pela Saúde, em 2006, com a inclusão de indicadores e metas a serem atingidos nos estados e municípios

visando à melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional. No âmbito do controle do câncer cervical, a perspectiva era ampliar a cobertura do exame de Papanicolaou até o mínimo de 80% e assegurar o adequado seguimento da mulher, com o tratamento efetivo das lesões precursoras (BRASIL, 2006b).

Em 2011, foi lançado o plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. No âmbito da detecção precoce, a perspectiva atual era a garantia da confirmação diagnóstica e o tratamento das lesões precursoras, a gestão da qualidade dos exames de citopatologia, a qualificação de profissionais de saúde, a comunicação e a mobilização social, o acompanhamento, monitoramento e fortalecimento da gestão do programa (BRASIL, 2011a). A evolução temporal do rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil, está representada na Figura 2.

Figura 2 - Evolução do rastreamento do câncer do colo do útero por décadas, no Brasil

Apesar dos esforços projetados para ampliar as ações de rastreamento do câncer do colo do útero, os programas governamentais enfrentam um obstáculo estabelecido na sua base que é a falta de informações confiáveis sobre a cobertura atual e real do exame. Deficiências relacionadas a falhas no sistema de informações, organização e na qualificação dos profissionais quanto a condução dos casos suspeitos devem ser combatidas prioritariamente pelo programa de rastreamento (ANDRADE, 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Estimar a prevalência da realização do exame de Papanicolaou nas mulheres com idade de 25 a 59 anos, moradoras da zona urbana do município de Manaus, Amazonas.

3.2 Objetivos específicos

- Verificar a taxa de realização do exame de Papanicolaou, nas mulheres de 25 a 59 anos, alguma vez na vida e nos últimos três anos;
- Descrever o perfil das mulheres que realizaram o exame de Papanicolaou;
- Identificar na população estudada, a periodicidade de realização do exame de Papanicolaou;
- Verificar os fatores associados à realização do exame de Papanicolaou nas mulheres de 25 a 59 anos moradoras da zona urbana de Manaus.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal de base populacional com dados coletados por meio de entrevistas domiciliares com mulheres de 25 a 59 anos, residentes na zona urbana do município de Manaus, Amazonas.

Os estudos transversais, também denominado seccionais ou de corte-transversal são utilizados na investigação dos problemas de saúde pública, sendo recomendados para estimar a frequência com que um evento de saúde se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo (ALMEIDA FILHO, ROUQUARYOL, 2003; BASTOS, DUQUIA, 2007).

O inquérito domiciliar é adequado para descrever situações de saúde, permite estimar parâmetros populacionais e identificar necessidades de saúde, e não apenas doenças, em populações sadias (AQUINO, 2008).

4.2 Área de Estudo

Manaus, capital do estado do Amazonas e principal cidade da Amazônia Ocidental, está situada a leste do estado, na sub-região Rio Negro/Solimões e norte do Brasil. O município compreende uma superfície total de 11.458.50 km², na qual a área urbana ocupa 433.37 km² com uma população de 99,2% e a área rural 10.967.69 km², representando 0,8% da população. A população de Manaus estimada para o ano de 2013 foi 1.982.177 habitantes (IBGE, 2013).

Apesar da distância que separa Manaus dos grandes centros populacionais de outras regiões e da deficiência no sistema de transporte, o município apresentou, com a implantação da Zona Franca de Manaus, o maior índice dos movimentos migratórios nas décadas de 1970-1980, responsáveis pelo crescimento populacional.

A principal atividade econômica de Manaus é a indústria com produção e venda de produtos eletroeletrônicos, seguida do comércio e turismo. A expansão da indústria

decorrente da Zona Franca é responsável pela produção de bens de consumo que abastece o mercado nacional e atrai pessoas de outras regiões.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Manaus passou de 0,601 em 2000 para 0,737 em 2010, situando o município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). No período de 2000 a 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi a educação (com crescimento de 0,215), seguida da longevidade e renda. A renda per capita média da cidade cresceu 47,08% nas últimas duas décadas, passando de R\$531,53 em 2000 para R\$790,27 em 2010. A tabela 1 apresenta o perfil socioeconômico de Manaus no período de 1991 a 2010.

Tabela 1 – Perfil socioeconômico do município de Manaus, AM, no período de 1991 a 2010

Indicador	1991	2000	2010
População	1.011.501	1.405.835	1.802.014
Renda per capita (R\$)	537,29	531,53	790,27
% de Pobres	20,42	28,63	12,90
20% mais ricos	60,50	66,57	65,35
20% mais pobres	3,27	2,34	2,89
% de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo	17,28	31,71	51,23
IDH	0,521	0,601	0,737
Acesso a serviços básicos			
% da população com água encanada	82,18	73,71	89,65
Energia elétrica	99,2	98,99	99,63
Esgotamento sanitário	...	32,2	...
Coleta de lixo	77,94	92,27	98,29

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.

Em 2010, o Censo registrou no município de Manaus, 458.378 domicílios urbanos e 2.466 rurais. A cidade é dividida em seis zonas geográficas urbanas: Norte, Sul, Centro-Sul, Leste, Oeste e Centro-Oeste (Figura 3) e constituído por 63 bairros (MANAUS, 2010).

Fonte: http://www.manausonline.com/images/mapa_bairros2.gif

Figura 3 - Mapa de Manaus, zonas administrativas e bairros

Bairros Manaus:

1- Centro; 2- Nossa Senhora de Aparecida; 3- Presidente Vargas; 4- Praça 14 de Janeiro; 5- Cachoeirinha; 6- São Raimundo; 7- Glória; 8- Santo Antônio; 9- Vila da Prata; 10- Compensa; 11- São Jorge; 12- Santo Agostinho; 13- Nova Esperança; 14- Lírio do Vale; 15- Planalto; 16- Alvorada; 17- Redenção; 18- Bairro da Paz; 19- Raiz; 20- São Francisco; 21- Petrópolis; 22- Japiim; 23- Coroado; 24- Educandos; 25- Santa Luzia; 26- Morro da Liberdade; 27- Betânia; 28- Colônia Oliveira Machado; 29- São Lázaro; 30- Crespo; 31- Vila Buriti; 32- Distrito Industrial I; 33- Distrito Industrial II; 34- Mauazinho; 35- Cônia Antonio Aleixo; 36- Puraquequara; 37- Dom Pedro; 38- Flores; 39- Parque 10 de Novembro; 40- Aleixo; 41- Adrianópolis; 42- Nossa Senhora das Graças; 43- São Geraldo; 44- Chapada; 45- Colonia Santo Antonio; 46- Novo Israel; 47- Colonia Terra Nova; 48- Santa Etelvina; 49- Monte das Oliveiras; 50- Cidade Nova; 51- Novo Aleixo; 52- Cidade de Deus; 53- Nova Cidade; 54- Ponta Negra; 55- Tarumã; 56- Tarumã-Açu; 57- Armando Mendes; 58- Zumbi dos Palmares; 59- São José Operário; 60- Tancredo Neves; 61- Jorge Teixeira; 62- Gilberto Mestrinho; 63- Lago Azul.

As unidades públicas municipais e estaduais de saúde constituem a maioria da rede prestadora de serviços do SUS no município e se organizam por níveis de hierarquia de procedimentos na Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, conforme capacidade

potencial das unidades, as quais apresentam diversas nomenclaturas: Casa de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde, Casa de Saúde da Mulher, Centro de Atenção Integral à Criança, Pronto Atendimento, Policlínica, Centro de Atenção Integral à Melhor Idade, Serviço de Pronto Atendimento, Centro de Referência em Pneumologia Sanitária, Ambulatório de Especialidades, Centro de Oncologia, Centro Psiquiátrico, Hemocentro, Hospital Especializado, Hospital Geral, Hospital Infantil, Hospital Universitário, Instituto da Criança, Fundação de Dermatologia e Venereologia, Fundação de Medicina Tropical, Maternidade, Pronto Socorro da Criança, Pronto Socorro Geral e Pronto Socorro de Referência (MANAUS, 2006).

A rede de serviços de saúde de Manaus organizou-se, inicialmente, a partir de seis zonas geográficas (norte, leste, sul, centro-sul, oeste e centro-oeste), obedecendo à divisão estabelecida pelo Instituto Municipal de Planejamento (IMPLAN), que, em 1995, conferiu à cidade um zoneamento sanitário fundamentado apenas em critérios geodemográficos, sendo todas as zonas na área urbana do município, que contava, em 1996, com 56 bairros. Atualmente, a organização do sistema de saúde se desenvolve através de quatro Distritos de Saúde: Norte e Leste, que mantiveram a mesma delimitação geográfica e vinculação populacional anteriores; Oeste, que incorporou a zona centro-oeste; e Sul, incorporando a zona centro-sul. A área rural compreende 17 localidades situadas ao longo dos rios Negro e Amazonas com acesso algumas por via terrestre e outras somente por via fluvial.

4.3 População de estudo

A população de estudo foi composta por mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, residentes no município de Manaus, entrevistadas em seus domicílios selecionados aleatoriamente.

Critérios de inclusão

Foram incluídas no estudo mulheres com idade entre 25 a 59 anos, residentes na zona urbana do município de Manaus, que já haviam iniciado a vida sexual, independente do tempo de início.

Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo as mulheres cujas condições mentais impossibilitaram de compreender e/ou responder ao questionário.

4.4 Plano de amostragem

4.4.1 Dimensionamento da amostra

O tamanho da amostra foi baseado em dados do Ministério da Saúde (2009), que, a partir de uma amostra da população feminina de 25 a 59 anos, encontrou proporção de 84,9% de realização do exame Papanicolaou pelo uma vez na vida e 80% nos últimos três anos.

A partir da população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos, composta por 341.049 mulheres, e prevalência da realização do exame Papanicolaou de 80%, fez-se o cálculo da amostra necessária considerando-se nível de confiança 95% e erro 2,5% na estimativa, conforme cálculos abaixo:

$$n^* = \frac{P.Q}{V(p)} \quad \text{e} \quad V(p) = \left(\frac{d}{Z_\alpha} \right)^2$$

Onde:

n : Tamanho mínimo da amostra necessária para o estudo;

P : Proporção de realização do exame Papanicolaou = 0,80 (dados conhecidos)

Q : 1 – P = 0,20

V(p): variância da característica na população

d: erro de amostragem ou precisão = 0,025 OU 3,5

$Z_\alpha = 1,96$ ($\alpha = 5\%$ ou $1 - \alpha = 95\%$ de confiança)

$$V(p) = \left(\frac{d}{Z_\alpha} \right)^2 = \left(\frac{0,025}{1,96} \right)^2 = 0,00016 \quad n^* = \frac{P.Q}{V(p)} = \frac{0,80.0,20}{0,00016} = 1000$$

Entretanto, considerando-se perda potencial de 10%, a amostra mínima corrigida para esta perda será composta por 1.100 mulheres.

Assim, com uma amostra de 1.100 mulheres será possível estimar, com 95% de confiança e erro de 2,5% na precisão da estimativa, uma prevalência na realização do exame de Papanicolaou de 80%.

4.4.2 Desenho da amostra

A estratégia amostral utilizada foi por conglomerados em três estágios. A amostragem por conglomerado é uma técnica frequentemente utilizada nos inquéritos de base populacional e consiste em selecionar unidades amostrais que contêm vários elementos. Os conglomerados são compostos por n elementos, subunidades, que são selecionadas em cada estágio até chegar ao objeto de interesse do estudo (COCHRAN, 1977).

No presente estudo, o sorteio por conglomerado foi realizado em três estágios com probabilidade proporcional ao tamanho dos setores censitários.

1º estágio: Sorteio de 100 setores censitários. O município de Manaus possui 2.445 setores censitários. Para fins do sorteio, foram considerados somente os setores urbanos com domicílios particulares permanentes ocupados, de modo que foram excluídos 62 setores censitários. Assim, o sorteio foi realizado a partir de 2.383 setores censitários, selecionados com probabilidade proporcional ao tamanho expresso pelo número de domicílios existentes no setor, de acordo com a Contagem Populacional de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os setores censitários foram ordenados alfabeticamente e receberam um código de 1 a 2.383. Cada setor foi duplicado usando como medida de tamanho o número de domicílios particulares permanentes ocupados, correspondente a cada setor, conforme o Censo Demográfico de 2010, compondo uma base numerada de 1 a 456.634 elementos (número correspondente ao número de domicílios nos 2.383 setores). A partir desta relação, de modo aleatório, realizou-se o sorteio de um elemento, e o setor pertencente ao elemento sorteado foi descartado e realizado o sorteio seguinte, até sorteio dos 100 setores.

2º estágio: Sorteio dos domicílios. Foi sorteado, de modo aleatório, um ponto em cada 1 dos 100 setores pré-selecionados no mapa da sinopse do Censo de 2010. Identificou-se no mapa a intersecção de duas ruas mais próxima, ponto ao qual foi destinado o entrevistador. O entrevistador foi dirigido ao local com a quadra previamente identificada no mapa, iniciando as entrevistas a partir da esquina desta quadra e dirigindo-se em sentido horário para os domicílios seguintes, com intervalo de um domicílio entre os mesmos, até serem entrevistadas 11 mulheres considerando os critérios de inclusão/exclusão. Quando a primeira quadra fosse completada e não tivessem sido entrevistadas 11 mulheres, o entrevistador seguia para segunda quadra à direita de onde iniciou e, se necessário, para a terceira quadra.

3º estágio: Em cada domicílio visitado, foi sorteada apenas uma mulher elegível (entre 25 a 59 anos) para ser entrevistada. Caso não houvesse mulher elegível ou recusa na participação, o entrevistador dirigia-se para o domicílio seguinte, com intervalo de um domicílio entre os mesmos.

O mapa do município de Manaus com os 2.383 setores censitários é apresentado na figura a seguir:

Fonte: IBGE, Sinopse por Setores, Censo 2010.

Figura 4 - Mapa do município de Manaus com os setores censitários, Manaus, 2010

4.5 Trabalho de campo

4.5.1 Seleção e treinamento das equipes de campo

Como partes fundamentais para o bom andamento da pesquisa, a seleção e o treinamento das entrevistadoras foram realizados pela pesquisadora principal. As entrevistadoras foram todas do sexo feminino, com ensino médio completo, disponibilidade de tempo integral e possuíam experiência anterior com entrevistas. Ao todo, foram 21 entrevistadoras e três supervisores, divididos em três equipes de campo. Após a seleção, foi realizado o treinamento das equipes. O treinamento incluiu aulas teóricas e práticas, com apresentação do projeto de pesquisa e seus objetivos, abordagem e condução da entrevista, conduta do entrevistador e simulação da entrevista, percorrendo todas as questões do questionário.

4.5.2 Logística

A coleta de dados ocorreu no período de outubro a dezembro de 2011. As entrevistadoras foram a campo com mapas contendo a descrição da área de abrangência selecionada e os endereços a serem visitados.

As equipes trabalhavam de segunda a sábado, conforme a disponibilidade das mulheres entrevistadas. Todas as entrevistadoras estavam identificadas com crachá e levaram carta de apresentação contendo dados sobre a pesquisa.

Foi realizada supervisão das entrevistas, sendo agendados encontros, uma vez por semana, entre as entrevistadoras e as supervisoras de campo para verificação dos questionários e orientação sobre os problemas ocorridos durante as entrevistas. A cada semana foram realizadas reuniões entre a coordenadora do estudo e as supervisoras de campo a fim de avaliar o andamento do estudo e resolver as questões existentes.

4.5.3 A elegibilidade dos domicílios e das entrevistadas

Os domicílios selecionados foram visitados pelas entrevistadoras, que identificaram todas as mulheres de 25 a 59 anos que moravam na residência, e selecionaram uma destas por meio de sorteio. Os nomes das mulheres elegíveis foram escritos em papel, dobrados e colocados em um saco para sorteio por um morador. Somente uma mulher elegível identificada no domicílio sorteado foi entrevistada. Nos casos em que a mulher selecionada não estava no domicílio, foram feitas três tentativas, em dias e horários diferentes, a fim de aumentar a possibilidade da mulher ser encontrada. O domicílio cuja a mulher não foi encontrada, após três tentativas, foi excluído da pesquisa, e o entrevistador se dirigia para a casa seguinte, com intervalo de um domicílio, conforme definido acima, no desenho da amostra.

4.5.4 Critérios de perda

Foram consideradas perdas os domicílios em que a mulher sorteada não estava presente em até três visitas, ou se recusou a participar do estudo ou a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Ao todo foram visitados 1190 domicílios. Em 41 domicílios residiam mulheres que não preenchiam os critérios de inclusão e em 57 domicílios as mulheres não foram incluídas devido à recusa em participar da pesquisa ou não foi encontrada após três visitas. Foram realizadas 1100 entrevistas com mulheres elegíveis e que aceitaram participar do estudo. O fluxograma 1 apresenta a descrição das mulheres incluídas no estudo.

Fluxograma 1 – Descrição das mulheres incluídas no estudo, Manaus, 2011

4.5.5 Controle de qualidade

A fim de estabelecer um padrão de qualidade para as entrevistas foi elaborado um manual detalhado com instruções para os entrevistadores (APÊNDICE A). Foram realizadas re-entrevistas, por telefone pelas supervisoras, em 10% das entrevistadas, por meio da aplicação de uma versão curta do questionário, sendo a seleção feita por meio de sorteio. As supervisoras de campo revisaram todos os formulários, que foram entregues pelas entrevistadoras, bem como a planilha dos domicílios para verificar se a participante foi entrevistada.

4.5.6 Instrumento de pesquisa

Os dados foram coletados por meio de um formulário estruturado em blocos temáticos composto por questões referentes a aspectos sócio-demográficos, reprodutivo e da realização do exame Papanicolaou (APÊNDICE B). As questões empregadas no instrumento de pesquisa foram elaboradas a partir de formulários utilizados em outros estudos (PINHO, 2002; GAMARRA, 2004; CORREA, 2009). Para verificar a validade de construção do instrumento de coleta proposto, o formulário passou por um pré-teste no qual profissionais especializados na área emitiram pareceres sobre o conteúdo e a forma geral do instrumento. O formulário foi pré-testado em estudo piloto, sendo então corrigido para posteriormente ser aplicado na população em estudo.

4.5.7 Estudo Piloto

Foi realizado estudo piloto com a finalidade de avaliar o campo da pesquisa, o desempenho das entrevistadoras e a logística do trabalho de campo. O instrumento de pesquisa foi testado pelas supervisoras de campo, treinadas por uma das pesquisadoras do estudo. Nesta etapa do estudo, foram realizadas 40 entrevistas domiciliares, na população e contexto similares àqueles da pesquisa, sendo as mesmas excluídas do processo de seleção da coleta dos dados.

O pré-teste do formulário permitiu avaliar a clareza na formulação das perguntas, adequação da linguagem e o tempo médio de duração da entrevista.

4.6 Variáveis consideradas no estudo

4.6.1 Variáveis dependentes

Foi considerada como variável dependente a periodicidade de realização do exame de Papanicolaou, derivado para análise em 3 categorias:

- Inadequada: não ter realizado nenhum exame na vida, apenas um exame na vida ou a ter realizado o exame a mais de 4 anos;
- Adequada: ter realizado o exame uma ou duas vezes nos últimos três anos;
- Adequada anual: ter realizado o exame uma vez ou mais por ano.

4.6.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram agrupadas em quatro blocos para análise:

1) Variáveis socioeconômica e demográfica:

- **Idade:** em anos completos, conforme referida pela entrevistada. Posteriormente foram criadas as seguintes categorias: 25 a 29 anos; 30 a 34 anos; 35 a 39 anos; 40 a 44 anos; 45 a 49 anos; 50 a 54 anos e 55 a 59 anos.
- **Linha telefônica fixa:** categorizado em sim e não.
- **Cor/raça/etnia:** categorizado como branca, parda, preta, oriental e indígena.
- **Situação conjugal:** categorizada em solteira com parceiro fixo, solteira sem parceiro fixo, casada ou vive com parceiro e viúva.
- **Ocupação:** se a entrevistada trabalha, e qual função exerce.
- **Condições socioeconômicas:** avaliada segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2005), que considera a posse de itens na residência (TV em cores; rádio; banheiro; automóvel; empregada mensalista; máquina de lavar; videocassete e/ou DVD; geladeira; freezer) e o grau de instrução do chefe da família. Foi categorizada em classe A; classe B; classe C; classe D e classe E.
- **Escolaridade:** analfabeta/até 3ª série fundamental; até a 4ª série fundamental incompleto, fundamental completo, médio completo, superior incompleto e superior completo.
- **Renda familiar:** soma dos salários de todos os familiares residentes no domicílio. Foram criadas seis categorias, sem renda; até dois salários mínimos; de dois a três salários mínimos; de três a cinco salários mínimos; de cinco a dez salários mínimos e acima de dez salários mínimos.

2) Variáveis relacionadas as práticas e status de saúde

- **Histórico de DST:** categorizado em não e sim.
- **Histórico de HPV ou verruga genital:** categorizado em não e sim.
- **Presença de alguma doença sexualmente transmissível durante a vida:** infecção por HPV, herpes genital, sífilis, gonorréia ou feridas nos órgãos genitais.
- **Tabagismo:** categorizado em nunca fumou, ex-fumante e fumante atual.

3) Características sexuais e reprodutivas:

- **Idade de início da atividade sexual:** categorizada em início da atividade sexual antes dos 16 anos; entre 16 a 19 anos; 20 a 29 anos ou acima de 30 anos.
- **Números de parceiros durante a vida:** conforme informado pela entrevistada.
- **Relacionamento sexual regular:** se mantêm relacionamentos sexuais todos os meses, categorizado em não e sim.
- **Número de parceiros nos últimos 12 meses:** conforme informado pela entrevistada.
- **Uso de método contraceptivo:** categorizado em comprimido, injeção, preservativo, tabelinha, Dispositivo intra-uterino-DIU, coito interrompido, nenhum ou outros.
- **História reprodutiva:** número de gestações.

4) Características relacionadas ao exame Papanicolaou:

- **Informação sobre o exame:** categorizado em sim e não.
- **Fontes de informação sobre o exame Papanicolaou:** foram criadas seis categorias: instituição de saúde; rádio/TV; trabalho; familiares/amigos; igreja; escola; médico e outro.
- **Informação sobre o exame fornecida por profissional de saúde (médico ou enfermeiro):** categorizada em sim, não e não lembro.
- **Motivos para não ter realizado o Papanicolaou:** foram criadas 12 categorias: serviço de saúde muito distante; o médico não solicitou o exame; ausência de doença e sintoma; não tem com quem deixar os filhos; falta de dinheiro; problemas de transporte; longo período de espera para ser atendida; não havia vaga; não teve tempo pois trabalha o dia todo; medo/vergonha; não gosta de realizar o exame e descuido.
- **Natureza administrativa da unidade de realização do último Papanicolaou:** categorizada em pública ou privada.
- **Idade da realização do primeiro Papanicolaou:** conforme referido pela entrevistada.

- **Motivo para realização do primeiro exame:** foram criadas quatro categorias: demanda espontânea; presença de queixas ginecológicas; parte de procedimento assistencial (pré-natal/planejamento familiar), recomendação médica e outras razões.
- **Motivo da realização do último Papanicolaou:** foram criadas quatro categorias: demanda espontânea; presença de queixas ginecológicas; parte de procedimento assistencial (pré-natal/planejamento familiar), recomendação médica e outras razões.
- **Razão para realizar o Papanicolaou:** foram criadas quatro categorias: na presença de problemas ginecológicos; periodicamente, ainda que esteja sadia e quando o profissional de saúde solicita e outras razões.
- **Quantidade de exames realizados ao longo da vida:** conforme referido pela entrevistada.
- **Frequência de realização do Papanicolaou:** Só 1 vez na vida, mais de uma vez ao ano, cada 1 ano, cada 2 anos, cada três anos, cada quatro anos ou mais, sem tempo específico.
- **Quantidade de exames que realizou nos últimos 12 meses:** conforme informado pela entrevistada.
- **Dificuldade para realizar o Papanicolaou:** categorizado em sim e não.

Dificuldade encontrada para realizar o Papanicolaou: foram criadas nove categorias: distância do serviço de saúde; o profissional de saúde não solicita

- não.
- **Recebimento do resultado do último Papanicolaou:** categorizado em sim e não.
- **Conhecimento do resultado do último Papanicolaou:** categorizado em sim e não.
- **Resultado do último Papanicolaou realizado:** categorizado em normal; alterado ou não lembra.
- **Indicação de tratamento:** categorizado em sim e não.
- **Realização do tratamento caso indicado:** categorizado em sim e não.
- **Motivo para não ter realizado o tratamento:** conforme informado pela entrevistada.

4.7 Análise dos dados

O processo de análise de dados da presente pesquisa iniciou-se com uma análise descritiva resultando em tabelas de frequência para variáveis qualitativas (ordinais ou

nominais) e para as quantitativas as medidas de tendência central e dispersão para avaliar as distribuições de probabilidades mais apropriadas para as análises preditivas.

As análises descritivas contaram ainda com a inclusão do intervalo de confiança para a proporção (IC95%), calculado pelo método de reamostragem de bootstrap, que obtém sua amostra via amostragem com reposição da amostra original em 1.000 vezes.

A avaliação da qualidade amostral foi realizada por meio de *Chi-Square Goodness of Fit Test*, ou teste de encaixe para distribuição qui-quadrado. Este teste é utilizado quando o analista tenta ajustar um modelo estatístico para os dados observados (post hoc), buscando responder quão bem o modelo, na verdade, reflete os dados. Este teste é comumente usado para testar associação de variáveis em tabelas de duas vias, onde o modelo assumido de independência é avaliado em função dos dados observados.

Para avaliar a associação entre os fatores de interesse (variáveis independentes) para o desfecho (variável dependente) utilizou-se o método de regressão logística multinomial, em que a função exponencial do coeficiente de regressão β resulta na razão de chances ou *odds ratio* (OR). Esse é o método tradicional para estimar OR utilizado quando o desfecho em questão apresenta três categorias (Blizzard; Hosmer, 2007).

Todos os testes realizados levaram em consideração um α bidirecional de 0.05 e intervalo de confiança (IC) de 95% e foram realizados com apoio computacional dos softwares IBM SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences), Excel 2010 ® (Microsoft Office) e G*Power 3.1.1 (Franz Faul, Universitat Kiel, Germany).

4.8 Aspectos éticos

O estudo foi norteado pelas diretrizes e normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo sob o número de protocolo OF.0223/2010 – CEP (ANEXO A) .

As participantes foram informadas oralmente sobre os aspectos que envolvem a pesquisa bem como a confidencialidade de seu nome e das informações coletadas. Ao término da leitura do termo de consentimento (APÊNDICE C), as mulheres foram questionadas sobre possíveis dúvidas e se concordaram ou não em participar do estudo. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) das participantes da pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 Características socioeconômicas e demográficas da amostra

A amostra foi composta de 1100 mulheres de 25 a 59 anos de idade, sendo a maior proporção de jovens com idade entre 25 a 34 anos (56,8%). A distribuição etária da amostra é apresentada na tabela 2. A média da idade das entrevistadas foi 38,8 anos.

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo a faixa etária de mulheres entrevistadas, em Manaus/AM, 2012

Faixa etária	n	Frequência relativa (%)	Erro padrão	Intervalo de confiança (IC95%)	
				Limite Inferior	Limite Superior
25 a 29	259	23.6	1.20	21.10	26.10
30 a 34	188	17.1	1.20	14.80	19.50
35 a 39	177	16.1	1.10	13.90	18.60
40 a 44	127	11.6	1.00	9.70	13.50
45 a 49	123	11.2	1.00	9.40	13.20
50 a 54	102	9.3	0.90	7.60	11.00
55 a 59	122	11.1	0.90	9.40	13.00
Total	1098	100.00			

Considerando-se a pirâmide etária da população de Manaus, segundo o Censo 2010 (Figura 5), e a distribuição da amostra do estudo (Tabela 3), observa-se que os dados reais da população feminina de Manaus com idade entre 25 a 59 anos apresentam distribuição comparável à da amostra do estudo, exceto pela última categoria de 55 a 59 anos (Figura 6).

Fonte:

http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=130260

Figura 5 – Pirâmide etária da população de Manaus/AM segundo Censo 2010

Tabela 3 – Distribuição segundo a faixa etária na população de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2010

Faixa etária	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
25 a 29	95173	22.28
30 a 34	86810	20.32
35 a 39	71694	16.78
40 a 44	58283	13.64
45 a 49	47683	11.16
50 a 54	38942	9.12
55 a 59	28589	6.69
Total	427174	100.00

Figura 6 – Sobreposição da população sobre a amostra com respectivo intervalo de confiança (IC95%) para a variável faixa etária, Manaus/AM, 2012

Quanto a cor, a maioria das entrevistadas (73,6%) referiu ser da cor parda. Em relação ao estado civil, observou-se predomínio de mulheres casadas ou com união estável (52,4%). Além disso, a maioria das mulheres entrevistadas trabalhava como em serviços domésticos remunerados ou era autônoma (48,4%), apresentava ensino médio completo (50,5%), pertencia ao grupo sócio-econômico C (74,4%), possuía renda familiar de até dois salários mínimos (66,1%) e não tinha linha telefônica residencial (64,2%). Os dados sócio-demográficos são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo variáveis socioeconômicas e demográficas na população de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012 (continua)

Variáveis	n	%	INTERVALO DE CONFIANÇA (95%)	
			INFERIOR	SUPERIOR
IDADE				
25 a 29	259	23.6	21.0	26.3
30 a 34	188	17.1	15.0	19.7
35 a 39	177	16.1	13.9	18.3
40 a 44	127	11.6	9.7	13.4
45 a 49	123	11.2	9.4	13.0
50 a 54	102	9.3	7.7	11.0
55 a 59	122	11.1	9.3	13.0
Total	1098	100.0	100.0	100.0
RAÇA				
Branca	201	18.3	16.0	20.4
Parda	807	73.6	70.9	76.4
Preta	67	6.1	4.7	7.7
Oriental	12	1.1	0.5	1.7
Indígena	10	0.9	0.5	1.5
Total	1097	100.0	100.0	100.0
OCUPAÇÃO				
Empresária	16	1.5	0.7	2.3
Func de Emp Privada	135	12.3	10.5	14.4
Func de Emp Pública	56	5.1	3.9	6.5
Autônoma	302	27.5	24.9	30.2
Profissional Liberal	13	1.2	0.6	1.9
Estagiária	5	0.5	0.1	0.9
Artista	4	0.4	0.1	0.8
Funcionária Doméstica	229	20.9	18.6	23.3
Militar	1	0.1	0.0	0.3
Aposentada/ Pensionista	39	3.6	2.5	4.7
Outro	298	27.1	24.6	29.8
Total	1098	100.0	100.0	100.0
GRAU DE INSTRUÇÃO				
Analfabeto/Até 3a. Série Fund./1º Grau	49	4.5	3.3	5.6
Até 4a. Série Fund./1º Grau	138	12.6	10.6	14.6
Fundamental completo/1º Grau completo	229	20.8	18.5	23.2
Médio completo/2º Grau completo	555	50.5	47.4	53.5
Superior incompleto	67	6.1	4.7	7.6
Superior completo	61	5.6	4.3	6.9
Total	1099	100.0	100.0	100.0

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo variáveis socioeconômicas e demográficas na população de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012 (conclusão)

SITUAÇÃO CONJUGAL				
Solteira com companheiro fixo	208	18.9	16.5	21.3
Solteira sem companheiro fixo	249	22.6	20.2	25.1
Casada ou vive com parceiro	576	52.4	49.3	55.4
Viúva	54	4.9	3.6	6.2
Não informou	13	1.2	0.6	1.9
Total	1100	100.0	100.0	100.0
CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA				
Classe E	3	0.3	0.0	0.6
Classe D	71	6.5	5.1	8.0
Classe C	818	74.4	71.6	76.9
Classe B	202	18.4	16.0	20.7
Classe A	6	0.5	0.2	1.0
Total	1100	100.0	100.0	100.0
RENDA FAMILIAR				
Sem renda	10	0.9	0.4	1.5
Até 2 salários mínimos	727	66.1	63.3	68.9
De 2 a 3 salários mínimos	139	12.6	10.6	14.6
De 3 a 5 salários mínimos	116	10.5	8.5	12.5
De 5 a 10 salários mínimos	86	7.8	6.3	9.5
> 10 salários	22	2.0	1.2	2.9
Total	1100	100.0	100.0	100.0
TELEFONE FIXO				
Sim	390	35.8	32.9	38.7
Não	700	64.2	61.3	67.1
Total	1090	100.0	100.0	100.0

5.2 Práticas em saúde

A distribuição das características segundo práticas relacionadas à saúde é apresentada na Tabela 5.

Em relação ao estado geral da saúde, 89,6% das mulheres informaram não ter histórico de doenças sexualmente transmissíveis (DST). A ocorrência de verrugas genitais/HPV foi referida por 5,3% da entrevistadas. Quanto ao tabagismo, 89,2% das mulheres afirmaram nunca ter fumado ou eram ex-fumantes.

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo variáveis referentes a práticas de saúde na população de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012

Variáveis	n	%	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%†	
			INFERIOR	SUPERIOR
HISTÓRICO DE DST				
Não	978	89.6	87.8	91.5
Sim	113	10.4	8.5	12.2
Total	1091	100.0	100.0	100.0
HISTÓRICO DE HPV/VERRUGA GENITAL				
Não	1033	94.7	93.3	96.1
Sim	58	5.3	3.9	6.7
Total	1091	100.0	100.0	100.0
HISTÓRICO DE QUAIS DST				
Verrugas Genitais	31	2.8	1.8	3.8
Infecção por HPV	27	2.5	1.6	3.4
Herpes genital	9	0.8	0.4	1.4
Sífilis	12	1.1	0.5	1.8
Gonorreia	2	0.2	0.0	0.5
Feridas nos órgãos genitais	32	2.9	2.0	3.9
Nenhuma destas	978	89.6	87.8	91.5
Total	1091	100.0	100.0	100.0
Tabagismo				
Nunca fumou	817	74.3	71.5	76.8
Ex-fumante (parou há mais de 1 ano)	164	14.9	12.8	17.1
Fumante atual	112	10.2	8.3	12.2
Não informou	7	0.6	0.3	1.2
Total	1100	100.0	100.0	100.0

5.3 Aspectos sexuais e reprodutivos

A distribuição das características relacionadas a saúde reprodutiva e a vida sexual das mulheres entrevistadas é apresentada na Tabela 6.

Com relação à idade de início do relacionamento sexual, 46,5% das mulheres referiram ter iniciado a vida sexual entre 16 a 19 anos e 34,7% iniciaram antes dos 16 anos de idade. Sobre o número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses, apenas 1,9% das entrevistadas relataram 3 ou mais parceiros no período.

Ainda, observou-se que 10,7% das mulheres nunca engravidaram e 58,8% tiveram entre uma e três gestações. Quando perguntadas se utilizavam algum método

anticoncepcional, menos da metade das entrevistadas (38,3%) informou não utilizar nenhum método contraceptivo e 25,7% referiram método definitivo.

Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo características sexuais e reprodutivas na população de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012

Variáveis	n	%	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%†	
			INFERIOR	SUPERIOR
IDADE NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL				
Antes dos 16	382	34.7	32.1	37.5
Entre 16 a 19 anos	512	46.5	43.6	49.4
Entre 20 a 29 anos	194	17.6	15.4	19.7
Acima de 30 anos	7	0.6	0.2	1.1
Não informou	5	0.5	0.1	0.9
Total	1100	100.0	100.0	100.0
NUMERO DE PARCEIROS NOS ÚLTIMOS 12 MESES				
0	174	16.0	13.9	18.2
1	866	79.8	77.4	82.1
2	24	2.2	1.4	3.1
3 ou mais parceiros	21	1.9	1.1	2.7
Total	1085	100.0	100.0	100.0
FREQUÊNCIA MENSAL DE RELAÇÃO SEXUAL				
Sim	760	70.2	67.6	72.9
Não	323	29.8	27.1	32.4
Total	1083	100.0	100.0	100.0
NÚMERO DE GESTAÇÕES				
0	116	10.7	8.8	12.5
1	184	17.0	14.6	19.1
2	241	22.2	19.7	24.6
3	212	19.6	17.3	21.9
4	134	12.4	10.4	14.4
5	85	7.8	6.3	9.4
6 OU MAIS GESTAÇÕES	112	10.3	8.6	12.1
Total	1084	100.0	100.0	100.0
USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO				
Sim	377	34.3	31.5	37.1
Não, meu cônjuge é operado	10	0.9	0.4	1.5
Não, eu sou operada	283	25.7	23.2	28.3
Não uso	421	38.3	35.5	41.1
Não informou	9	0.8	0.4	1.5
Total	1100	100.0	100.0	100.0

5.4 Aspectos relacionados ao Papanicolaou

A distribuição das características relacionadas do exame de Papanicolaou estão apresentadas na Tabela 7.

Quanto ao conhecimento sobre o exame de Papanicolaou, observou-se que a maior parte das mulheres entrevistadas (85,5%) tinha conhecimento sobre a finalidade do mesmo. Das participantes que não tinham conhecimento sobre o Papanicolaou, 25% referiram estar recebendo a informação sobre o exame no momento da entrevista.

Entre as mulheres que relataram já ter ouvido falar sobre o exame de Papanicolaou, mais da metade (58,3%) referiu ter recebido informação do médico ou de outro profissional do serviço de saúde.

Perguntou-se também às entrevistadas com que frequência realizavam consulta ginecológica e 45,3% das mulheres informaram que tinham o hábito que se consultar com o ginecologista anualmente.

Em relação ao motivo para realizar o exame de Papanicolaou, foi observado que quase metade das entrevistadas (48,8%) relatou a procura espontânea pelo exame, mencionado como rotina pelas participantes.

Quando questionadas sobre o principal motivo para terem realizado o primeiro exame de Papanicolaou, 35,6% das mulheres citaram a procura espontânea pelo exame, sendo este também o principal motivo para realização do último exame, referido por 43,3% das entrevistadas. Quanto à idade na realização do primeiro exame de Papanicolaou, observou-se que mais de metade das entrevistadas relatou ter realizado o primeiro exame antes dos 18 anos de idade.

A maioria das mulheres que realizaram o Papanicolaou (75%) não referiram dificuldade para realizá-lo. Dentre as mulheres que referiram dificuldades para realizar o exame (25%), o principal empecilho foi o longo período de espera para ser atendida.

Referindo-se às mulheres que se submeteram ao exame de Papanicolaou, 69,3% das entrevistadas informaram que haviam utilizado o serviço público de saúde como local para a última coleta.

O estudo também investigou quais os motivos para as mulheres não terem realizado o exame de Papanicolaou. Para as mulheres que relataram nunca ter realizado o Papanicolaou (7,5%), os principais motivos mencionados foram os fatos de elas não se sentirem doentes ou

não apresentarem sintomas (24,1%) seguido pelo fato de o médico ou outro profissional da saúde, não ter solicitado o exame (22,9%).

Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo características relacionadas ao exame de Papanicolaou na população de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012 (continua)

Variáveis	FREQUÊNCIA	%	INTERVALO DE CONFIANÇA	
			95%† INFERIOR	SUPERIOR
O QUE É O EXAME				
PAPANICOLAOU				
Erro	160	14.5	12.5	16.6
Acerto	940	85.5	83.4	87.5
Total	1100	100.0	100.0	100.0
OUVIU FALAR DO EXAME				
É a primeira vez	41	25.0	18.3	31.7
ouvi falar anteriormente	123	75.0	68.3	81.7
Total	164	100.0	100.0	100.0
COMO OUVIU FALAR				
Instituição de saúde	298	27.9	25.1	30.8
Rádio/TV	137	12.8	10.9	14.7
Trabalho	27	2.5	1.6	3.5
Familiares/Amigos	232	21.7	19.2	24.4
Igreja	9	0.8	0.3	1.4
Escola	34	3.2	2.2	4.3
Médico	325	30.4	27.5	33.3
Outro	6	0.6	0.2	1.0
Total	1068	100.0	100.0	100.0
PROFISSIONAL DE SAÚDE				
INFORMOU				
Sim	518	50.9	47.8	54.2
Não	465	45.7	42.6	48.9
Não lembro	34	3.3	2.3	4.4
Total	1017	100.0	100.0	100.0
FREQUÊNCIA DE				
CONSULTA				
GINECOLÓGICA				
Menos que uma vez ao ano	225	21.8	19.2	24.3
Uma vez ao ano	468	45.3	42.3	48.6
Mais que uma vez ao ano	339	32.8	29.9	35.9
Total	1032	100.0	100.0	100.0
QUANDO REALIZA				
EXAME				
Cada vez que tem problema ginecológico	125	12.4	10.6	14.6
Periodicamente, ainda que esteja sadia	491	48.8	45.8	52.0

Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo características relacionadas ao exame de Papanicolaou na população de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012 (continua)

Quando o médico solicita o exame	356	35.4	32.3	38.3
Outro (especificar)	34	3.4	2.3	4.5
Total	1006	100.0	100.0	100.0
FEZ EXAME NA REDE PÚBLICA OU PRIVADA				
Público	692	69.3	66.2	72.1
Privado	306	30.7	27.9	33.8
Total	998	100.0	100.0	100.0
IDADE NO PRIMEIRO EXAME				
Ate 18 anos	307	30.3	27.5	33.0
Entre 18 e 20 anos	222	21.9	19.3	24.5
Entre 20 e 25 anos	241	23.8	21.2	26.4
Acima de 25 anos	244	24.1	21.5	26.7
Total	1014	100.0	100.0	100.0
MOTIVO PARA NÃO TER REALIZADO LONGA ESPERA				
Não	73	88.0	80.7	94.0
Sim	10	12.0	6.0	19.3
Total	83	100.0	100.0	100.0
NÃO ESTÁ DOENTE				
Não	63	75.9	66.3	85.5
Sim	20	24.1	14.5	33.7
Total	83	100.0	100.0	100.0
NÃO GOSTA DE FAZER				
Não	76	91.6	85.5	96.4
Sim	7	8.4	3.6	14.5
Total	83	100.0	100.0	100.0
IMPOSSIBILITADA POR GUARDA DOS FILHOS				
Não	75	90.4	84.3	96.4
Sim	8	9.6	3.6	15.7
Total	83	100.0	100.0	100.0
IMPOSSIBILITADA PELO TRABALHO				
Não	74	89.2	81.9	95.2
Sim	9	10.8	4.8	18.1
Total	83	100.0	100.0	100.0
AUSÊNCIA DE VAGA				
Não	77	92.8	86.7	97.6
Sim	6	7.2	2.4	13.3
Total	83	100.0	100.0	100.0

Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo características relacionadas ao exame de Papanicolaou na população de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012 (continua)

AUSÊNCIA DE REQUISIÇÃO MÉDICA				
Não	64	77.1	67.5	85.5
Sim	19	22.9	14.5	32.5
Total	83	100.0	100.0	100.0
DISTÂNCIA DO SERVIÇO DE SAÚDE				
Não	79	95.2	90.4	98.8
Sim	4	4.8	1.2	9.6
Total	83	100.0	100.0	100.0
OUTRO				
Não	75	90.4	84.3	96.4
Sim	8	9.6	3.6	15.7
Total	83	100.0	100.0	100.0
DESCUIDO				
Não	75	90.4	83.1	96.4
Sim	8	9.6	3.6	16.9
Total	83	100.0	100.0	100.0
FALTA DE FUNDOS				
Não	82	98.8	96.4	100.0
Sim	1	1.2	0.0	3.6
Total	83	100.0	0.0	100.0
MEDO/VERGONHA				
Não	71	85.5	78.3	92.8
Sim	12	14.5	7.2	21.7
Total	83	100.0	100.0	100.0
MOTIVO PARA O PRIMEIRO EXAME INICIATIVA PRÓPRIA				
Não	655	64.4	61.5	67.5
Sim	362	35.6	32.5	38.5
Total	1017	100.0	100.0	100.0
QUEIXA GINECOLÓGICA				
Não	884	86.9	84.9	88.8
Sim	133	13.1	11.2	15.1
Total	1017	100.0	100.0	100.0
PRÉ-NATAL				
Não	808	79.4	76.7	81.9
Sim	209	20.6	18.1	23.3
Total	1017	100.0	100.0	100.0
SOLICITAÇÃO MÉDICA DE ROTINA				
Não	710	69.8	67.0	72.6
Sim	307	30.2	27.4	33.0
Total	1017	100.0	100.0	100.0

Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo características relacionadas ao exame de Papanicolaou na população de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012 (continua)

OUTRO				
Não	995	97.8	96.9	98.7
Sim	22	2.2	1.3	3.1
Total	1017	100.0	100.0	100.0
MOTIVO PARA O ULTIMO EXAME				
INICIATIVA PRÓPRIA				
Não	577	56.7	53.6	59.6
Sim	440	43.3	40.4	46.4
Total	1017	100.0	100.0	100.0
QUEIXA GINECOLÓGICA				
Não	865	85.1	83.1	87.3
Sim	152	14.9	12.7	16.9
Total	1017	100.0	100.0	100.0
PRÉ-NATAL				
Não	915	90.0	88.1	91.8
Sim	102	10.0	8.2	11.9
Total	1017	100.0	100.0	100.0
SOLICITAÇÃO MÉDICA DE ROTINA				
Não	684	67.3	64.4	70.1
Sim	333	32.7	29.9	35.6
Total	1017	100.0	100.0	100.0
OUTRO				
Não	1003	98.6	97.9	99.3
Sim	14	1.4	0.7	2.1
Total	1017	100.0	100.0	100.0
DIFICULDADE NA REALIZAÇÃO DO ULTIMO EXAME				
TEVE DIFICULDADE PARA REALIZAR EXAME				
Não	763	75.0	72.4	77.6
Sim	254	25.0	22.4	27.6
Total	1017	100.0	100.0	100.0
LOCAL DA CONSULTA DISTANTE				
Não	972	95.6	94.3	96.9
Sim	45	4.4	3.1	5.7
Total	1017	100.0	100.0	100.0
AUSENCIA DE PEDIDO MÉDICO				
Não	1006	98.9	98.2	99.5
Sim	11	1.1	0.5	1.8
Total	1017	100.0	100.0	100.0

Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo características relacionadas ao exame de Papanicolaou na população de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012 (conclusão)

LONGA ESPERA				
Não	909	89.4	87.3	91.3
Sim	108	10.6	8.7	12.7
Total	1017	100.0	100.0	100.0
AUSENCIA DE VAGA				
Não	953	93.7	92.1	95.2
Sim	64	6.3	4.8	7.9
Total	1017	100.0	100.0	100.0
VERGONHA				
Não	1002	98.5	97.7	99.2
Sim	15	1.5	0.8	2.3
Total	1017	100.0	100.0	100.0
MEDO DO RESULTADO				
Não	1014	99.7	99.3	100.0
Sim	3	0.3	0.0	0.7
Total	1017	100.0	0.0	100.0
OUTRA				
Não	981	96.5	95.4	97.6
Sim	36	3.5	2.4	4.6
Total	1017	100.0	100.0	100.0

5.5 Prevalência de realização do exame de Papanicolaou

A realização de pelo menos um exame de Papanicolaou alguma vez na vida foi referida por 92,5% das mulheres entrevistadas, já a cobertura do exame no período de três anos anteriores a entrevista foi 76,5% (IC95%=74,04-79,05) (Tabela 8). A cobertura apresentou diferença entre os bairros estudados, variando desde índices de 100% a 40% (Tabela 9).

Tabela 8 – Distribuição da frequência de realização do exame de Papanicolaou na população de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012

Variáveis	n	%	IC 95%† Inferior	Superior
FREQUÊNCIA DO EXAME DE PAPANICOLAOU				
Nenhuma	82	7.5	5.80	8.90
1 vez na vida	76	6.9	5.40	8.50
Mais de uma vez ao ano	85	7.7	6.20	9.40
A cada 1 ano	648	58.9	56.00	61.90
A cada 2 anos	82	7.5	6.00	9.10
A cada 3 anos	27	2.5	1.60	3.40
4 anos ou mais	22	2.0	1.20	2.90
Sem especificação	78	7.1	5.50	8.80
Total	1100	100.0		
UM EXAME NOS ULTIMOS 3 ANOS†				
Não	258	23.5	20.95	25.96
Sim	842	76.5	74.04	79.05
Total	1100	100.0		
DERIVADO PARA ANÁLISE MULTINOMIAL†				
Inadequado*	258	23.50	20.9	26.2
Adequado**	109	9.90	8.2	11.6
Adequado anual***	733	66.60	63.8	69.3
Total	1100	100.00		

†variáveis derivadas do questionário

††Método de reamostragem Bootstrap (NSAMPLES=1000)

* Considera-se não ter realizado nenhum exame na vida, apenas uma vez na vida, a mais de 4 anos ou sem especificação;

** Considera-se ter realizado exame uma ou duas vezes nos últimos 3 anos;

*** Considera ter realizado exame uma vez ou mais por ano.

Tabela 9 – Distribuição da amostra segundo a cobertura do exame de Papanicolaou por bairros na população de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012.

Bairro	Cobertura (%)	N	IC	
			inferior	IC superior
Crespo	100	1	100	100
Japiim	100	1	100	100
Nova Esperança	100	10	100	100
Novo Reino I	100	2	100	100
Santo Agostinho	100	12	100	100
Dom Pedro	92,31	26	82,06	100
Planalto	91,3	23	79,79	100
Chapada	90,91	11	73,92	100
Da Paz	90,91	11	73,92	100
Cachoeirinha	89,19	37	79,18	99,19
Raiz	88,89	9	68,36	100
Sao Lazaro	86,67	15	69,46	100
Petropolis	84,38	32	71,79	96,96
N.S. Aparecida	83,33	6	53,51	100
Redenção	81,82	11	59,03	100
Betania	80	40	67,6	92,4
Colonia Terra Nova	80	10	55,21	100
Monte das Oliveiras	80	10	55,21	100
Tancredo Neves	80	20	62,47	97,53
Aleixo	78,95	19	60,62	97,28
Cidade Nova	78,16	206	72,51	83,8
Sao Francisco	77,78	9	50,62	100
Coroadó	77,5	40	64,56	90,44
Flores	77,27	22	59,76	94,78
Armando Mendes	77,19	57	66,3	88,09
Adrianopolis	76,32	38	62,8	89,83
Centro	75	32	60	90
Compensa	75	12	50,5	99,5
Mauazinho	72,73	11	46,41	99,05
Praca 14	72,73	11	46,41	99,05
Cidade de Deus	71,9	121	63,89	79,91
Gilberto Mestrinho	71,43	21	52,11	90,75
Ponta Negra	71,43	7	37,96	100
Nova Cidade	70	10	41,6	98,4
Alvorada	67,69	65	56,32	79,06
Jorge Teixeira	67,65	34	51,92	83,37
Distrito Industrial I	66,67	3	13,32	100
Taruma	57,14	14	31,22	83,07
Col Antonio Aleixo	54,55	11	25,12	83,97
Santa Etelvina	54,55	11	25,12	83,97
Parque 10	52,63	19	30,18	75,08
Santo Antonio	50	12	21,71	78,29
Zumbi	47,83	23	27,41	68,24
Aparecida	40	5	0	82,94

Das mulheres entrevistadas, 258 (23,5% e IC95%=20,9-26,2) relataram não ter realizado nenhum exame de Papanicolaou na vida ou apenas um exame ou ter realizado o último exame há mais de quatro anos; 109 (9,9% e IC95%=8,2-11,6) realizaram um ou dois exames nos últimos três anos e 733 mulheres (66,6% e IC95%=63,8-69,3) realizaram o exame anualmente (Tabela 8).

No que concerne a frequência de realização do exame de Papanicolaou, 7,7% das entrevistadas relataram realizar o exame mais de uma vez ao ano, 58,9% o fizeram com uma periodicidade anual, 10% realizaram controles com intervalos de dois a três anos e 9,1% das mulheres relataram frequência dos exames realizados com intervalo maior que quatro anos e/ou sem período específico de realização (Tabela 8).

5.6 Análise da associação entre a frequência de realização do exame de Papanicolaou e as variáveis estudadas

5.6.1 Características socioeconômicas e demográficas

A Tabela 10 apresenta a distribuição da frequência de realização do exame de Papanicolaou, segundo as características socioeconômicas e demográficas.

Ao analisar a variável idade, observou-se uma tendência de mulheres mais jovens, especificamente na categoria de 25 a 29 anos, realizarem o exame de Papanicolaou fora do período adequado, porém esta diferença não foi estatisticamente significativa.

Quando pesquisada a relação entre a variável ocupação e frequência de realização do exame de Papanicolaou, foi encontrada associação com significância estatística, verificando-se que o grupo de mulheres que referiu trabalhar em empresa pública teve menor chance de realizar o exame no período inadequado comparado àquelas que mencionaram outras ocupações (IC95%=1,306-8,952).

Ao proceder a análise univariada, observou-se que a baixa escolaridade esteve associada de modo estatisticamente significativa com a realização do exame de Papanicolaou no período inadequado em todas as categorias quando comparadas à categoria de referência, ou seja, mulheres com nível superior completo. As entrevistadas que possuíam ensino fundamental incompleto apresentaram chances mais elevadas de realizar o exame no período

inadequado comparadas as mulheres com ensino superior completo (OR=0.093;IC95% 0,028-0,315).

Em relação ao estrato socioeconômico, evidenciou-se uma tendência à realização do exame de Papanicolaou fora da periodicidade adequada quanto pior fosse a classe econômica, entretanto não houve associação significativa para nenhuma categoria.

Quanto à renda familiar, foi observada uma tendência de quanto menor o ganho maior a proporção de realização do exame de Papanicolaou no período inadequado. A ausência de renda familiar se mostrou associada de maneira estatisticamente significativa com a frequência de realização do exame de Papanicolaou no período inadequado quando comparada a renda de mais de dez salários mínimos (IC95%=0,013-0,674).

No que se refere à posse de linha telefônica residencial, encontrou-se associação estatisticamente significativa entre esta variável e a frequência de realização do exame de Papanicolaou. A presença de telefone fixo na residência foi um fator de proteção para realização do exame no período inferior a três anos (IC95%=1,392-2,639).

Tabela 10 – Distribuição da frequência de realização do exame de Papanicolaou segundo as características socioeconômicas e demográficas na população de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012 (continua)

Frequência do exame Papanicolaou	INADEQUADO		ADEQUADO			ADEQUADO ANUAL		
	N	%	N	%	OR	N	%	OR
IDADE								
25 a 29	81	31.3	21	8.1	0.519 (0.237 - 1.136)	157	60.6	0.755 (0.458 - 1.245)
30 a 34	39	20.7	16	8.5	0.821 (0.351 - 1.920)	133	70.7	1.329 (0.765 - 2.309)
35 a 39	34	19.2	17	9.6	1.000 (0.427 - 2.340)	126	71.2	1.444 (0.819 - 2.545)
40 a 44	28	22.0	16	12.6	1.143 (0.478 - 2.735)	83	65.4	1.155 (0.633 - 2.107)
45 ta 49	27	22.0	14	11.4	1.037 (0.424 - 2.538)	82	66.7	1.183 (0.646 - 2.169)
50 a 54	18	17.6	10	9.8	1.111 (0.413 - 2.993)	74	72.5	1.602 (0.823 - 3.117)
55 a 59	30	24.6	15	12.3	-	77	63.1	-
Total	257	23.4	109	9.9		732	66.7	
RAÇA								
Branca	51	25.4	15	7.5	0.882 (0.085 - 9.116)	135	67.2	1.324 (0.319 - 5.491)
Parda	187	23.2	82	10.2	1.316 (0.135 - 12.836)	538	66.7	1.439 (0.356 - 5.809)
Preta	17	25.4	8	11.9	1.412 (0.126 - 15.784)	42	62.7	1.235 (0.277 - 5.514)
Oriental	0	0.0	3	25.0	*	9	75.0	*
Indígena	3	30.0	1	10.0	-	6	60.0	-
Total	258	23.5	109	9.9		730	66.5	
OCUPAÇÃO								
Empresário	2	12.5	2	12.5	1.972 (0.267 - 14.581)	12	75.0	2.230 (0.487 - 10.213)
Func de Emp Privada	32	23.7	12	8.9	0.740 (0.341 - 1.606)	91	67.4	1.057 (0.650 - 1.719)
Func de Emp Pública	5	8.9	5	8.9	1.972 (0.536 - 7.257)	46	82.1	3.420 (1.306 - 8.952)
Autônomo	72	23.8	24	7.9	0.657 (0.357 - 1.212)	206	68.2	1.064 (0.726 - 1.559)
Profissional Liberal	5	38.5	2	15.4	0.789 (0.146 - 4.267)	6	46.2	0.446 (0.132 - 1.507)
Estagiário	1	20.0	0	0.0	*	4	80.0	1.487 (0.163 - 13.530)
Artista	0	0.0	0	0.0	*	4	100.0	*
Total	257	23.4	109	9.9		732	66.7	
GRAU DE INSTRUÇÃO								
Analfabeto/Até 3a. Série Fund./ 1º Grau	19	38.8	9	18.4	0.355 (0.065 - 1.933)	21	42.9	0.061 (0.016 - 0.229)
Até 4a. Série Fund./ 1º Grau	47	34.1	12	8.7	0.191 (0.038 - 0.973)	79	57.2	0.093 (0.028 - 0.315)
Fundamental completo/1º Grau completo	66	28.8	22	9.6	0.250 (0.052 - 1.205)	141	61.6	0.119 (0.036 - 0.394)
Médio completo/2º Grau completo	107	19.3	60	10.8	0.421 (0.091 - 1.942)	388	69.9	0.201 (0.062 - 0.657)
Superior incompleto	15	22.4	2	3.0	0.100 (0.012 - 0.818)	50	74.6	0.185 (0.051 - 0.678)
Superior completo	3	4.9	4	6.6	-	54	88.5	-
Total	257	23.4	109	9.9		733	66.7	

Tabela 10 – Distribuição da frequência de realização do exame de Papanicolaou segundo as características socioeconômicas e demográficas na população de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012 (conclusão)

SITUAÇÃO CONJUGAL								
Solteira com companheiro fixo	51	24.5	19	9.1	2.235 (0.252 - 19.805)	138	66.3	2.706 (0.835 - 8.773)
Solteira sem companheiro fixo	67	26.9	22	8.8	1.970 (0.225 - 17.274)	160	64.3	2.388 (0.743 - 7.671)
Casada ou vive com parceiro	117	20.3	61	10.6	3.128 (0.368 - 26.575)	398	69.1	3.402 (1.077 - 10.745)
Viúva	17	31.5	6	11.1	2.118 (0.210 - 21.389)	31	57.4	1.824 (0.509 - 6.538)
Não informou	6	46.2	1	7.7	-	6	46.2	-
Total	258	23.5	109	9.9		733	66.6	
CLASSE SOCIAL								
Classe A	1	16.7	0	0.0	*	5	83.3	-
Classe B	33	16.3	21	10.4	*	148	73.3	0.897 (0.101 - 7.934)
Classe C	196	24.0	77	9.4	*	545	66.6	0.556 (0.065 - 4.790)
Classe D	26	36.6	11	15.5	*	34	47.9	0.262 (0.029 - 2.377)
Classe E	2	66.7	0	0.0	*	1	33.3	0.100 (0.004 - 2.504)
Total	258	23.5	109	9.9		733	66.6	
RENDA FAMILIAR								
Sem renda	5	50.0	1	10.0	0.133 (0.008 - 2.181)	4	40.0	0.094 (0.013 - 0.674)
Até 2 salários mínimos	181	24.9	66	9.1	0.243 (0.040 - 1.487)	480	66.0	0.312 (0.071 - 1.364)
De 2 a 3 salários mínimos	29	20.9	20	14.4	0.460 (0.070 - 3.006)	90	64.7	0.365 (0.080 - 1.676)
De 3 a 5 salários mínimos	24	20.7	13	11.2	0.361 (0.053 - 2.444)	79	68.1	0.387 (0.083 - 1.797)
De 5 a 10 salários mínimos	17	19.8	6	7.0	0.235 (0.031 - 1.768)	63	73.3	0.436 (0.092 - 2.075)
> 10 salários	2	9.1	3	13.6	-	17	77.3	-
Total	258	23.5	109	9.9		733	66.6	
TELEFONE FIXO								
Sim	64	16.4	40	10.3	1.772 (1.093 - 2.874)	286	73.3	1.917 (1.392 - 2.639)
Não	190	27.1	67	9.6	-	443	63.3	-
Total	254	23.3	107	9.8		729	66.9	

- categoria de referência;

* não é possível estimar o parâmetro, pois existe zero na referência.

5.6.2 Práticas em saúde

A distribuição das mulheres segundo as práticas relacionadas à saúde em relação à periodicidade do exame de Papanicolaou é apresentada na Tabela 11.

Tabela 11 – Distribuição da frequência de realização do exame de Papanicolaou segundo as práticas relacionadas à saúde na amostra de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012

FREQUÊNCIA DO EXAME DE PAPANICOLAOU	INADEQUADO		ADEQUADO		OR	ADEQUADO ANUAL		OR
	N	%	N	%		N	%	
HISTÓRICO DE DST								
Não	218	22.3	99	10.1	1.716 (0.793 - 3.713)	661	67.6	1.473 (0.951 - 2.281)
Sim	34	30.1	9	8.0	-	70	61.9	-
Total	252	23.1	108	9.9		731	67.0	
HISTÓRICO DE HPV OU VERRUGA GENITAL								
Não	236	22.8	102	9.9	1.153 (0.438 - 3.030)	695	67.3	1.309 (0.713 - 2.402)
Sim	16	27.6	6	10.3	-	36	62.1	-
Total	252	23.1	108	9.9		731	67.0	
HISTÓRICO DE QUAIS DST								
Verrugas Genitais	7	22.6	4	12.9	1.258 (0.360 - 4.397)	20	64.5	0.942 (0.393 - 2.259)
Infecção por HPV	9	33.3	2	7.4	0.489 (0.104 - 2.307)	16	59.3	0.586 (0.255 - 1.346)
Herpes genital	3	33.3	0	0.0	*	6	66.7	0.660 (0.164 - 2.660)
Sífilis	3	25.0	1	8.3	0.734 (0.075 - 7.145)	8	66.7	0.879 (0.231 - 3.344)
Gonorréia	0	0.0	0	0.0	0.944 (0.944 - 0.944)	2	100.0	*
Feridas nos órgãos genitais	12	37.5	2	6.3	0.367 (0.081 - 1.671)	18	56.3	0.495 (0.235 - 1.043)
Nenhuma destas	218	22.3	99	10.1	-	661	67.6	-
Total	252	23.1	108	9.9		731	67.0	
TABAGISMO								
Nunca fumou	171	20.9	79	9.7	1.617 (0.763 - 3.429)	567	69.4	1.732 (1.112 - 2.698)
Ex-fumante (parou há mais de 1 ano)	48	29.3	20	12.2	1.458 (0.608 - 3.499)	96	58.5	1.045 (0.611 - 1.785)
Fumante atual	35	31.3	10	8.9	-	67	59.8	-
Total	254	23.2	109	10.0		730	66.8	

- categoria de referência;

* não é possível estimar o parâmetro, pois existe zero na referência.

Na análise univariada, constatou-se que as mulheres que nunca fumaram, em comparação com as fumantes, mostraram menor risco de realizar o exame de Papanicolaou no período inadequado, sendo esta associação estatisticamente significativa (IC95%=1,112-2,698).

As outras variáveis analisadas relacionadas às práticas em saúde (histórico de DST; histórico de infecção por HPV/verruca genital e tipos de DST) não apresentaram associação estatisticamente significativa com o período de realização do exame de Papanicolaou.

5.6.3 Características sexuais e reprodutivas

A relação entre a frequência de realização do exame de Papanicolaou e as características sexuais e reprodutivas das mulheres que compuseram a amostra é apresentada na Tabela 12.

Tabela 12 – Distribuição da frequência de realização do exame de Papanicolaou segundo as características sexuais e reprodutivas na amostra de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012 (continua)

FREQUÊNCIA DO EXAME DE PAPANICOLAOU	INADEQUADO		ADEQUADO			ADEQUADO ANUAL		
	N	%	N	%	OR	N	%	OR
IDADE NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL								
Antes dos 16	98	25.7	30	7.9	0.306 (0.019 - 5.043)	254	66.5	0.518 (0.060 - 4.493)
Entre 16 a 19 anos	108	21.1	56	10.9	0.519 (0.032 - 8.447)	348	68.0	0.644 (0.074 - 5.576)
Entre 20 a 29 anos	49	25.3	22	11.3	0.449 (0.027 - 7.510)	123	63.4	0.502 (0.057 - 4.408)
Acima de 30 anos	1	14.3	1	14.3	-	5	71.4	-
Total	256	23.4	109	10.0		730	66.7	
NUMERO DE PARCEIROS NOS ÚLTIMOS 12 MESES								
0	48	27.6	17	9.8	1.594 (0.313 - 8.126)	109	62.6	2.044 (0.781 - 5.351)
1	186	21.5	86	9.9	2.081 (0.440 - 9.836)	594	68.6	2.874 (1.151 - 7.180)
2	9	37.5	2	8.3	1.000 (0.115 - 8.730)	13	54.2	1.300 (0.377 - 4.485)
3 ou mais parceiros	9	42.9	2	9.5	-	10	47.6	-
Total	252	23.2	107	9.9		726	66.9	
FREQUÊNCIA MENSAL DE RELAÇÃO SEXUAL								
Sim	167	22.0	75	9.9	1.193 (0.731 - 1.946)	518	68.2	1.280 (0.942 - 1.740)
Não	85	26.3	32	9.9	-	206	63.8	-
Total	252	23.3	107	9.9		724	66.9	

Tabela 12 – Distribuição da frequência de realização do exame de Papanicolaou segundo as características sexuais e reprodutivas na amostra de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012 (conclusão)

NÚMERO DE GESTAÇÕES								
0	39	33.6	7	6.0	0.678 (0.228 - 2.016)	70	60.3	0.884 (0.501 - 1.560)
1	29	15.8	14	7.6	1.824 (0.689 - 4.825)	141	76.6	2.396 (1.351 - 4.249)
2	37	15.4	30	12.4	3.063 (1.272 - 7.373)	174	72.2	2.317 (1.347 - 3.987)
3	53	25.0	24	11.3	1.711 (0.710 - 4.120)	135	63.7	1.255 (0.747 - 2.110)
4	33	24.6	16	11.9	1.832 (0.711 - 4.721)	85	63.4	1.269 (0.714 - 2.255)
5	29	34.1	7	8.2	0.912 (0.302 - 2.753)	49	57.6	0.833 (0.450 - 1.542)
6 OU MAIS GESTAÇÕES	34	30.4	9	8.0	-	69	61.6	-
Total	254	23.4	107	9.9		723	66.7	
USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO								
Sim	74	19.6	33	8.8	1.221 (0.711 - 2.098)	270	71.6	1.589 (1.134 - 2.228)
Não, meu cônjuge é operado	1	10.0	1	10.0	2.738 (0.167 - 44.768)	8	80.0	3.485 (0.431 - 28.185)
Não, eu sou operada	65	23.0	32	11.3	1.348 (0.777 - 2.340)	186	65.7	1.247 (0.872 - 1.782)
Não uso	115	27.3	42	10.0	-	264	62.7	-
Total	255	23.4	108	9.9		728	66.7	

- categoria de referência;

* não é possível estimar o parâmetro, pois existe zero na referência.

Ficou evidente, na análise univariada, uma tendência a menor risco de realização do exame de Papanicolaou no período inadequado quanto menor tivesse sido o número de parceiros nos últimos 12 meses, verificando-se significância estatística para as mulheres que referiram apenas um parceiro nos últimos 12 meses quando comparadas àquelas com três ou mais parceiros (IC95%=1,151-7,180).

Quanto a história reprodutiva das participantes, foi observada tendência de mulheres com mais de quatro gestações de realizar o exame de Papanicolaou fora do período adequado, constatando-se significância estatística para as categorias uma e duas gestações, associadas a menor risco de frequência inadequada do exame, comparativamente com aquelas que tiveram seis ou mais gestações (IC95%=1,347-3,987).

Ao proceder à análise univariada, evidenciou-se que o uso de qualquer método contraceptivo, inclusive cirúrgico, esteve associado ao menor risco de realizar o exame de Papanicolaou com periodicidade inadequada, embora significância estatística tenha sido observada somente na categoria de métodos não cirúrgicos (IC95%=1,134-2,228).

Quanto às variáveis idade de início do relacionamento sexual e ter atividade sexual mensal, não foram encontradas associações estatisticamente significantes com a frequência de realização do exame de Papanicolaou.

5.6.4 Características relacionadas ao exame de Papanicolaou

A associação entre a frequência de realização do exame de Papanicolaou e as características relacionadas ao exame é apresentada na Tabela 13.

Tabela 13 – Distribuição da frequência de realização do exame de Papanicolaou segundo as características relacionadas ao exame na amostra de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012 (continua)

FREQUÊNCIA DO EXAME DE PAPANICOLAOU	INADEQUADO		ADEQUADO		OR	ADEQUADO ANUAL		
	N	%	N	%		N	%	OR
O QUE É O EXAME PAPANICOLAOU								
Errou	69	43.1	15	9.4	0.437 (0.237 - 0.805)	76	47.5	0.317 (0.220 - 0.456)
Acertou	189	20.1	94	10.0	-	657	69.9	-
Total	258	23.5	109	9.9		733	66.6	
OUVIU FALAR DO EXAME								
É a primeira vez	27	65.9	1	2.4	0.100 (0.012 - 0.794)	13	31.7	0.323 (0.150 - 0.696)
Sim, já ouvi falar	43	35.0	16	13.0	-	64	52.0	-
Total	70	42.7	17	10.4		77	47.0	
COMO OUVIU FALAR								
Instituição de saúde	85	28.5	26	8.7	0.665 (0.357 - 1.237)	187	62.8	0.595 (0.407 - 0.868)
Rádio/TV	34	24.8	16	11.7	1.022 (0.488 - 2.141)	87	63.5	0.692 (0.426 - 1.123)
Trabalho	3	11.1	1	3.7	0.724 (0.072 - 7.263)	23	85.2	2.073 (0.603 - 7.127)
Familiares/Amigos	40	17.2	28	12.1	1.521 (0.791 - 2.922)	164	70.7	1.109 (0.711 - 1.728)
Igreja	1	11.1	1	11.1	2.172 (0.131 - 35.957)	7	77.8	1.893 (0.229 - 15.669)
Escola	5	14.7	7	20.6	3.041 (0.890 - 10.395)	22	64.7	1.190 (0.433 - 3.267)
Outro	4	66.7	0	0.0	*	2	33.3	0.135 (0.024 - 0.755)
Médico	63	19.4	29	8.9	-	233	71.7	-
Total	235	22.0	108	10.1		725	67.9	
PROFISSIONAL DE SAÚDE INFORMOU								
Sim	78	15.1	41	7.9	0.736 (0.220 - 2.464)	399	77.0	1.628 (0.672 - 3.942)
Não	91	19.6	63	13.5	0.969 (0.294 - 3.192)	311	66.9	1.087 (0.450 - 2.627)
Não lembro	7	20.6	5	14.7	-	22	64.7	-
Total	176	17.3	109	10.7		732	72.0	
FREQUÊNCIA DE CONSULTA GINECOLÓGICA								
Menos que uma vez ao ano	120	53.3	49	21.8	0.770 (0.431 - 1.375)	56	24.9	0.087 (0.056 - 0.134)
Uma vez ao ano	69	14.7	31	6.6	0.847 (0.448 - 1.601)	368	78.6	0.990 (0.664 - 1.475)
Mais que uma vez ao ano	49	14.5	26	7.7	-	264	77.9	-
Total	238	23.1	106	10.3		688	66.7	
QUANDO REALIZA EXAME								
Cada vez que tem problema ginecológico	37	29.6	24	19.2	7.135 (1.536 - 33.149)	64	51.2	3.805 (1.626 - 8.904)
Periodicamente, ainda que esteja sadia	31	6.3	38	7.7	13.484 (2.939 - 61.853)	422	85.9	29.948 (13.036 - 68.800)
Quando o médico solicita o exame	82	23.0	44	12.4	5.902 (1.326 - 26.272)	230	64.6	6.171 (2.804 - 13.581)
Outro	22	64.7	2	5.9	-	10	29.4	-
Total	172	17.1	108	10.7		726	72.2	

Tabela 13 – Distribuição da frequência de realização do exame de Papanicolaou segundo as características relacionadas ao exame na amostra de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012 (continua)

FEZ EXAME NA REDE PÚBLICA OU PRIVADA								
Público	141	20.4	75	10.8	0.605 (0.342 - 1.073)	476	68.8	0.457 (0.303 - 0.687)
Privado	33	10.8	29	9.5	-	244	79.7	-
Total	174	17.4	104	10.4		720	72.1	
IDADE NO PRIMEIRO EXAME								
Ate 18 anos	32	10.4	30	9.8	2.909 (1.518 - 5.576)	245	79.8	5.512 (3.489 - 8.709)
Entre 18 e 20 anos	20	9.0	28	12.6	4.345 (2.136 - 8.839)	174	78.4	6.264 (3.664 - 10.709)
Entre 20 e 25 anos	34	14.1	21	8.7	1.917 (0.965 - 3.808)	186	77.2	3.939 (2.499 - 6.208)
Acima de 25 anos	90	36.9	29	11.9	-	125	51.2	-
Total	176	17.4	108	10.7		730	72.0	
MOTIVO PARA O PRIMEIRO EXAME INICIATIVA PRÓPRIA								
Não	117	17.9	72	11.0	0.981 (0.592 - 1.626)	466	71.1	0.883 (0.624 - 1.250)
Sim	59	16.3	37	10.2	-	266	73.5	-
Total	176	17.3	109	10.7		732	72.0	
QUEIXA GINECOLÓGICA								
Não	139	15.7	98	11.1	2.371 (1.153 - 4.877)	647	73.2	2.026 (1.322 - 3.106)
Sim	37	27.8	11	8.3	-	85	63.9	-
Total	176	17.3	109	10.7		732	72.0	
PRÉ-NATAL								
Não	143	17.7	78	9.7	0.581 (0.331 - 1.019)	587	72.6	0.934 (0.614 - 1.422)
Sim	33	15.8	31	14.8	-	145	69.4	-
Total	176	17.3	109	10.7		732	72.0	
SOLICITAÇÃO MÉDICA DE ROTINA								
Não	137	19.3	83	11.7	0.909 (0.516 - 1.601)	490	69.0	0.576 (0.391 - 0.849)
Sim	39	12.7	26	8.5	-	242	78.8	-
Total	176	17.3	109	10.7		732	72.0	
OUTRO								
Não	171	17.2	105	10.6	0.768 (0.202 - 2.923)	719	72.3	1.617 (0.569 - 4.597)
Sim	5	22.7	4	18.2	-	13	59.1	-
Total	176	17.3	109	10.7		732	72.0	
MOTIVO PARA O ÚLTIMO EXAME INICIATIVA PRÓPRIA								
Não	109	18.9	73	12.7	1.246 (0.755 - 2.059)	395	68.5	0.720 (0.514 - 1.009)
Sim	67	15.2	36	8.2	-	337	76.6	-
Total	176	17.3	109	10.7		732	72.0	
QUEIXA GINECOLÓGICA								
Não	140	16.2	85	9.8	0.911 (0.509 - 1.631)	640	74.0	1.789 (1.168 - 2.740)
Sim	36	23.7	24	15.8	-	92	60.5	-
Total	176	17.3	109	10.7		732	72.0	
PRÉ-NATAL								
Não	152	16.6	97	10.6	1.276 (0.610 - 2.670)	666	72.8	1.593 (0.967 - 2.625)
Sim	24	23.5	12	11.8	-	66	64.7	-
Total	176	17.3	109	10.7		732	72.0	

Tabela 13 – Distribuição da frequência de realização do exame de Papanicolaou segundo as características relacionadas ao exame na amostra de mulheres de 25 a 59 anos, em Manaus/AM, 2012 (conclusão)

SOLICITAÇÃO MÉDICA DE ROTINA								
Não	127	18.6	73	10.7	0.782 (0.466 - 1.313)	484	70.8	0.753 (0.524 - 1.083)
Sim	49	14.7	36	10.8	-	248	74.5	-
Total	176	17.3	109	10.7		732	72.0	
OUTRO								
Não	173	17.2	106	10.6	0.613 (0.121 - 3.091)	724	72.2	1.569 (0.412 - 5.977)
Sim	3	21.4	3	21.4	-	8	57.1	-
Total	176	17.3	109	10.7		732	72.0	
DIFICULDADE NA REALIZAÇÃO DO ÚLTIMO EXAME TEVE DIFICULDADE PARA REALIZAR EXAME								
Não	115	15.1	77	10.1	1.276 (0.762 - 2.138)	571	74.8	1.881 (1.317 - 2.687)
Sim	61	24.0	32	12.6	-	161	63.4	-
Total	176	17.3	109	10.7		732	72.0	
LOCAL DA CONSULTA DISTANTE								
Não	168	17.3	101	10.4	0.601 (0.219 - 1.652)	703	72.3	1.154 (0.518 - 2.571)
Sim	8	17.8	8	17.8	-	29	64.4	-
Total	176	17.3	109	10.7		732	72.0	
AUSENCIA DE PEDIDO MÉDICO								
Não	175	17.4	106	10.5	16.758 (5.166 - 54.365)	725	72.1	42.982 (20.423 - 90.460)
Sim	83	88.3	3	3.2	-	8	8.5	-
Total	258	23.5	109	9.9		733	66.6	
LONGA ESPERA								
Não	145	16.0	96	10.6	5.755 (3.067 - 10.798)	668	73.5	8.009 (5.621 - 11.411)
Sim	113	59.2	13	6.8	-	65	34.0	-
Total	258	23.5	109	9.9		733	66.6	
AUSENCIA DE VAGA								
Não	156	16.4	98	10.3	5.825 (2.977 - 11.399)	699	73.3	13.442 (8.787 - 20.565)
Sim	102	69.4	11	7.5	-	34	23.1	-
Total	258	23.5	109	9.9		733	66.6	
VERGONHA								
Não	170	17.0	107	10.7	27.694 (6.679 - 114.835)	725	72.4	46.912 (22.320 - 98.598)
Sim	88	89.8	2	2.0	-	8	8.2	-
Total	258	23.5	109	9.9		733	66.6	
MEDO DO RESULTADO								
Não	176	17.4	108	10.7	50.318 (6.903 - 366.774)	730	72.0	113.371 (35.406 - 363.022)
Sim	82	95.3	1	1.2	-	3	3.5	-
Total	258	23.5	109	9.9		733	66.6	
OUTRA								
Não	167	17.0	103	10.5	9.354 (3.951 - 22.146)	711	72.5	17.611 (10.733 - 28.896)
Sim	91	76.5	6	5.0	-	22	18.5	-
Total	258	23.5	109	9.9		733	66.6	

- categoria de referência; * não é possível estimar o parâmetro, pois existe zero na referência.

Observou-se que a estimativa de *odds ratio* para o conhecimento sobre a finalidade do exame de Papanicolaou esteve associada de maneira estatisticamente significativa à periodicidade do exame, sendo o conhecimento do mesmo fator protetor para realização do Papanicolaou no período adequado (IC95%=0,220-0,456). As mulheres que não sabiam da finalidade do exame e estavam recebendo a informação sobre o mesmo no momento da entrevista tiveram maior risco de realizar o Papanicolaou no período inadequado (IC95%=0,150-0,696).

Quanto à fonte de informação sobre o exame de Papanicolaou, o grupo que recebeu informação na instituição de saúde teve chance mais elevada de realizar o exame no período inadequado, quando comparado ao grupo que referiu ter recebido informação diretamente do médico (IC95%=0,407-0,868).

Quando investigada a relação entre a frequência de consulta ginecológica e a realização do exame de Papanicolaou no período adequado, verificou-se que houve associação estatisticamente significativa. Foi observado que a mulher atendida pelo ginecologista menos de uma vez ao ano apresentou risco mais elevado de atraso na realização do exame do que aquela que realizava consulta ginecológica mais de uma vez ao ano (IC95%=0,056-0,134).

Ao explorar a variável motivo para realizar o exame de Papanicolaou, foi observada associação estatisticamente significativa com a periodicidade de realização do exame, sendo esta associação mais forte para a categoria periodicamente/ainda que esteja sadia, que se mostrou fator protetor para realização do Papanicolaou no período adequado.

No que se refere ao local da realização do último exame de Papanicolaou, houve associação estatisticamente significativa entre esta variável e a periodicidade de realização do mesmo. Chances mais elevadas de realização do exame no período inadequado foram identificadas entre as entrevistadas que referiram ter realizado o Papanicolaou no serviço público de saúde (IC95%=0,303-0,687).

Quanto à idade na realização do primeiro exame de Papanicolaou, constatou-se que as mulheres que o realizaram até os 25 anos de idade tiveram menor risco de realização do exame no período inadequado, sendo as estimativas de *odds ratio* significativas para todas as categorias.

Outra variável que se mostrou associada de maneira estatisticamente significativa à realização do exame de Papanicolaou foi o motivo para ter realizado o primeiro exame. Verificou-se que as participantes que realizaram o primeiro exame em razão de outros

motivos que não a solicitação médica tiveram chance mais elevada de apresentarem o exame com periodicidade inadequada.

Em relação à variável dificuldade para realizar o exame de Papanicolaou, verificou-se que, quando esta foi referida, houve maior risco de realização do exame no período inadequado. Considerando-se os motivos que dificultaram a realização do exame, foi observada associação positiva entre a periodicidade inadequada do exame e todos os motivos referidos como empecilhos, exceto o local de consulta distante.

6 DISCUSSÃO

6.1 Limitações e potencialidades do estudo

A utilização de inquérito populacional, neste estudo, permitiu obter melhor estimativa da cobertura do exame de Papanicolaou, bem como o conhecimento a respeito do comportamento e condições de saúde da população feminina de Manaus, além de abranger questões relacionadas aos serviços de saúde.

A realização de inquéritos populacionais é necessária para que se possa ter o conhecimento da realidade epidemiológica da população, uma vez que eles abrangem os problemas de saúde, permitindo correlacionar os resultados com as condições de vida das populações, conhecer os fatores de risco e a percepção das pessoas a respeito do seu estado de saúde (WALDMAN, et al., 2008).

A composição etária da amostra, com exceção da categoria 55 a 59 anos, pode ser considerada como representativa, pois possui parâmetros de distribuição de idade semelhantes aos observados na população feminina do município de Manaus.

Embora o uso do inquérito populacional seja uma abordagem adequada para se conhecer a realidade epidemiológica da população, não se podem descartar suas barreiras. Um dos complicadores dos inquéritos populacionais são as recusas, entretanto, o estudo contou com baixas taxas de não respostas, não comprometendo o resultado da pesquisa.

Outro possível fator limitante para o presente estudo foi a seleção da faixa etária da população pesquisada restrita às mulheres com idade de 25 a 59 anos. A escolha desta faixa etária seguiu as diretrizes brasileiras para rastreamento do câncer do colo do útero vigente até o primeiro semestre de 2011 quando foi adotada nova diretriz nacional, ampliando o limite superior de 59 para 64 anos (INCA, 2011). A ampliação da faixa etária no desenho do estudo implicaria em um planejamento amostral diferente o que poderia levar ao aumento no tamanho da amostra. Cabe, no entanto, considerar que a seleção de mulheres com idade entre 25 a 59 anos permitiu a comparabilidade com outras pesquisas realizadas no país, uma vez que no Brasil, até o período de 2011, o Ministério da Saúde adotava como estratégia de rastreamento do câncer do colo do útero a oferta do exame de Papanicolaou para população feminina nesta faixa etária (INCA, 2003).

Particularmente, é necessário considerar algumas limitações intrínsecas aos estudos transversais, que podem interferir nos resultados da pesquisa, como o viés de informação e de memória, uma vez que se tratam de informações fundamentadas em autorrelato. Os dados baseados em instrumentos de autorrelato podem sofrer tendência de distorção para a direção favorável, negando comportamentos socialmente indesejáveis (FURNHAM, 1986). A realização do exame de Papanicolaou pode ter sido superestimada, por ser um comportamento adequado e esperado para as mulheres, e o tempo de realização do último exame subestimado. Da mesma forma, a informação sobre a realização do exame de Papanicolaou fornecida pela participante, não obtida a partir de registros médicos, pode ter sofrido um viés recordatório, uma vez que a entrevistada pode ter se enganado quanto ao tempo decorrido em relação ao último exame.

Apesar das barreiras existentes na metodologia com base nas respostas da própria participante, a análise do relato das mulheres apresenta vantagens sobre os registros médicos pois permite conhecer as mulheres que não realizam o exame de Papanicolaou ou realizam-no no período inadequado, as razões associadas a adesão ao exame, a frequência com que o mesmo vem sendo realizado e a identificação das mulheres que já tiveram relação sexual, excluindo as não sexualmente ativas, obedecendo, assim, aos critérios de elegibilidade do exame de Papanicolaou.

A autorrelato pode apresentar uma boa acurácia sobre o exame de Papanicolaou embora diferenças possam ser encontradas com relação ao período e a população estudada. Em geral, o autorrelato da realização do Papanicolaou apresenta boa sensibilidade e baixa especificidade, o que pode levar a uma estimativa de adesão ao exame acima da real. Todavia, o relato pela própria participante apresenta alto grau de validade para a análise (KAHN et al., 2000). Além disso, os dados auto-referidos são confiáveis e menos onerosos para a obtenção da informação sobre exames preventivos (INCA, 2004). Vários estudos nacionais e internacionais utilizam o método baseado no autorrelato das mulheres entrevistadas para estimar a cobertura do exame de Papanicolaou e planejar ações em saúde (COUGHLIN; UHLER, 2002; NOVAES; BRAGA; SHOUT, 2006; BORGES et al., 2012).

Deve-se, ainda, considerar que o delineamento transversal não permite um adequado estabelecimento da relação causa-efeito entre as medidas de exposição e efeito, uma vez que exposição e evento são avaliadas no mesmo corte temporal, limitando a possibilidade de interpretar as associações encontradas. Contudo, Barros (2008) reconhece que os inquéritos de base populacional têm sido frequentemente realizados em países ricos e em

desenvolvimento, constituindo uma estratégia apropriada para análise e monitoramento do estado de saúde das populações.

Em síntese, os inquéritos domiciliares são necessários para fornecerem informações que não são adquiridas em registros e, ainda, permitem conhecer a realidade do acesso aos serviços de saúde, sendo fundamentais para o planejamento e avaliação das políticas de promoção de saúde e controle de agravos (BARROS, 2008).

6.2 Cobertura do exame de Papanicolaou no município de Manaus

Os resultados apresentados revelam alta proporção de mulheres que relataram ter realizado pelo menos um exame de Papanicolaou alguma vez na vida (92,5%). No entanto, ao analisar a taxa de cobertura de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde na época da realização da pesquisa, segundo o qual todas as mulheres de 25 a 59 anos devem realizar um exame nos três últimos anos, a cobertura encontrada foi 76,5%, não atingindo o nível mínimo preconizado pela Organização Mundial de Saúde, que estabelece cobertura superior a 80% para que haja impacto na incidência e mortalidade por câncer do colo uterino (WHO, 1998).

Existem poucos estudos transversais de base populacional que relatam as taxas de cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil. Em 2003, foram realizados três inquéritos populacionais de abrangência nacional. O primeiro estudo, desenvolvido pelo Instituto Nacional de Câncer, em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, mostrou que a cobertura do exame nos últimos três anos variou de 73,4% em João Pessoa a 92,9% em Vitória (BRASIL, 2004). O segundo inquérito, parte da Pesquisa Mundial de Saúde, conduzido pela OMS em 188 municípios, identificou taxa de cobertura de 66% nos três anos anteriores à entrevista (SZWARCOWALD et al., 2004). O terceiro estudo é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), desenvolvida pelo IBGE em todas as regiões do país, a qual evidenciou cobertura nos três anos anteriores à pesquisa de 68,7% em mulheres acima de 24 anos, sendo que 20,8% das mulheres nesta faixa etária nunca haviam realizado o exame de Papanicolaou (IBGE, 2005). Esta pesquisa também foi realizada no ano de 2008, identificando cobertura de 87,0% de realização do exame alguma vez na vida entre mulheres de 25 a 59 anos, sendo que 91,2% destas haviam feito o exame no período de até três anos anteriores à entrevista (IBGE, 2010). Entre 2003 e 2008, houve um aumento da cobertura do

exame de Papanicolaou alguma vez na vida em mulheres com 25 anos ou mais, no país, variando de 79,1% para 84,5% respectivamente (IBGE, 2010).

Inquéritos epidemiológicos realizados em diversas regiões do país mostram que há grande diferença na taxa de cobertura do exame de Papanicolaou entre os municípios (Tabela 14). Na Região Sudeste, Nascimento, Eluf-Neto e Rego (1996), em estudo conduzido no município de São Paulo, encontraram cobertura de 68,9% de realização do exame alguma vez na vida e 60,8% nos três anos anteriores à entrevista. Pinho (2002) encontrou proporção relativamente alta de mulheres entre 15 a 49 anos que realizaram o exame alguma vez na vida (86,0%) e nos últimos três anos (77,0%) no município de São Paulo em pesquisa realizada em 2000. Estudo mais recente realizado em São Paulo constatou cobertura do Papanicolaou de 90,3% alguma vez na vida e 79,6% nos últimos três anos (DIONÍZIO, 2011).

No Sul do Brasil, Murata, Gabrielloni e Schirmer (2012), em estudo realizado em 2006, no município de Maringá, encontraram uma cobertura de 87,6% do exame de Papanicolaou realizado nos três anos anteriores à pesquisa. Gasperin, Boing e Kupek (2011), em inquérito conduzido em 2009, com mulheres entre 20 a 59 anos residentes em Florianópolis, constataram cobertura de 93% do exame realizado pelo menos uma vez na vida e 86% nos últimos três anos.

Na região Nordeste, no município de São José do Mipibu, Fernandes et al. (2009) observaram que 85% das mulheres com idade entre 15 a 69 anos realizaram o exame alguma vez na vida e 64,4% fizeram-no pelo menos uma vez a cada três anos. Albuquerque et al. (2009), em pesquisa realizada no estado de Pernambuco, em 2006, constataram cobertura do Papanicolaou entre mulheres de 25 a 59 anos de 66,2% nos três anos anteriores à pesquisa.

Na região Norte, pesquisas relacionadas ao tema são escassas. Borges et al., (2012), ao estudarem a prevalência do exame de Papanicolaou no município de Rio Branco, no período de 2007 a 2008, observaram que 85,3% das mulheres entre 25 a 59 anos já haviam realizado pelo menos um exame nos últimos três anos que precederam à entrevista. Em Manaus, estudo conduzido pelo Instituto Nacional do Câncer, entre 2002 e 2003, estimou prevalência de 84,5% para a realização de pelo menos um exame nos três anos anteriores à pesquisa (BRASIL, 2004).

Quadro 1 – Estudos sobre a cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil

Autor, local, ano	Tipo do estudo, faixa etária, ano	Cobertura na vida	Cobertura últimos 3 anos	N
Brasil/ INCA, 15 capitais brasileiras e Distrito Federal, 2004	Inquérito Populacional, 25 a 59 anos, 2002-2003	–	Variou de 73,4% a 92,9%	–
Szwarcwald, et al., 188 municípios, 2004	Inquérito Populacional, 18 a 69 anos, 2003	–	66%	5.000
IBGE, estudo nacional, 2005	Inquérito Populacional, acima de 24 anos, 2003	79,1%	68,7%	–
IBGE, capitais brasileiras, 2008	Inquérito telefônico, 25 a 59 anos, 2007	–	Variou de 68,2% a 90,1%	–
IBGE, capitais brasileiras, 2012	Inquérito telefônico, 25 a 59 anos, 2011	–	80,5%	–
Nascimento, Eluf-Neto e Rego, São Paulo, 1996	Inquérito transversal Populacional, 15 a 49 anos, 1987	68,9%	60,8%	–
Pinho, São Paulo, 2002	Inquérito transversal Populacional, 15 a 49 anos, 2000	86,0%	77,0%	1.172
Dionízio, São Paulo, 2011	Inquérito transversal Populacional, 20 a 59 anos, 2008	90,3%	79,6%	1.236
Murata, Gabrielloni e Schirmer, Maringá, 2012	Inquérito transversal Populacional, 25 a 59 anos, 2006	–	87,6%	291
Gasperin, Boing e Kupek, Florianópolis, 2010	Inquérito transversal Populacional, 20 a 59 anos, 2009	93%	86%	952
Fernandes et al, São José do Mipibu, 2009	Inquérito transversal Populacional, 15 a 69 anos, 2007	85%	64,4%	267
Borges et al., Rio Branco, 2012	Inquérito transversal Populacional, 18 a 69 anos, 2007 a 2008	–	85,3%	772
Brasil/ INCA, Manaus, 2004	Inquérito transversal Populacional, 25 a 59 anos, 2002 a 2003	–	84,5%	–
Brasil, Manaus, 2008	Inquérito telefônico, 25 a 59 anos, 2007	83,4%	78,0%	–
Brasil, Manaus, 2009	Inquérito telefônico, 25 a 59 anos, 2008	84,9%	80,0%	–
Brasil, Manaus, 2010a	Inquérito telefônico, 25 a 59 anos, 2009	81,7%	75,5%	–
Brasil, Manaus, 2011b	Inquérito telefônico, 25 a 59 anos, 2010	85,5%	81,7%	–
Brasil, Manaus, 2012	Inquérito telefônico, 25 a 59 anos, 2011	80,2%	74,7%	–

Evidenciou-se, no presente estudo, taxa de cobertura do exame de Papanicolaou mais baixa quando comparada aos dados observados neste último inquérito epidemiológico, realizado em Manaus, ressaltando-se que as duas pesquisas possuem aspectos metodológicos similares. As discrepantes taxas encontradas podem ser atribuídas em decorrência da Campanha Nacional de Prevenção do Câncer do Colo Uterino, que ocorreu no ano de 2002, o que pode ter influenciado na divulgação da importância da realização do exame, como mostra Dias, Gláucia e Assis (2010), em análise de dados do Siscolo no Brasil e regiões, no período de 2002 a 2006, ao constatarem que em 2002 a razão entre exames citopatológicos e a população alvo registrou os valores mais altos.

Estimativas da cobertura do exame de Papanicolaou também são obtidas anualmente através do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), implantado pelo Ministério da Saúde, desde 2006, em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal. As informações deste Sistema são coletadas por meio de entrevistas via telefone fixo residencial em amostras probabilísticas da população com 18 anos ou mais de idade residentes em domicílios que possuam telefone fixo. No município de Manaus, as estimativas obtidas pelo VIGITEL registraram variações na prevalência de realização do exame de Papanicolaou no decorrer dos anos. Nas publicações de 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012, foram encontradas, entre mulheres 25 a 59 anos, taxas de cobertura do exame nos três anos anteriores a entrevista de 78,0%, 80,0%, 75,5%, 81,7% e 74,7%, respectivamente. Convém ressaltar que a abordagem metodológica utilizada pelo VIGITEL pode apresentar vieses, uma vez que a amostra é composta apenas por mulheres que possuem linha telefônica residencial, o que acaba restringindo a população alvo (SEGRI, 2008), e, ainda, a posse de telefone fixo se relaciona ao nível socioeconômico, fator reconhecido como preditor da realização do Papanicolaou (FLORES; BENCOMO, 2009; WILLIAMS-BRENNAN et al., 2012).

A prevalência de realização do exame de Papanicolaou encontrada na presente pesquisa assemelha-se a apresentada pelo VIGITEL nos anos de 2009 e 2011, entretanto em razão das diferenças metodológicas existentes, torna-se difícil a comparação dos níveis de cobertura entre si. Segri et al. (2011), ao compararem as estimativas de prevalência dos exames preventivos obtidas em inquéritos domiciliar e telefônico, no município de São Paulo, em 2008, observaram, diferenças estatisticamente significantes para as estimativas globais de realização do exame de Papanicolaou alguma vez na vida e no último ano e da mamografia alguma vez na vida, com prevalências de cobertura superiores entre as entrevistadas pelo inquérito telefônico.

Comparando os achados do presente estudo com os resultados encontrados nos inquéritos acima mencionados, o município de Manaus apresenta cobertura do exame de Papanicolaou inferior as estimativas encontradas nos municípios do Sudeste, Sul e Norte e acima dos percentuais evidenciados nos municípios nordestinos, ficando evidente que a cobertura em Manaus ainda permanece aquém do preconizado pela OMS, o que reflete diretamente no coeficiente de mortalidade por câncer do colo do útero do município. Todavia, apesar dos inquéritos acima possuírem aspectos metodológicos semelhantes ao presente estudo, algumas pesquisas foram realizadas com intervalo de faixa etária diferentes, limitando a comparabilidade dos resultados.

Outro aspecto importante evidenciado neste estudo, e consistente com os demais estudos brasileiros, refere-se a proporção de mulheres que relatou realizar o exame mais de uma vez por ano ou anualmente (66,6%), intervalo curto, inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

Considerando que as recomendações vigentes preconizam a realização do exame a cada três anos após a obtenção de dois resultados negativos com intervalo de um ano, observa-se, no município, um excesso de exames em mulheres consideradas protegidas de acordo com as normas da Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a). Tal achado pode sugerir a possibilidade de que as mulheres estejam adotando uma periodicidade anual na realização do exame Papanicolaou, como observado em outras pesquisas nas quais constataram que a maioria das mulheres entrevistadas realizava o exame anualmente (OLIVEIRA, 2003; PINHO, 2005; FERREIRA; OLIVEIRA, 2006; CORRÊA; VILELLA; ALMEIDA, 2012). A realização anual do exame é desnecessária, uma vez que o tempo de evolução das lesões é lento, e os recursos poderiam ser destinados para se obter uma alta cobertura com repetição menos freqüente dos exames, bem como a busca das mulheres que nunca o realizaram (MILLER, 1993). Além disso, a frequência de exames em excesso pode sobrecarregar o sistema e onerar o serviço público de saúde sem aumento significativo dos potenciais benefícios (PINHO et al., 2003; QUADROS et al., 2004).

A periodicidade inadequada do Papanicolaou pode ser reflexo da informação dada pelo profissional de saúde, má qualidade das lâminas, falta de informação das pacientes e desorganização dos serviços de saúde. Oliveira (2003), por exemplo, ao estudar a prevenção do câncer do colo do útero em Ribeirão Preto, observou que as mulheres haviam recebido orientação de profissionais de saúde sobre a importância da realização do exame no máximo de ano em ano. Pinho (2005), em estudo realizado em Londrina, constatou que, embora o profissional da Unidade conheça a periodicidade preconizada pelo Ministério da Saúde, a

coleta é orientada para ser realizada anualmente. Valente et al. (2009), ao estudarem o conhecimento de mulheres sobre o exame de Papanicolaou, em Uberaba, constataram que 96% das entrevistadas acreditavam que a periodicidade de realização do exame deveria ser anual, orientação prestada pelos profissionais da área da saúde da região onde se insere o estudo. A orientação para realização anual do exame pode ser fonte da falta do conhecimento sobre a prevenção do câncer ou em decorrência da necessidade de atingir as metas pactuadas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Sabendo-se que em nosso país os recursos destinados a saúde estão aquém do necessário, a realização do exame em excesso nos remete a reflexão da necessidade de otimizar os recursos disponíveis, assegurando que todas as mulheres tenham acesso aos serviços de rastreamento. Ao mesmo tempo, a história prévia de exames além dos últimos três anos, pode conferir uma proteção no aparecimento do câncer do colo uterino (NASCIMENTO; SILVA; MONTEIRO, 2012). Nesta perspectiva, considera-se que enfoque não deva ser dado em reduzir o número de exames, mas sim no desenvolvimento de estratégias programáticas para as mulheres sob o maior risco de desenvolver o câncer do colo do útero sejam asseguradas à realizarem o exame de Papanicolaou.

6.3 Características relacionadas ao exame de Papanicolaou

A análise dos dados referentes ao conhecimento sobre a finalidade do exame de Papanicolaou mostrou que a maioria das participantes possuía informação sobre o mesmo (85,5%), sendo este um fator protetor para a realização do exame no período adequado. As mulheres que não tinham conhecimento acerca do exame de Papanicolaou tiveram maior risco de realizá-lo no período inadequado. Este resultado sugere que o acesso a informação é essencial para que a mulher utilize os cuidados preventivos de maneira consciente.

Nessa mesma linha, um estudo sobre a vivência de mulheres japonesas e brasileiras descendentes de japoneses quanto ao exame precoce do câncer cérvico-uterino evidenciou que o conhecimento da finalidade do Papanicolaou influenciou as mulheres a se submeterem ao mesmo, enquanto que a desinformação sobre a doença e o exame prejudicaram a busca pela prevenção (CHUBACI; MERIGHI, 2005). Em consonância com este argumento, alguns estudos têm observado que a realização do exame deriva do conhecimento do que é e para que

serve o mesmo, pois, para se adotar uma prática adequada, pressupõe-se um conhecimento prévio (BRENNER et al., 2001; GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005).

Com relação à fonte de informação sobre o exame, as principais relatadas foram o médico e a instituição de saúde, correspondendo a 58,3%. Em comparação com a informação obtida diretamente do médico, as mulheres que receberam informação por outro meio na instituição de saúde tiveram maiores chances de realizar o exame no período inadequado. Este resultado é semelhante ao encontrado por Fernandes et al. (2009), que, ao estudarem os conhecimentos, atitudes e práticas das mulheres em relação do exame de Papanicolaou no Nordeste, encontraram o médico como a principal fonte de informação sobre o exame (40,1%), seguido de amigas ou parentes, agentes comunitários de saúde, rádio e TV e demais profissionais das unidades básicas de saúde. A associação entre a fonte de informação sobre o exame de Papanicolaou e o período de realização do exame também foi evidenciada em estudo realizado por Corrêa (2009), o qual constatou que as mulheres que receberam informação na unidade básica de saúde tiveram maiores chances de realizar o exame nos últimos três anos, comparadas àquelas que foram informadas através de outras fontes. As mulheres orientadas por profissionais da saúde demonstram maior conhecimento e confiança para práticas preventivas do que mulheres que recebem a informação de outras fontes (MCCREADY; LITTLEWOOD; JENKINSON, 2005), destacando-se aí o papel do médico. Fernandes et al. (2009) ressaltam este papel ao relatar que os melhores índices de adequação da prática do exame de Papanicolaou foram observados entre as mulheres que consultavam o médico com maior frequência, exercendo este profissional uma função importante sobre a prática e, por conseguinte sobre a cobertura do exame nas mulheres pesquisadas. O conhecimento sobre a importância da realização do exame de Papanicolaou, juntamente com o empenho dos profissionais da atenção básica a fim de influenciar o comportamento preventivo e o rastreamento precoce, melhoram a participação da mulher no controle sobre sua saúde (SILVA, 2010).

Em contrapartida, Silva (2010), ao investigar o conhecimento sobre o exame Papanicolaou em uma Unidade Básica de Saúde do Rio de Janeiro, constatou que as principais fontes de informação mencionadas foram as instituições de saúde e os veículos de comunicação, sendo que somente 30,6% das participantes referiram que receberam informação do médico. Assim, deve-se considerar que a obtenção da informação sobre o exame com o médico e/ou na instituição de saúde pode refletir, na verdade, o auto-cuidado da mulher em busca de maior participação no processo saúde/doença, implicando, deste modo, na adoção de cuidados preventivos.

Sob tal perspectiva, considera-se que a formação de uma atitude favorável sobre a realização do Papanicolaou pode ser influenciada pelo nível de conhecimento adquirido e a fonte de informação, exercendo o profissional de saúde um importante papel neste contexto. Tavares (2006) ressalta que é necessário que este profissional estabeleça vínculo com a comunidade, através do diálogo e do compartilhamento de interesses coletivos, para assim alcançar a melhoria das condições de saúde da população. Os profissionais de saúde, especialmente os da atenção primária, estão em uma posição única para convidar as mulheres a realizar o Papanicolaou, assegurar o seguimento de mulheres com resultados suspeitos e investigar as razões de não realização do exame (AUSTOKER, 1994). Wellensiek et al. (2002) referem que a melhoria das condições sócio-econômicas e educacionais pode contribuir para o êxito do programa de rastreamento do câncer cérvico-uterino, mas somente se o profissional de saúde fornecer informação adequada às pacientes e estas tomarem a iniciativa de realizar o exame. Além disso, é necessário haver o compartilhamento das fontes de informação entre as usuárias e os profissionais de saúde, para que as mulheres tenham uma participação ativa no processo decisório em relação à realização do Papanicolaou (PINHO; FRANÇA JUNIOR, 2003).

Entretanto, há estudos que mostram que a realização periódica do exame Papanicolaou não está apenas relacionada a aquisição do conhecimento adequado sobre o mesmo, mas permeia aspectos sociais e individuais das mulheres, como idéias e crenças culturalmente aceitas. Por exemplo, na China Continental e Taiwan, há um estigma associado às mulheres solteiras que participam do rastreamento do câncer do colo do útero, uma vez que sua participação é vista como indicativo de vida sexual ativa, o que não é culturalmente aceitável (GU; CHAN; TWINN, 2010; TUNG; LU; COOK, 2010). Ainda, no contato com o profissional de saúde, as informações repassadas às mulheres podem deixar lacunas, não orientando, objetivamente, sobre o câncer do colo do útero e realização do exame de Papanicolaou, gerando dúvidas e temores (LEITE, 2010).

Em vista disso, é imprescindível que os profissionais de saúde estejam sensíveis aos aspectos psicológicos que envolvem a realização do exame, respeitando os pensamentos, crenças e anseios das mulheres. Acredita-se que, em qualquer das fontes de informações sobre o exame, o eixo norteador deva ser a produção e difusão de conhecimento, sensibilizando as mulheres a respeito da importância da realização do Papanicolaou, contribuindo, deste modo, para a mudança no cenário do CCU.

Outro fator que se mostrou associado à realização do exame foi a frequência de consultas ginecológicas. Observou-se que a mulher atendida pelo ginecologista menos de uma

vez ao ano apresentou risco mais elevado de atraso na realização do exame do que a mulher que realizava consulta ginecológica mais de uma vez ao ano. Este dado está de acordo com alguns estudos que mostram maiores chances de não realização do exame de Papanicolaou em mulheres que não realizaram consulta médica no último ano (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006; MULLER et al., 2008; BRISCHILIARI et al., 2012). A associação entre essas variáveis pode ser em razão do contato com o serviço de saúde aumentar a probabilidade de realização do exame, seja por recomendação médica ou devido a outras práticas assistenciais, e não necessariamente ao rastreamento do câncer do colo do útero (DIAS-DA-COSTA et al., 1998; PINHO, 2002; GAMARRA, 2004; VALE et al., 2010; CESAR et al. 2012). Há ainda a possibilidade de que esta atitude favorável em relação à realização do Papanicolaou possa ser proveniente da compreensão por parte da mulher da importância da utilização do exame para a manutenção da sua saúde.

Quanto aos motivos para realização do exame de Papanicolaou, aproximadamente metade das participantes mencionaram a procura espontânea como principal motivo, sendo este fator associado à realização do exame no período adequado, embora a realização por queixas ginecológicas e por recomendação médica também estejam associados à periodicidade do exame, porém com menor força. Resultados semelhantes foram observados em outros estudos nos quais os autores evidenciaram proporção alta de mulheres que mencionaram a demanda espontânea como principal motivo para realização do Papanicolaou (MERIGHI; HAMANO; CAVALCANTE, 2002; PINHO, 2002; GUARISI et al., 2004; PINHO, 2005; TELLES et al., 2008; CECHINEL et al., 2009; FERNANDES et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2010). Entretanto, a procura espontânea pelo Papanicolaou nem sempre reflete a adoção de medidas preventivas ligadas ao controle do câncer do colo do útero, muitas vezes estando associada à oportunidade de sua oferta durante outras práticas assistenciais, fazendo parte das consultas de planejamento familiar, ginecológicas ou obstétricas. A prática do exame por ocasião de outra demanda, designada de rastreamento oportunístico, não tem sido efetiva no impacto sobre as taxas de incidência e mortalidade do câncer do colo uterino, sendo mais onerosa para o sistema de saúde (BRASIL, 2010b). Ainda, deve-se considerar que a referência à realização do exame de forma espontânea, pode estar sob influência da presença potencial do viés de resposta, uma vez que as mulheres podem ter fornecido a informação que é moralmente desejável.

Outros motivos associados à realização do exame de Papanicolaou no período adequado, no presente estudo, foram a recomendação médica e a presença de sintomas ginecológicos. Observou-se neste estudo que as mulheres que realizaram o primeiro

Papanicolaou em razão de diferentes motivos que não a solicitação médica tiveram chance mais elevada de apresentarem o exame com periodicidade inadequada. De fato, o contato da mulher com o profissional de saúde durante consultas de rotina aumenta a probabilidade de realização do exame de Papanicolaou por recomendação médica (COUGHLIN; UHLER, 2002; ORTIZ et al., 2010). Ressalta-se aí o papel relevante do profissional de saúde sobre a prática do Papanicolaou, devendo aproveitar as oportunidades de contato com as mulheres para desempenharem práticas educativas acerca da realização periódica do exame preventivo, uma vez que pesquisas apontam ainda como uma das principais barreiras para a prática do Papanicolaou a ausência de solicitação por parte do médico ou outro profissional de saúde, indicando que muitas mulheres não se sentem com direito ou conhecimento suficiente para solicitá-lo (GAMARRA, PAZ; GRIEP, 2005; FERNANDES et al. 2009).

Já para outras mulheres, a procura e realização do exame só sobrevêm quando apresentam um sinal ou sintoma (MAXWELL et al., 2001; PINHO, 2005; RANCHO; VARGAS, 2007; PIMENTEL, 2010; CORRÊA, VILELLA; ALMEIDA, 2012). A procura motivada pela presença de problemas ginecológicos é uma das principais razões para a realização do exame em países em desenvolvimento, ao passo que nos países desenvolvidos esta relação representa menos de 10% (STRATON et al., 1993; LACZANO-PONCE et al., 1999). A atitude da mulher em procurar o exame preventivo somente quando há sintomatologia pode indicar a falta de conhecimento sobre as ações preventivas, já que elas associam a realização do exame com estado de doença, entendido por sintomas uro-ginecológicos. Destaca-se ainda que a realização do exame com processo inflamatório presente prejudica a qualidade da amostra, devendo ser repetida nova coleta citológica e, também, o material purulento representa um dos fatores que torna a amostra insatisfatória para análise, podendo gerar resultado falso-negativo (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006; AMARAL et al., 2006; AMARAL et al., 2008). Sendo assim, é importante que os profissionais de saúde informem às mulheres sobre as lesões precursoras do câncer cérvico-uterino, as quais podem não apresentar sintomas, orientando-as para que realizem o exame em condições assintomáticas, e que retornem para repetir a coleta citológica em situações que prejudiquem a qualidade do exame.

Com base nas colocações acima, as investigações sobre os fatores que levam a mulher realizar o exame de Papanicolaou têm observado que, de modo geral, a adesão ao exame acompanha alguns motivos, como por procura espontânea, presença de sintomas ginecológicos, parte da assistência ginecológica ou obstétrica, solicitação médica ou em razão da rotina de um programa organizado de rastreamento (PINHO, 2002; GAMARRA, 2004;

ARAÚJO, 2008; CORRÊA, 2009). De fato, independente do motivo para realização do Papanicolaou, o contato com o serviço de saúde aumenta a chance da mulher ter prática adequada em relação ao exame (GAMARRA, 2004). Diante dessas observações, fica evidente a necessidade de uma rede de atenção estruturada e organizada, com profissionais de saúde preparados para desenvolverem ações educativas a fim da mulher incorporar medidas preventivas como hábito na sua vida.

O presente estudo revelou também que o principal lugar referido para a realização do exame de Papanicolaou foi a rede pública de saúde, mostrando-se a prática do exame no serviço público associada a sua realização no período inadequado. Dados de outros estudos realizados em diferentes regiões do Brasil mostram também que o Sistema Único de Saúde é responsável pela maioria dos exames realizados (ALBUQUERQUER et al., 2009; FREITAS et al., 2012; MURATA, GABRIELLONI; SCHIRMER, 2012; NASCIMENTO; SILVA; MONTEIRO, 2012). O fato da maior parte da população do presente estudo pertencer aos grupos socioeconômicos C, D e E pode estar relacionado com a necessidade de utilização de serviços públicos de saúde e desta forma ter influência nas características de realização do Papanicolaou, uma vez que as atitudes preventivas são afetadas por fatores socioeconômicos (MORAES et al., 2011).

Com relação a idade de realização do primeiro exame de Papanicolaou, quanto mais cedo a realização deste exame, maior a chance da mulher adotar uma periodicidade adequada. A população deste estudo teve início da atividade sexual, em sua maioria, antes dos 19 anos de idade, dado corroborado por outros autores ao evidenciarem que as mulheres estão iniciando a vida sexual cedo, antes dos 18 anos (MURTA et al., 1999; LEITE et al., 2010). Roland et al. (2013) observaram em estudo realizado nos Estados Unidos, com mulheres não institucionalizadas, que a idade mais jovem do primeiro exame de Papanicolaou esteve associada às mulheres negras não-hispânicas, ao menor nível educacional e às mulheres que já haviam tido filho. Para os autores, a iniciação do Papanicolaou em idade mais jovem pode está relacionada a existência de um comportamento sexual de risco. Há relatos na literatura que mulheres jovens estão mais sujeitas a realizarem o exame em decorrência de procedimentos vinculados às atividades de rotina do ciclo gravídico puerperal ou como parte do planejamento familiar ou ainda devido a recomendações médicas e queixas ginecológicas (PINHO et al., 2003; GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005; SILVA et al., 2006; ARAÚJO, 2008). Além disso, a busca do primeiro exame com idade mais jovem pode levar a mulher a ter contato mais cedo com o serviço de saúde, assim recebendo maior orientação sobre o

autocuidado que favoreça a adoção de práticas preventivas adequadas, adquirindo o hábito de realizar o exame.

Outro aspecto evidenciado neste estudo diz respeito à presença de dificuldade para realização do exame de Papanicolaou, que esteve associada com a periodicidade inadequada do mesmo. Os problemas de acesso ao exame de Papanicolaou, refletem em questões pessoais, de oferta e organização dos serviços de saúde que podem atuar como barreiras à busca por práticas de prevenção secundária ao câncer do colo do útero. Os sentimentos de vergonha e medo do resultado do exame, a falta de vagas para consultas, a ausência de solicitação do exame por parte do médico e a longa espera para o atendimento são alguns dos causadores da falta de adesão à prática ao Papanicolaou, concordante com outros autores (PINHO; FRANÇA JUNIOR, 2003; ARAÚJO 2008; CECINEL et al., 2009; RAFAEL; MOURA, 2010; DIÓGENES et al. 2011; OZAWA; MARCOPITO, 2011; AUGUSTO et al., 2013).

As experiências difíceis vividas pelas mulheres nos serviços de saúde durante a busca pelo Papanicolaou podem servir como elementos regulatórios à realização do exame, interferindo diretamente na prática preventiva. Studts, Tarasenko e Schoenberg (2013), ao estudarem as barreiras para o rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres da zona rural de Appalachian nos Estados Unidos, observaram que diferentes barreiras afetam a decisão da mulher em participar do rastreio do câncer do colo do útero, sendo referidas pela maioria razões que podem ser enquadradas entre emoções negativas e crenças, disponibilidade de recursos e situações favoráveis à realização do exame, como dificuldade de transporte e impedimento financeiro.

Diante do exposto, as estratégias que propendem a uma mudança no comportamento em direção as práticas preventivas não devem atuar um aspecto isoladamente, mas sim envolver questões individuais e institucionais que estão consistentemente ligadas com a resistência à busca da prevenção do câncer do colo do útero. Assim, em curso à diminuição dos componentes restritivos à prática do Papanicolaou, torna-se indispensável a organização dos serviços de saúde, aumentando e facilitando o acesso e a utilização do exame. Não menos importante, deve-se também preparar a equipe de saúde para prestar um suporte humanitário às mulheres a fim de minimizar os sentimento negativos, e, ainda, desenvolverem atividades de educação em saúde permitindo um melhor conhecimento da importância da adesão ao exame de Papanicolaou.

6.4 Fatores sócio-demográficos

Ao analisar as variáveis deste bloco, observou-se que quanto à idade, houve tendência de mulheres mais jovens, especificamente na categoria de 25 a 29 anos, realizarem o exame de Papanicolaou fora do período adequado, porém esta diferença não foi estatisticamente significativa. A literatura tem mostrado que a menor prevalência de realização do exame de Papanicolaou encontra-se entre as mulheres mais jovens e as mais velhas (DIAS-DA-COSTA et al., 2003; HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006; ARAÚJO, 2008; GASPERIM, 2010; DIONÍZIO, 2011). Em estudo realizado por Pinho (2002), a proporção de realização do exame de Papanicolaou alguma vez e nos últimos três anos foi maior entre as mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos. A baixa cobertura entre as mulheres mais jovens pode ser em decorrência da idade de início da vida sexual ou em razão da recomendação do programa de prevenção do câncer do colo do útero, que, no Brasil, recomenda rastrear mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos (ARROSSI et al., 2009).

Em relação à ocupação, as mulheres que referiram trabalhar em empresa pública tiveram menor chance de realizar o exame no período inadequado comparadas àquelas que mencionaram outras ocupações. A literatura tem relatado que as maiores proporções de atraso no exame de Papanicolaou estão entre as mulheres que não trabalham fora de casa (GAMARRA; PAZ; GRIEP; 2005; SILVA et al. 2006). Possivelmente, questões de gênero estão ligadas à associação entre o trabalho exclusivamente em casa e a atitude inadequada frente ao exame. Sob a ótica da perspectiva de gênero, essas mulheres podem possuir menos autonomia para tratar de questões relacionadas ao cuidado à sua saúde, o que poderia dificultar a formação de uma atitude adequada em relação ao exame de Papanicolaou (GAMARRA, 2004). As mulheres ativas profissionalmente, independente de seu papel no mercado de trabalho, apresentam proporções mais elevadas de atitude adequada em relação à realização do exame, podendo isto ocorrer em virtude do maior contato com outras pessoas e consequentemente maior acesso a informações, estimulando a busca por serviços preventivos. Cabe salientar ainda que, de acordo com o Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009, os servidores da administração pública federal devem ser submetidos a exames médicos periódicos, incluindo a citologia oncológica, o que pode estar relacionado ao fato das mulheres de empresa pública apresentarem prática do exame mais adequada.

Levando em consideração as históricas desigualdades de poder nas relações de gênero, acredita-se que a oferta isolada do exame de Papanicolaou não é suficiente para redução da

incidência do câncer do colo do útero. Deve-se considerar a intrínseca relação entre os aspectos de saúde e as tensões de gênero impostas pela definição dos papéis sociais. Neste sentido faz-se necessário a sensibilização dos serviços de saúde às questões de gênero, uma vez que este câncer está imbricado diretamente com estas relações. Partindo dessa compreensão, os programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero não pode prescindir das questões de gênero, mas sim incorporá-las como um dos determinantes da saúde, desenvolvendo ações que tomam maior amplitude, considerando as especificidades femininas e atuando nos fatores sociais, culturais e históricos (NOGUEIRA; SILVA, 2008).

Em relação ao nível de escolaridade, semelhante a outros estudos epidemiológicos, o baixo grau de instrução esteve associado com a realização do exame de Papanicolaou no período inadequado (PINHO, 2002; ARROSSI et al., 2009; DIONÍZIO, 2011; GASPERIM; BOING; KUPEK, 2011; BORGES et al. 2012; AUGUSTO et al. 2013). As mulheres que possuíam ensino fundamental incompleto tiveram chances mais elevadas de realizar o exame no período inadequado comparadas àquelas com ensino superior completo. Augusto et al. (2013), ao estudarem as barreiras para o rastreamento do câncer do colo do útero no Rio de Janeiro, observaram que o analfabetismo, fortemente associado ao nível socioeconômico, esteve relacionado de maneira independente com a prática irregular do exame de Papanicolaou.

A evidência mostra que a educação facilita a acessibilidade e o entendimento das informações acerca dos determinantes da saúde, leva a um crescimento da demanda por práticas preventivas regulares e, conseqüentemente, a maior propensão da população feminina em participar do rastreamento com o exame de Papanicolaou (SABATE; FEINSTEIN, 2006; KO; PARK; LEE, 2012). Desta forma, têm-se sugerido que o nível educacional deva ser considerado nas estratégias de prevenção do câncer cervical, uma vez que a baixa escolaridade pode dificultar o conhecimento sobre a doença, seus fatores de risco e a importância da realização do exame (JORGE et al., 2008).

Outro fator que tem influência no acesso e utilização do exame de Papanicolaou é o nível socioeconômico (PINHO et al. 2003; QUADROS et al., 2004; JORGE et al., 2011; BRISCHILIARI et al., 2012). Contudo, neste estudo, o nível socioeconômico não esteve associado de modo estatisticamente significativo com a realização do Papanicolaou, embora tenha sido evidenciado uma tendência à realização do exame fora da periodicidade adequada entre as mulheres pertencentes às classes sociais mais baixas. Reconhecendo que os indicadores do nível socioeconômico, composto por educação, ocupação e renda, são determinantes sociais de saúde que comumente estão associados ao rastreamento do câncer

cervical, pode-se inferir que a classe econômica teria um efeito indireto no comportamento de prevenção, medido por meio dos indicadores de baixa condição socioeconômica (WILLIAMS-BRENNAN et al., 2012). Sob este aspecto, Martins, Thuler e Valente (2005) observaram, em revisão sistemática sobre a cobertura do Papanicolaou e seus fatores determinantes, que a não realização do exame no Brasil associa-se, entre outros fatores, à baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico e a baixa renda familiar.

No presente estudo, a renda familiar se mostrou associada de maneira estatisticamente significativa à frequência de realização do exame de Papanicolaou, ou seja, as mulheres que não possuíam renda familiar tiveram mais chance de realizar o exame de Papanicolaou no período inadequado quando comparadas àquelas que relataram renda de mais de dez salários mínimos. Tal resultado é consistente com a literatura, visto que maiores probabilidades de não realização do exame de Papanicolaou são encontradas em mulheres de baixa renda familiar (WILCOX; MOSHER, 1993; LOPES et al., 1995; AGUILAR et al., 1996; NASCIMENTO; ELUF-NETO; REGO, 1996; DIAS-DA-COSTA et al., 2003; PINHO; FRANÇA JUNIOR, 2003; MARTINS; THULER; VALENTE, 2005; GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011). Ainda, a posse de linha telefônica residencial, que reflete o poder aquisitivo, mostrou-se associada com a frequência de realização do exame de Papanicolaou, sendo um fator protetor para realização do exame no período adequado.

Assim, as mulheres em condições desfavoráveis tem-se confrontado com barreiras provenientes do baixo nível socioeconômico que levam à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, às condutas de prevenção do câncer cérvico-uterino, tornando-as mais susceptíveis ao acometimento por esta neoplasia (HEGARTY et al., 2000; JORGE et al., 2008; ZEFERINO, 2008). Desta forma, para que um programa de rastreamento populacional tenham um bom desempenho é necessário considerar as disparidades entre os grupos sociais, garantindo o acesso aos métodos de diagnóstico e tratamento adequados às comunidades com piores condições de vida.

6.5 Práticas e status de saúde

A única variável deste bloco que mostrou associação estatisticamente significativa com a periodicidade de realização do exame de Papanicolaou, após a análise univariada, foi o

tabagismo, sendo constatado que as mulheres que nunca fumaram apresentaram menor risco de realização do exame no período inadequado em relação às mulheres fumantes.

Resultados semelhantes foram observados por Nelson et al. (2009), ao estudarem a prevalência de rastreamento de câncer cervical nos Estados Unidos, em que encontraram entre as mulheres não fumantes chance mais elevada de realização do exame de Papanicolaou regularmente. Os autores consideram que esse achado poderia se dar ao fato das mulheres fumantes adotarem comportamentos menos saudáveis, negligenciando a realização periódica do Papanicolaou, mesmo reconhecendo o potencial nocivo do consumo de cigarro. Esta situação é preocupante uma vez que o tabagismo é reconhecido como um co-fator de risco implicado no desenvolvimento do câncer do colo do útero, como mostram alguns estudos em que as usuárias de cigarro apresentaram aumento de risco para a NIC (NUNEZ et al., 2002; ANJOS et al., 2010; LUHN et al., 2013).

A relação entre a frequência de realização do exame de Papanicolaou e a antecedência de doenças sexualmente transmissíveis também foi pesquisada, porém não se observou associação estatisticamente significativa entre essas variáveis. Outros autores, no entanto, como Smith et al. (2011), encontraram associação entre a realização do exame recentemente, nos últimos 2 anos, e o relato de doença sexualmente transmissível prévia. Alguns estudos descrevem que a motivação para realização do Papanicolaou está vinculada a existência de algum problema ginecológico, seja ele doença inflamatória pélvica, infecção urogenital ou doenças sexualmente transmissíveis (GAMARRA, 2004; SILVA, 2010). E, ainda, muitas mulheres não possuem conhecimento adequado sobre a finalidade do exame, utilizando-o não exclusivamente para o rastreamento do câncer do colo do útero mas, também, para detectar doenças sexualmente transmissíveis (COOPER et al. 2011; HAWKINS et al. 2011; VASCONCELOS et al., 2011; DALEY et al., 2013). De fato, o histórico de doenças sexualmente transmissíveis implica maior risco de lesões precursoras do câncer do colo uterino, sendo a infecção pelo HPV um fator chave no desenvolvimento do tumor, ligação esta, desconhecida por algumas mulheres (CIRINO; NICHATA; BORGES; 2010; KUCZKOWSKA; JANKOWIAK-SIUDA; WRONKOWSKI, 2011). O que é importante, portanto, é que as mulheres tenham ciência desta ligação e mudem seu comportamento sexual.

6.6 Fatores sexuais e reprodutivos

A investigação sobre as variáveis deste bloco mostrou que, quanto ao número de parceiros, houve tendência a menor risco de realização do exame de Papanicolaou no período inadequado quanto menor tivesse sido o número de parceiros nos últimos 12 meses, verificando-se significância estatística para as mulheres que referiram apenas um parceiro nos últimos 12 meses comparadas àquelas com três ou mais.

A relação entre o número de parceiros sexuais e a realização do exame tem sido pouco estudada. Smith et al. (2011), por exemplo, ao pesquisarem a associação entre o comportamento sexual de australianas e o rastreamento do câncer colo uterino, observaram que as mulheres com menos probabilidade de ter realizado o exame de Papanicolaou nos dois anos anteriores a entrevista foram àquelas sem parceiros no último ano. Mais pesquisas são necessárias para esclarecer esta relação, uma vez que é bem estabelecida a associação entre o câncer do colo do útero com comportamento sexual da mulher, em virtude da exposição ao vírus HPV, sendo mais propensa a esta neoplasia as mulheres com elevado número de parceiros sexuais, início precoce da atividade sexual e com alta paridade.

Quanto a história reprodutiva, evidenciou-se a associação estatisticamente significativa entre a realização do exame de Papanicolaou e o número de gestações, sendo observado que as mulheres com uma ou duas gestações apresentaram menor risco de frequência inadequada do exame em relação às que engravidaram seis ou mais vezes. Alguns autores têm mostrado que a gestação é um fator relacionado a prática de realização do exame, e a chance de realizá-lo pode aumentar a medida que a mulher apresenta mais gestações (CECHINEL et al., 2009; AREIAS, 2011; GONÇALVES et al. 2011; CONDE-FERRÁEZ et al., 2012; KARABULUTLU, 2013). Em consonância com este argumento, Nygard et al. (2007), ao estudarem o efeito do exame de Papanicolaou antes do parto na cobertura de um programa de rastreamento do câncer do colo do útero, observaram que as mulheres grávidas eram quase cinco vezes mais propensas de terem realizado o exame de Papanicolaou no último ano comparadas às mulheres não grávidas. Possivelmente a explicação para esta ligação está na maior oportunidade de contato com o serviço de saúde, fortalecendo a teoria de que o exame de Papanicolaou é um procedimento de rotina ofertado, principalmente, durante o acompanhamento pré-natal ou em consultas ginecológicas, e não como método de rastreio do câncer do colo do útero, o que reforça a existência do rastreamento oportunístico. Por outro lado, a alta paridade pode ser um obstáculo para realização do exame em razão de

dificuldades para deixar os filhos, e, ainda, o número elevado de gestações pode estar vinculado ao menor acesso aos serviços de saúde para cuidados relativos à natalidade, podendo refletir na falta de cuidados preventivos (GAMARRA, 2004; FERREIRA, 2009).

Outra variável associada à frequência de realização do exame de Papanicolaou foi o uso de métodos contraceptivos. As mulheres que faziam uso de algum método contraceptivo, inclusive cirúrgico, apresentaram menor risco de realizar o exame com periodicidade inadequada, embora significância estatística tenha sido observada somente na categoria de métodos não cirúrgicos.

Este resultado é corroborado por outros estudos que mostram a associação entre o uso de métodos contraceptivos, particularmente os anticoncepcionais orais, e a adequação da prática do exame de Papanicolaou (PINHO, 2002; SIMOU et al. 2010; SMITH, 2011). Esta associação deve-se provavelmente à maior chance da mulher frequentar o serviço de assistência ginecológica ou de planejamento familiar, em busca de algum método contraceptivo, do que necessariamente por preocupação em prevenir-se do câncer do colo uterino.

Por outro lado, há a possibilidade da não utilização de métodos contraceptivos estar relacionada com o baixo nível de conhecimento ou preocupação quanto à prevenção de patologias como o câncer do colo do útero, levando a uma frequência inadequada de coleta do exame de Papanicolaou (BARROSO; GOMES; ANDRADE, 2011).

Quanto às variáveis idade de início do relacionamento sexual e atividade sexual mensal, não se observou associação estatisticamente significativa com a frequência de realização do exame de Papanicolaou no presente estudo. Apesar da idade do primeiro intercurso sexual estar associada a um risco aumentado de adquirir o HPV, outros autores também não evidenciaram associação estatisticamente significativa entre a periodicidade de realização do exame e a idade da primeira relação sexual (PINHO 2002; KAHN et al. 2002; SANJOSE et al. 2008; SMITH et al. 2011). Segundo Ferreira (2009), um dos fatores para não realização do exame preventivo é a sua associação com idade mais avançada e a promiscuidade, o que revela o desconhecimento a cerca da recomendação de realização periódica do exame a partir do início da atividade sexual. Com o início da vida sexual cada vez mais precoce, as adolescentes constituem uma população vulnerável para o HPV, tornando-se imperativo a orientação de comportamentos preventivos para este grupo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de um inquérito de base populacional permitiu obter a estimativa de cobertura do exame de Papanicolaou no município de Manaus, que se mostrou baixa, inferior ao nível mínimo necessário, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde, para haver impacto nos indicadores de morbimortalidade. O exame de Papanicolaou foi realizado alguma vez na vida por 92,5% das mulheres e a prevalência de realização do exame nos três anos anteriores a entrevista foi 76,5%.

O levantamento do perfil das participantes constatou que grande parte da amostra foi composta por mulheres jovens com idade entre 25 a 34 anos, situação conjugal estável, ensino médio completo, baixa renda familiar, não fumantes e com conhecimento sobre o exame de Papanicolaou.

A prática do exame de Papanicolaou no período adequado esteve associada a maior nível de escolaridade e renda familiar, posse de linha telefônica no domicílio, hábito de não fumar, menor número de parceiros nos últimos 12 meses, menor número de gestações, uso de algum método contraceptivo e ao fato de ter realizado consultas ginecológicas com frequência. A realização do exame de Papanicolaou no período inadequado associou-se à coleta do exame na rede pública de saúde, ausência de solicitação médica para a realização do primeiro exame e dificuldade de acesso ao exame oriundas de questões pessoais e de oferta e organização dos serviços de saúde.

Em relação à periodicidade de realização do exame de Papanicolaou, a maioria das mulheres referiu frequência anual ou mais de uma vez por ano, intervalo inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

Desta forma, observa-se que, apesar de Manaus contar com um programa de rastreamento para o câncer do colo uterino há vários anos, o mesmo é falho e não está garantindo cobertura ideal à população, o que reflete diretamente nas altas taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no município. Para haver impacto neste quadro, o diagnóstico precoce precisa ser melhorado, devendo haver um planejamento de modo proativo, com distribuição heterogênea das ações de controle do câncer.

Nesta perspectiva, é imprescindível otimizar os recursos disponíveis, ampliando a cobertura do rastreamento com foco na população excluída e nos grupos vulneráveis, oferecendo de modo efetivo o serviço preventivo para toda população feminina. Isto demanda organização dos serviços de saúde, bem como a avaliação dos atendimentos prestados, a fim

de monitorar o andamento das ações, fazendo-se necessário o reconhecimento de áreas e mulheres sob maior risco.

Visando a aumentar a cobertura do exame de Papanicolaou e, conseqüentemente, o controle do câncer do colo uterino, é necessário assegurar o acesso equitativo, e produzir ações de informação e educação em saúde contínuas, sensibilizando as mulheres sobre a prevenção do câncer cérvico-uterino e seus fatores de risco. Entretanto, além do foco na cobertura do exame, devem-se traçar planos buscando um sistema integrado de assistência, com boa resolutividade. Assim, é preciso que o plano de ação garanta a qualidade da coleta dos exames citopatológicos, capacitando os profissionais que realizam os testes de rastreamento, e assegure o acesso ao diagnóstico e tratamento adequado.

Outrossim, novas estratégias de prevenção do câncer do colo do útero, como a vacina contra o HPV, também podem ser úteis, uma vez que trazem a possibilidade de prevenção em nível primário. Esta estratégia foi recentemente implementada em Manaus, tornando obrigatória a vacinação em meninas na faixa etária de 11 a 16 anos, nas escolas da rede pública do município. Porém, a exemplo do que deveria acontecer com o programa de rastreamento vigente, é necessário garantir a avaliação e o monitoramento em longo prazo da cobertura e da efetividade da vacinação contra o HPV e do impacto nas taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero. Por fim, a introdução da vacina contra o HPV deve ser inserida como parte das estratégias de rastreamento do programa de prevenção do câncer do colo do útero, não devendo sobrepor as ações em nível secundário.

REFERÊNCIAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil**: dados com base no levantamento sócio econômico – 2005. IBOPE, 2005. Disponível em: <http://www.abep.org>. Acesso em: 02 de Maio de 2010.

ABREU, E. Reorientação nas ações de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 35, p. 55-8, 1989. Acesso em: 14 maio 2012.

ADAB, P.; MCGHEE, S. M; YANOVA, J.; WONG, C. M; HEDLEY, A. J; Effectiveness and efficiency of opportunistic cervical cancer screening comparison with organized screening. **Medical Care**, Philadelphia, v.42, n.6, p.600-609, 2004.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY – AHRQ. **Screening for Cervical Cancer: A Decision Analysis for the U.S. Preventive Services Task Force**, Rockville, 2011.

AGUILAR, P.N.; LAZCANO-PONCE, E.C.; RUIZ P.A.; SÁNCHEZ, T.R.; URIZA, L.C.; AVILA, M.H. Factores asociados con la familiaridad de mujeres mexicanas con la función del Papanicolaou. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 121, n. 6, p. 536-541, 1996.

ALBUQUERQUE, K. M.; FRIAS, P. G.; ANDRADE, C. L. T.; AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G.; SZWARCOWALD, L. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, supl.2, p.301-309, 2009.

AMARAL, R. G. MANRIQUE, E. J. C.; GUIMARÃES, J. V.; SOUSA, P. J.; MIGNOLI, J. R. Q.; XAVIER, A. F.; OLIVEIRA, AN. Influência da adequabilidade da amostra sobre a detecção das lesões precursoras do câncer cervical. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.30, n.11, p.556-560, 2008.

AMARAL, R. G; RIBEIRO, A. A; MIRANDA, F. A; TAVARES, S. B. N; SOUZA, N. L. A; MANRIQUE, E. J. C. et al. Fatores que podem comprometer a qualidade dos exames citopatológicos no rastreamento do câncer do colo do útero. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, v.38, n.1, p.3-6, 2006.

ANDRADE, J. M. Limitações para o sucesso do rastreamento do câncer de colo no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 245-247, jun 2012.

ANIC, G. M.; LEE, J.H.; STOCKWELL, H.; ROLLISON, D. E.; WU, Y.; PAPENFUSS, M. R.; LAZCANO-PONCE, E. et al. Incidence and Human Papillomavirus (HPV) type distribution of genital warts in a multinational cohort of men: the HPV in men study. **The Journal of infectious diseases**, Chicago, v. 204, n.12, p.1886-1892, dec. 2011.

ANJOS, S. J. S. B.; VASCONCELOS, C. T. M.; FRANCO, E. S.; ALMEIDA, P. C.; Pinheiro, A. K. B. Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de

ANTTILA, A.; PUKKALA, E.; SÖDERMAN, B.; KALLIO, M.; NIE-MINEN, P.; HAKAMA, M. Effect of organised screening on cervical cancer incidence and mortality in Finland, 1963-1995: recent increased in cervical cancer incidence. **Int J Cancer**, Genève, v.83, n.1, p.59-65, sep 1999.

AQUINO, E. M. Epidemiologia e Saúde Coletiva no Brasil: desafios para a formação em pesquisa. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.11, supl.1, p.151-158, 2008.

AQUINO, E. M. L. Avaliação da situação atual das ações de controle. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 185-188, 1985.

ARAÚJO, E. P. P. **Cobertura, acesso e fatores relacionados à realização do exame Papanicolaou no pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros**. 2008, 114f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Estadual de Montes Claros.

AREIAS, P. A. P. **Comportamento de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero**. 2011, 121f. Dissertação (Mestrado em Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica) – Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, 2011.

ARROSSI, S.; RAMOS, S.; PAOLINO, M.; SANKARANARAYANAN, R. Desigualdades Sociais na Cobertura do Papanicolaou: identificando a subutilização do rastreamento de câncer cervical na Argentina. **Questão de Saúde Reprodutiva**, São Paulo, v. 16,n. 32, p. 50-58, 2008.

AUGUSTO, E. F.; ROSA, M. L. G.; CAVALCANTI, S. M. B.; OLIVEIRA, L. H. S. Barriers to cervical cancer screening in women attending the Family Medical Program in Niterói, Rio de Janeiro. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, New York, v. 287, n.1, p.53-58, 2013.

AUSTOKER J. Cancer prevention in primary care: Screening for cervical cancer. **British Medical Journal**, London, v.309, n. 6949, p. 241-248, July 1994.

AYRE, J. E. Cervical cytology in diagnosis of early cancer. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 136, n. 8, p. 513-517, feb 1948.

BARROS, M. B. A. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.11, supl.1, p.6-19, 2008.

BARROSO, M. F.; GOMES, K. R. O.; ANDRADE, J. X. Frequência da colpocitologia oncótica em jovens com antecedentes obstétricos em Teresina, Piauí, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.29, n.3, p.162-168, 2011.

BASSAL, R.; SCHEJTER, E.; BACHAR, R.; SHAPIRA, H.; SANDBANK, J.; SUPINO ROSIN, L.; SCHVIMER, M.; COHEN, D.; KEINAN-BOKER, L. Cervical Pap screening among Israeli women, 2005–2010. **Arch Gynecol Obstet**, Berlin, out. 2013. In press.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal **Scientia Medica**, Porto Alegre, v.17, n.4, p.229-232, 2007.

BERTELSEN, B. I. **Uterine cervical neoplasia Aspects of biology and pathology**. 2006. 80f. Thesis – The University of Bergen.

BLIZZARD L, HOSMER DW. The Log Multinomial Regression Model for Nominal Outcomes with More than Two Attributes. **Biometrical Journal**, Weinheim, v.49, p.889-902, dec 2007.

BOLETIM BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE – BRATS. **Câncer de colo de útero: a vacina para prevenção do HPV e o desafio para a melhoria da qualidade do rastreamento no Brasil**, 2011.

BORGES, M. F. S. O.; DOTTO, L. M. G.; KOIFMAN, R. J.; CUNHA, M. A.; MUNIZ, P. T. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.6, p.1156-1166, 2012.

BOSCH, F.X.; LORINCZ, A.; MUÑOZ, N.; MEIJER, C.J.L.M.; SHAH, K.V. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. **Journal of Clinical Pathology**, London, v.55, n. 4, p. 244–265, apr 2002.

BOUVARD, V.; BAAN, R.; STRAIF, K.; GROSSE, Y.; SECRETAN, B.; GHISSASSI, F.; BENBRAHIM-TALLAA, L. et al. A review of human carcinogens-part B: biological agents. **The Lancet Oncology**, London, v.10, n. 4, p.321-322, April 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Controle do câncer do colo do útero**. Brasília; 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e de mama**. Brasília; Ministério da Saúde; 2006a.

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

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Prevenção e Controle de Câncer, **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 317-332, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de Ação Para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama 2005 – 2007: Diretrizes Estratégicas**. Brasília: 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM No 2.439, de 8 de dezembro de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p. 80-19, dez. 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006** –Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. **Proposta de Fortalecimento das Ações de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo do Útero e de Mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Viva Mulher - Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas**. Rio de Janeiro: 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil, 2007**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. **Vigitel Brasil, 2008**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. **Vigitel Brasil, 2009**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. **Vigitel Brasil, 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. **Vigitel Brasil, 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. SISCOLO - Sistema de informações do câncer de colo do útero. Módulo Coordenações. Versão 4. Treinamento. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2005a.

BRAY, F.; LOOS, A. H.; MCCARRON, P.; WEIDERPASS, E.; AIBYN, M.; MOLLER, H. et al. Trends in cervical squamous cell carcinoma incidence in 13 European countries: changing risk and the effects of screening. **Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention**, Philadelphia, v. 14, n. 3, p.677-86, Mar 2005.

BRENNNA, S.M.F.; HARDY, E.; ZEFERINO, L.C.; NAMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 909-914, 2001.

BRISCHILIARI, S. C. R.; DELLÁGNOLO, C. M.; GIL, L. M.; ROMEIRO, T. C.; GRAVENA, A. A. F.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Papanicolaou na pós-menopausa: fatores associados a sua não realização. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, 2012.

BURK, R.D.; KELLY, P.; FELDMAN, J.; BROMBERG, J.; VERMUND, S.H.; HOVITZ, J.A.; LANDESMAN, S.H. Declining prevalence of cervicovaginal human papillomavirus infection with age is independent of other risk factors. **Sexually transmitted diseases**, Philadelphia, v. 23, n. 4, p. 333-341, Jul-Aug 1996.

CASTELLSAGUÉ, X.; BOSCH, F.X.; MUÑOZ, N. The male role in cervical cancer. **Salud Pública de México**, Mexico, sup. 3, v. 45, p. 345-353, 2003.

CASTELLSAGUE, X.; DIAZ, M.; VACCARELLA, S.; SANJOSE, S.; MUNOZ, N.; HERRERO, R.; FRANCESCHI, S.; MEIJER, C. J. L. M.; BOSCH, F. X. Intrauterine device use, cervical infection with human papillomavirus, and risk of cervical cancer: A pooled analysis of 26 epidemiological studies. **The Lancet Oncology**, London, v.12, n.11, p.1023-1031, 2011.

CECHINEL, K. C.; SILVA, F. R.; SILVA, B. R.; ROSA, M. I.; CASTRO, S. M. J.; BATTISTI, I. D. E. Cobertura do Teste de Papanicolaou em usuárias do SUS em Criciúma - Sul do Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Florianópolis, v. 38, n.1, p. 39-44, jan-mar 2009.

CESAR, J. A.; SANTOS, G. B.; SUTIL, A. T.; CUNHA, C. F.; DUMITH, S. C. Citopatológico de colo uterino entre gestantes no Sul do Brasil: um estudo transversal de base populacional. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, p. 518-523, nov 2012.

CHAN, P. K.; LUCK, A. C.; LUK, T. N.; LEE, K. F.; CHEUNG, J. L.; HO, K. M. et al. Distribution of human papilomavírus types in anogenital warts of men. **Journal of clinical virology**, Amsterdam, v.44, n.2, p.111-114, feb 2009.

CHUBACI, R. Y. S.; MERIGHI, M. A. B. Exame para detecção precoce do câncer cérvico-uterino: vivência de mulheres das cidades de Kobe e Kawasaki, Japão e São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, n.4, p.471-481, 2005.

CIRINO, F. M. S. B.; NICHATA, L. Y. I.; BORGES, A. L. V. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e hpv em adolescentes. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.126-134, 2010.

COCHRAN, W. G. **Sampling Techniques**. 3^a Edition. New York: John Wiley & Sons; 1977.

CONDE-FERRÁEZ, L.; ALLEN, S. R. E.; MARTÍNEZ, C. J. R.; AYORA-TALAVERA, G.; GONZÁLEZ-LOSA, M. R. Factors Associated with Cervical Cancer Screening Amongst Women of Reproductive Age from Yucatan, Mexico. **Asian Pacific J Cancer Prev.**, Thailand, v.13, n.9, p.4719-4724, 2012.

COOPER, C. P.; POLONEC, L.; GELB, C. A. Women's Knowledge and Awareness of Gynecologic Cancer: A Multisite Qualitative Study in the United States. **Journal Womens Health**. Larchmont, v.20, n.4, p.517-524, 2011.

COPPELL, K.; PAUL, C.; COX, B. An evaluation of the National Cervical Screening Programme Otago site. **The New Zealand medical journal**, Wellington, v. 113, n. 1104, p. 48-51, 2000.

CORREA, D. A. D.; VILLELA, W. V. O controle do câncer do colo do útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 4, 2008.

CORREA, D. A. D; VILLELA, W. V.; ALMEIDA, A. M. Desafios à organização de programa de rastreamento do câncer do colo do útero em Manaus-AM. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 21, n. 2, p. 395-400, abril-junho 2012.

CORREA, D.A.D. **Perfil das usuárias do Sistema Único de Saúde que realizam o**

CORREA, M. S.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E.; TOMASI, E. Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.12, p.2257-2266, 2012.

COSTA, A. M. **PAISM: uma Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher a ser Resgatada**. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.

COUGHLIN, S. S; UHLER, R. J. Breast and cervical screening practices among hispanic women in the United States and Puerto Rico, 1998-1999. **Preventive Medicine**, Atlanta, v.34, n.2, p.242-51, 2002.

CZERESNIA, D. **Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS**. Texto elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar. Julho de 2003.

DALEY, E.; PERRIN, K.; VAMOS, C.; HERNANDEZ, N.; ANSTEY, E.; BAKER, E.; KOLAR, S.; EBBERT, J. Confusion About Pap Smears: Lack of Knowledge Among High-Risk Women. **Journal of Womens Health**, Larchmont, v. 22, n.1, p. 67-74, jan 2013.

DANAEI, G.; HOORN, S.V.H.; LOPEZ, A.D.; MURRAY, C.F.L.; EZZATI, M. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. **Lancet**, London, v.366, n. 9499, p. 1784-1793, nov 2005.

DAY, N.E. Screening for cancer of the cervix. **Journal Epidemiol Community Health**, London, v.43, n.2, p. 103-106, 1989.

DE JONG, A.; VAN POELGEEST, M. I.; VAN DER HULST, J. M; DRIJFHOUT, J. W.; FLEUREN, G. J.; MELIEF, C. J.; KENTER, G.; OFFRINGA, R.; VAN DER BURG, S. H. Human papilloma- virus type 16-positive cervical cancer is associated with impaired CD4+ T- cell immunity against early antigens E2 and E6. **Cancer research**, Chicago, v.64, n.15, p.5449-5555, aug 2004.

DE SANJOSÉ, S.; QUINT, W. G. V.; ALEMANY, L.; GERAETS, D. T.; KLAUSTERMEIER, J. E.; LLOVERAS, B. et al. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. **The Lancet Oncology**, London, v.11, n.11, p.1048-1056, 2010.

DE SANJOSÉ, S.; BOSCH, F.X; MUÑOZ, N.; TAFUR, L; GILI, M. Izaeazugaza I et al. Socioeconomic differences in cervical câncer: Two case-control studeis in Colombia and Spain. **Am J Public Health**, New York, v. 86, n.11, p.1532-38, nov 1996.

DE VUYST, H.; GICHANGI, P.; ESTAMBALE, B.; NJUGUNA, E.; FRANCESCHI, S.; TEMMERMAN, M. Human papillomavirus types in women with invasive cervical carcinoma by HIV status in Kenya. **International Journal of Cancer**, Genève, v. 122, n.1, p.244-246, aug 2008.

DIAS, M. B. K.; GLAUCIA, J.; ASSIS, T. M. Rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil: análise de dados do Siscolo no período de 2002 a 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 3, p. 293-306, set 2010.

DIAS-DA-COSTA, J. S.; D'ELIA, P. B.; MANZOLLI, P. & MOREIRA, M. R., 1998. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 3, n. 5, p. 308-313, 1998.

DIAS-DA-COSTA, J. S.; OLINTO, M. T .A.; GIGANTE, D.P.; MENEZES, A. M. B.; MACEDO, S.; BORBA, A.T.; MOTTA, G.L.S.; FUCHS, S.C. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p.191-197, 2003.

DIÓGENES, M. A. R.; JORGE, R. J.; SAMPAIO, L. F. L.; MENDONÇA, F. A. C.; SAMPAIO, L. L. Barreiras a realização periódica do Papanicolaou: estudo com mulheres de uma cidade do nordeste do Brasil. **Revista Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, n. 14, v. 1, p. 12-18, 2011.

DIONIZIO, E. **Realização do exame de Papanicolaou em mulheres com 20 anos ou mais: Inquérito de Saúde de base populacional no Município de São Paulo – 2008**. 2011, 143f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

DOLLIN, J. Preventing cervical cancer: beyond following guidelines. **Canadian Medical Association journal**, Ottawa, v.185 n.1, p.13-14, jan 2013.

DUAVY, L.; BATISTA, F. L.R.; BESSA, J. M. S.; FEITOSA, J. B. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Revista Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 3, p. 733-742, maio-jun. 2007.

DUERR, A.; KIEKE, B.; WARREN, D.; SHAH, K.; BURK, R.; PEIPERT, J.F.; SCHUMAN, P.; KLEIN, R.S. Human papillomavirus-associated cervical cytologic abnormalities among women with or at risk of infection with human immunodeficiency virus. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, St. Louis, v. 184, n. 4, p.584-590, marc 2001.

ELUF-NETO, J.; BOOTH, M.; BOSCH, F.X.; MEIJER C.J.L.M.; WALBOOMERS, J.M.M. Human Papillomavirus and invasive cervical cancer in Brazil. **British Journal of Cancer**, London, v. 69, n. 1, p 114-119, 1994.

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

FERLAY, J.; BRAY, F.; PISANI, P.; PARKIN, D. M. **Globocan 2002**: cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2004.

FERLAY, J.; SHIN, H. R.; BRAY, F.; FORMAN, D.; MATHERS, C.; PARKIN, D. M. **GLOBOCAN 2008**: Cancer Incidence and Mortality Worldwide. International Agency for Research on Cancer, Lyon, 2010.

FERNANDES, J. V. RODRIGUES, S. H. L.; COSTA, Y. G. A. S.; SILVA, L. C. M.; BRITO, A. M. L.; AZEVEDO, J. W. V.; NASCIMENTO, E. D.; AZEVEDO, P. R. M.; FERNANDES, T. A. A. M. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.5, p.851-858, 2009.

FERREIRA, M. L. S. M. Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.378-384, 2009.

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

FLISSER, A.; GARCÍA-MALO, F.; CANEPA, M. L. A.; DONCEL, S.; ESPINOZA R.; MORENO, R. et al. Implementation and evaluation of a national external quality control program for cervical cytology in Mexico. **Salud Pública de México**, México, v. 44, n. 5, p. 431-436, 2002.

FLORES, K.; BENCOMO, C. Preventing Cervical Cancer in the Latina Population.

FRAME, P. S.; FRAME, J. S. Determinants of cancer screening frequency: the example of screening for cervical cancer. **J Am Board Fam Pract**, Waltham, v.11, n.2, p.87-95, 1998.

FRANCO, E. S.; HYPPÓLITO S. B.; FRANCO, R. G. F. M.; M. O. B. ORIÁ; ALMEIDA, P. C. V; PAGLIUCA, L. M. F.; ROCHA, F. P. Critérios de positividade para cervicografia digital: melhorando a sensibilidade do diagnóstico do câncer cervical. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.24 n.11, 2008.

FREITAS, M. C. M.; RIBEIRO, L. C.; TEIXEIRA, M. T. B.; BASTOS, R. R.; LEITE, I. C. G. Fatores associados à utilização do teste de Papanicolaou entre mulheres idosas no interior do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, p. 432-437, 2012.

FURNHAM, A. Response bias, social desirability and dissimulation. **Personality and Individual Differences**, Oxford, v. 7, n. 3, p. 385- 400, 1986.

GAKIDOU, E.; NORDHAGEN, S.; OBERMEYER, Z. Coverage of Cervical Cancer Screening in 57 Countries: Low Average Levels and Large Inequalities. **PLoS Med**, San Francisco, v.5, n.6, p.863-868, 2008.

GAMARRA, C. J.; VALENTE, J. G.; SILVA, G. A. Magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero na Região Nordeste do Brasil e fatores socioeconômicos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 28, n. 10, p. 100-106, 2010.

GAMARRA, C.J. **Conhecimentos, atitudes e práticas do exame Papanicolaou em mulheres de Puerto Leoni, Argentina: Uma contribuição à enfermagem de saúde pública**. 2004, 119f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

GAMARRA, C.J.; PAZ, E.P.A.; GRIEP, R.H. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 270-276, 2005.

GASPERIN, S. I. **Cobertura e fatores associados aos exames de detecção precoce do câncer de colo do útero e mama em Florianópolis, SC, 2009: um estudo transversal de base populacional**. 2010, 208f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

GASPERIN, S. I; BOING, A. F.; KUPEK, E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, 2011.

GONCALVES, C. V.; DUARTE, G.; COSTA, J. S. D.; QUINTANA, S. M.; MARCOLIN, A. C. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2501-2510, 2011.

GONZAGA, C. M.; FREITAS-JUNIOR, R.; BARBARESCO, A. A; MARTINS, E.; BERNARDES, B. T; RESENDE, A. P. Cervical cancer mortality trends in Brazil: 1980-2009. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.3, p.599-608, 2013.

GOSS, P. E; LEE, B. L.; BADOVINAC-CRNJEVIC, T.; STRASSER-WEIPPL, K.; CHAVARRI-GUERRA, Y; ST LOUIS, J; VILLARREAL-GARZA, C.; UNGER-SALDAÑA, K.; FERREYRA, M. et al. Planejamento do controle do câncer na América Latina e no Caribe. **The Lancet Oncology**, London, v.14, n.5, p.391-436, 2013.

GOUVEIA, V. V.; GUERRA, V. M.; SOUSA, D. M. F.; SANTOS, W.; COSTA, J. M. Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne: evidências de sua validade fatorial e consistência interna. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v.8, n.1, p.87-98, 2009.

GU, C.; CHAN, C. W.; TWINN, S. How sexual history and knowledge of cervical cancer and screening influence Chinese women's screening behavior in mainland China. **Cancer Nursing**, New York, v.33, n.6, p.445-453, 2010.

GUARISI, R.; HARDY, E.; DERCHAIN, S.F.M.; FONSECHI-CARVASAN, G.A.; BORGES, J.B.R. Rastreamento, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras e do câncer invasor de colo uterino no município de Franco da Rocha, SP. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 50, n.1, p.7-15, 2004.

HACKENHAAR, A. A.; CESAR, J. A.; DOMINGUES, M. R. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.9, n.1, p.103-111, 2006.

HANKINS, C.; COUTLÉE, F.; LAPOINTE, N.; SIMARD, P.; TRAN, T.; SAMSON, J.; HUM, L. Prevalence of risk factors associated with human papillomavirus infection in women living with HIV. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v.160, n.2, p. 185- 191, 1999.

HAWKINS, N. A; COOPER, C. P; SARAIYA, M.; GELB, C. A; POLONEC, L. Why the Pap test? Awareness and use of the Pap test among women in the United States. **Journal Womens Health**. Larchmont, v.20, n.4, p.511-515, 2011.

HEGART, Y V.;BURCHETT, B. M.; GOLD, D. T.; COHEN, H. J. Racial differences in use of cancer prevention services among older Americans. **Journal of the American Geriatrics Society**; New York, v. 48, n. 7, p.735-740, jul 2000.

HERNANDEZ, B.Y.; WILKENS, L.R.; ZHU, X.; THOMPSON, P.; MCDUFFIE, K.; SHVETSOV, Y.B.; KAMEMOTO, L.E; KILLEEN, J.; NING, L.; GOODMAN, M.T. Transmission of human papillomavirus in heterosexual couples. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 14, n. 6, p. 888-894, june 2008.

HEWITT, M.; DEVESA, S.S.; BREEN, N. Cervical cancer screening among U.S. women: analyses of the 2000 National Health Interview Survey. **Preventive Medicine**, Baltimore, v.39, n. 2, p. 270–278, 2004.

HOLOWATY, P; MILLER, A. B.; ROHAN, T. Natural history of dysplasia of the uterine cervix. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v. 91, n. 3, p. 252-258, feb 1999.

INSTITUTE FOR HEALTH AND EVALUATION. **The challenge ahead: progress and setbacks in breast and cervical cancer**. Seattle: IHME; 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censos Demográficos, 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov/censos>>. Acesso em 05 agosto 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades**. Acesso em 12 maio 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 2003**. Rio de Janeiro, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Atlas de Mortalidade por Câncer**. Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>>. Acesso em: 20 set. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Estimativa 2012**: incidência do câncer no Brasil. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012>>. Acesso em: 18 jul. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. Prevenção do câncer do colo do útero: normas e recomendações do INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.49, n.4, p.205, 2003.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER – IARC. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. IARC Working Group on evaluation of cervical cancer screening programmes. **British Medical Journal**, London, v. 293, n.6548, p.659–664, sep1986.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER – IARC. World Health Organization. **World Cancer Report, 2008**. Lyon, 2008.

INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER. Carcinoma of the cervix and tobacco smoking: collaborative reanalysis of individual data on 13,541 women with carcinoma of the cervix and 23,017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies. **International Journal of Cancer**, Genève, v. 118, n. 6, p. 1481-1495, 2006.

INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies, **Lancet**, London, v. 370, n. 9599, p. 1609-1621, 2007.

IVA, citologia e cervicografia. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.44, n.4, p.912-20, dec. 2010.

JEMAL, A.; BRAY, F.; CENTER, M. M.; FERLAY, J.; WARD, E.; FORMAN, D. Global cancer statistics. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, New York, v.61, n.2, p.69-90, mar-apr 2011.

JORGE, R. J. B.; DIÓGENES, M. A. R.; MENDONÇA, F. A. C.; SAMPAIO, L. R. L.; JORGE JÚNIOR, R. Exame Papanicolaou: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2443-2451, maio 2011. **Journal Womens Health**. Larchmont, v.18, n.12, p.1935-1943, 2009.

KAHN, J. A.; GOODMAN, E.; KAPLOWITZ, R. A.; SLAP, G. B.; EMANS, J. Validity of Adolescent and Young Adult Self-Report of Papanicolaou Smear Results. **Obstetrics & Gynecology**, Ohio, v.96, n.4, p.625-631, 2000.

KAHN, J. A.; ROSENTHAL, S. L.; SUCCOP, P. A.; HO, G. Y. F.; BURK, R. D. Mediators of the association between age of first sexual intercourse and subsequent human papillomavirus infection. **Pediatrics**, Durham, v.109, n. 1, p. 1-8, jan 2002.

KARABULUTLU, O. Evaluation of the Pap Smear Test Status of Turkish Women and Related Factors. **Asian Pacific J Cancer Prev**, Thailand, v.14, n.2, p.981-986, 2013.

KITCHNER, H. C; CASTLE, P. E; COX, J.T. Achievements and limitations of cervical cytology screening. **Vaccine**, Amsterdam, v. 24, supl. 3, p. 63–70, 2006.

KO, K. D.; PARK, S. M.; LEE, K. Factors associated with the use of uterine cervical cancer screening services in korean elderly women. **Korean journal of family medicine**, Seoul, v. 33, n. 3, p. 174-181, may 2012.

KUCZKOWSKA, K.; JANKOWIAK-SIUDA, K.; WRONKOWSKI, Z. Knowledge about cervical cancer among Polish and Finnish female students. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, Philadelphia, v.156, n.2. p.212-216, 2011.

LAARA, E.; DAY, N. E.; HAKAMA, M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. **Lancet**, London, v.1, n.8544, p.1247–1249, 1987.

LACEY, J.Y.; BRINTON, L.A.; BARNES, W.A; GRAVITT, P.E.; GREENBERG, M.D.; HADJIMICHAEL, O.C.; MCGOWAN, L.; MORTEL, R.; SCHWARTZ, P.E.; KURMAN, R.J.; HILDESHEIM, A. Use of Hormone Replacement Therapy and Adenocarcinomas and Squamous Cell Carcinomas of the Uterine Cervix. **Gynecologic Oncology**, New York, v. 77, n. 1, p. 149-154, apr 2000.

LACZANO-PONCE, E.C.; CASTRO, R.; ALLEN, B.; NÁJERA, P.; ALONSO-DE- RUIZ, P.; HÉRNANDEZ-AVILA, M. Barriers to early detection of cervical-uterine cancer in Mexico. **Journal of Womens Health**, New York, v. 8, n.3, p. 399-408, apr 1999.

LAGO, T. D. G. **Políticas nacionais de rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil Análise do Período 1998 a 2002**. 2004. 141f. Tese (Doutorado em Demografia) – Universidade Estadual de Campinas.

LAZCANO-PONCE, E. C; NÁJERA-AGUILAR, P.; BUIATTI, E.; ALONSO-DE-RUIZ, P.; KURI, P.; CANTORAL, L. et al. The cervical cancer screening programs in Mexico: problems with access and coverage. **Cancer Causes Control**, Oxford, v. 8, p. 698-704, sep 1997.

LEITE, F. M. C.; AMORIM, M. H. C.; NASCIMENTO, L. G. D.; MENDONÇA, M. R. F.; GUEDES, N. S. A.; TRISTÃO, K. M. Mulheres submetidas à coleta de Papanicolaou: perfil socioeconômico e reprodutivo. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Espírito Santo, v.12, n. 1, p. 57-62, 2010.

LOPES, E.R.; REBELO, M.S.; ABREU, E.; SILVA, V.L.C.; EISENBERG, A.L.A.; LAVOR, M.F. Comportamento da população brasileira feminina em relação ao câncer cérvico-uterino. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, Rio de Janeiro, v. 105, n. 11, p. 505-515, nov-dez 1995.

LUCIANI, S.; ANDRUS, J. A Pan American Health Organization strategy for cervical cancer prevention and control in Latin America and the Caribbean. **Reproductive Health Matters**, London, v.16, n. 32, p. 59–66, nov 2008.

LUHN, P.; WALKER, J.; SCHIFFMAN, M.; ZUNA, R. E.; DUNN, S. T.; GOLD, M. A.; SMITH, K. et al. The role co-factors in the progression from human papillomavirus infection to cervical cancer. **Gynecologic Oncology**, New York, v.128, n. 2, p. 265-270, 2013.

MALIK, H.; KHAN, H. K.; AHSAN, H. Human papillomavirus: current status and issues of vaccination, **Archives of Virology**, Austria, sep 2013. In press.

MANAUS. Câmara Municipal de Manaus. **Lei nº 1.401 de 14 de Janeiro de 2010**. Manaus, 2010.

MARKOWITZ, L. E.; UNGER, E. R.; SARAIYA, M. Primary and secondary prevention of cervical cancer-opportunities and challenges. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v.101, n.7, p.439-40, apr 2009.

MARNACH, M. L; LONG, M. E; CASEY, P. M. Current Issues in Contraception. **Mayo Clinic Proceedings**, Rochester, v.88, n. 3, p. 295-299, mar 2013.

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

MAXWELL, C.J.; BANCEJ, C.M.; SNIDER, J.; VIK, A.S. Factors important in promoting cervical cancer screening among Canadian women: findings from the 1996-97 National Population Health Survey (NPHS). **Canadian Journal of Public Health**, Ottawa, v.92, n.2, p.127-133, mar-apr 2001.

MCCREADY, T; LITTLEWOOD, D.; JENKINSON J. Breast self-examination and breast awareness: a literature review. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v.14, n. 5, p. 570-578, may 2005.

MELLONE, M.; RINALDI, C.; MASSIMI, I.; PETRONI, M.; VESCHI, V.; TALORA, C.; TRUFFA, S.; STABILE, H.; FRATI, L.; SCREPANTI, I.; GULINO, A.; GIANNINI, G. Human Papilloma Virus–Dependent HMGA1 Expression is a Relevant Step in Cervical Carcinogenesis. **Neoplasia**, v.10, n.8, p.773-781, aug 2008.

MERIGHI, M.A.B; HAMANO, L.; CAVALCANTE, L. G. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.36, n.3, p. 289- 296, 2002.

MILLER, A.B. **Programas de detección del câncer cervico-uterino: directrices de gestión.** Ginebra: OMS, 1993.

MILLER, A.B.; ROBLES, S.C. Taller centro americano sobre la detección del cáncer de cuello uterino. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 121, n. 6, p. 589-602, 1996.

MORAES, J. R.; GUIMARÃES, P. V.; PAULA, F. L.; FERREIRA, M. L. P.; GUIMARÃES, R. M.; LUIZ, R. R. Relação entre plano de saúde e a realização do exame Papanicolaou: uma aplicação de escore de propensão usando um inquérito amostral complexo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 589-597, 2011.

MORENO, V.; BOSCH, F. X.; MUÑOZ, N.; MEIJER, C. J.; SHAH, K. V.; WALBOOMERS, J. M.; HERRERO, R.; FRANCESCHI, S. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. **Lancet**, London, v. 359, n. 9312, p. 1085- 1982, 2002.

MULLER, D. K. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 24, p. 2511-2520, 2008.

MUNOZ, N. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. **The Journal of Pathology**, London, v. 189, n. 1, p.12–19, 1999.

MUÑOZ, N.; BOSCH, F. X.; DE SANJOSÉ, S.; HERRERO, R.; CASTELLSAGUÉ, X.; SHAH, K. V. et al. Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus types associated with cervical cancer. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 348, n. 6, p. 518-527, feb 2003.

MURATA, I. M. H.; GABRIELLONI, M. C.; SCHIRMER, J. Cobertura do papanicolaou em mulheres de 25 a 59 anos de Maringá - PR, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 409-415, 2012.

MURILLO, R.; ALMONTE, M.; PEREIRA, A.; FERRER, E.; GAMBOA, O. A.; JERÓNIMO, J.; LAZCANO-PONCE, E. Cervical cancer screening programs in Latin America and the Caribbean. **Vaccine**, Amsterdam, v.26, supl.11, p.37–48, 2008.

MURTA, E. F. C.; FRANCA, H. G; CARNEIRO, M. C; CAETANO M. S. S. G.; ADAD, S. J; SOUZA, M. A. H. Câncer do colo uterino: correlação com o início da atividade sexual e paridade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 555-559, 1999.

NANDA, K.; MCCRORY, D.C.; MYERS, E.R.; BASTIAN, L.A.; HASSELBLAD, V.; HICKEY, J.D.; MATCHAR, D.B. Accuracy of the Papanicolaou Test in Screening for and Follow-up of Cervical Cytologic Abnormalities: A Systematic Review. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 132, n. 10, p. 810-819, 2000.

NAOMAR, A. F.; ROUQUARYOL, M. Z. Elementos de Metodologia Epidemiológica. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro, Medsi, p. 149-177, 2003.

NASCIMENTO, C.M.; ELUF-NETO, J.; REGO, R.A. Cobertura do teste de Papanicolaou no município de São Paulo e características das mulheres que realizaram o teste. **Bol Oficina Sanit Panam.**, v.121, n. 6, p. 491-499, 1996.

NASCIMENTO, M. I.; SILVA, G. A.; MONTEIRO, G. T. R. História prévia de realização de teste de Papanicolaou e câncer do colo do útero: estudo caso-controle na Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, 2012.

NELSON, W.; MOSER, R. P.; 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). **Journal Womens Health**, Larchmont, v.18, n.11, p. 1759–1768, 2009.

NOGUEIRA, A. C. C.; SILVA, L. B. **As desigualdades de gênero: um enfoque na questão da saúde pública**. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Caxambu/MG. 29 set. a 03 out., 2008.

NOVAES, H. M. D.; BRAGA, P. E.; SCHOUT, D.. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1023-1035, 2006.

NÚÑEZ, J. T; DELGADO, M; PINO, G.; GIRÓN, H.; BOLET, B. Smoking as a risk factor for preinvasive and invasive cervical lesions in female sex workers in Venezuela. **In J Gynaecol Obstet**. New York, v. 79, n. 1, p. 57-60, 2002.

NYGARD, J. F.; SKARE, G. B.; THORESEN, S. The cervical cancer screening programme in Norway, 1992-2000: changes in Pap smear coverage and incidence of cervical cancer. **Journal of Medical Screening**, London, v. 9, n. 2, p. 86-91, 2002.

NYGARD, M.; DALTVEIT, A. K; THORESEN, S. O; NYGARD, J. F. Effect of an antepartum Pap smear on the coverage of a cervical cancer screening programme: a population-based prospective study. **BMC Health Services Research**, London, v.23, n. 7, p.10-18, 2007.

OLIVEIRA, A. F.; CUNHA, C. L. F.; VIÉGAS, I. F.; FIGUEIREDO, I. S.; BRITO, L. M. O.; CHEIN, M. B. C. Estudo sobre a adesão ao exame citopatológico de Papanicolaou em um grupo de mulheres. **Revista Pesquisa em Saúde**, São Luis, v.11, n. 1, p. 32-37, 2010.

OLIVEIRA, M.M. **A Prevenção do Câncer do Colo do Útero, no contexto da Estratégia Saúde da Família, da Área Básica da Distrital-Oeste/Sumarezinho, do município de Ribeirão Preto-SP.** 2003. 151f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Nota de orientação da OPAS/OMS:** prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres. Washington, DC: OPAS, 2013.

OPS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Mundial de la Salud. **Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la prevención y el Control del Cancer de Cuello Uterino.** Asunción, OPS, 2010.

ORTIZ, A. P; HEBL, S.; SERRANO, R.; FERNANDEZ, M. E; SUÁREZ, E.; TORTOLERO-LUNA, G. Factors associated with cervical cancer screening in Puerto Rico. **Preventive Chronic Disease**, Atlanta, v.7, n. 3, 2010.

OSIS, M.J.M.D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, sup 1, p. 25-32, 1998.

ÖSTOR, A.G. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. **Int J Gynecol Pathol**, New York, v.12, n. 2, p. 186-192, apr 1993.

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

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION – PAHO. **Cervical Cancer Prevention and Control Programs:** A rapid assessment in 12 countries of Latin America. Washington, D.C., 2010.

Papanicolaou em Manaus, Amazonas. 2009, 96 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

PAPANICOLAOU, G. N. **Atlas of Exfoliative Cytology.** Cambridge, MA: Harvard University Press, 1954.

PARKIN, D.M.; BRAY, F.; FERLAY, J.; PISANI, P. Global Cancer Statistics, 2002. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, New York, v. 55, n. 2, p. 74-108, marc-apr 2005.

PETO, J.; GILHAM, C.; FLETCHER, O.; MATTHEWS, F.E. The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK. **Lancet**, London, 364, n. 9430, p. 249–56, 2004.

PIMENTEL, A. V. **A percepção da vulnerabilidade à doença, entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero.** 2010, 67f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Universidade de São Paulo.

PINHO, A. A. **Fatores Associados à Realização do Teste Papanicolaou entre Mulheres em Idade Reprodutiva no Município de São Paulo.** 2002, 225f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

PINHO, A.A.; FRANÇA JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo de útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n.1, p.95-112, 2003.

PINHO, M.C.V. **Avaliação do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Londrina – PR.** 2005, 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013.** Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2013.

PRO-ONCO. Consenso Periodicidade e Faixa Etária no Exame de prevenção do Câncer Cérvico-Uterino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 35, p. 59-77, 1989.

QUADROS, C. A. T; VICTORA, C. G.; COSTA, J. S. D. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.16, n. 4, p. 223-232, 2004.

QUINN, M.; BABB, P.; JONES, J. Effect of screening on incidence and mortality from cancer of the cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. **British Medical Journal**, London, v.318, n. 7188, p. 904–8, apr1999.

RANCHO, D.; VARGAS, V.R.A. Análise da prática e atitude sobre o exame preventivo de câncer de colo de útero em uma comunidade universitária. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 259-263, 2007.

RIECK, G.C.; TRISTRAM, A.; HAUKE, A.; FIELDER, H.; FIANDER, A.N. Cervical screening in 20-24-year olds. **Journal of Medical Screening**, London, v. 13, n. 2, p. 64-71, 2006.

ROLAND, K. B.; BENARD, V. B.; SOMAN, A.; BREEN, N.; KEPKA, D.; SARAIYA, M. Cervical Cancer Screening Among Young Adult Women in the United States. **Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention**. Boston, v. 22, n. 4, p. 580-588, 2013.

ROSSI P. H.; LIPSEY, M. W; FREEMAN, H. E. Assessing and monitoring program process. In: Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE, editors. Evaluation, a systematic approach. **Sage Publications**, Beverly Hills, p. 169-201, 2004.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N.A. *Epidemiologia e Saúde*. 6a ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SABATES, R.; FEINSTEIN, L., The role of education in the uptake of preventive health care: the case of cervical screening in Britain. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 62, n. 12, p. 2998–3010, jan 2006.

SAFAEIAN, M; SOLOMON, D. Cervical cancer prevention – cervical screening: science in evolution. **Obstetrics and gynecology clinics of North America**, Philadelphia, v. 34, n. 4, p. 739-760, 2007.

SANJOSE, S; CORTÉS, X.; MENDES, C.; PUIG-TINTORE, L.; TORNÉ, A.; ROURA, E.; BOSCH, F. X.; CASTELLSAGUE, X. Age at sexual initiation and number of sexual partners in the female Spanish population: Results from the AFRODITA survey. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, Ireland, v. 140, n. 2, p. 234–240, 2008.

SASLOW, D.; CASTLE, P .E.; COX, J. T.; DAVEY, D. D.; EINSTEIN, M. H.; FERRIS, D. G.; GOLDIE, S. J. et al. American Cancer Society Guideline for human papillomavirus (HPV) vaccine use to pre- vent cervical cancer and its precursors. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, New York, v. 57, n. 1, p. 7-28, jan-feb 2007.

SASLOW, D.; SOLOMON, D.; LAWSON, H. W.; KILLACKEY, M.; KULASINGAM, S. L.; CAIN, J.; GARCIA, F. A. et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, New York, v. 62, n. 3, p. 147-172, may-jun 2012.

SAWAYA, G. F.; MCCONNELL, K. J.; KULASINGAM, S. L.;LAWSON, H.W.; KERLIKOWSKE, M. D.; MELNIKOW, J. et al. Risk of cervical cancer associated with extending the interval between cervical-cancer screenings. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 349, n. 16, p.1501-1509, oct 2003.

SCHLECHT, N.F.; KULAGA, S.; ROBITAILLE, J.; FERREIRA, S.; SANTOS, M.; MIYAMURA, R.A.; DUARTE-FRANCO, E.; ROHAN, T.E.; FERENCZY, A.; SASIENI, P.D. Persistent human papillomavirus infection as a predictor of cervical intraepithelial neoplasia. **JAMA**, Chicago, v. 286, n. 24, p. 3106-3114, dec 2001.

SCHNEIDER, V.; HENRY, M.R.; JIMENEZ-AYALA, M.; TURNBULL, L.S.; WRIGHT, T.C. Cervical cancer screening, screening errors and reporting. **Acta Cytologica**, Chicago, v. 45, n. 4, p. 493-498, jul-aug 2001.

SEGRI, N. J. **Comparação entre moradores com e sem telefone fixo no domicílio, entrevistados em inquérito domiciliar de saúde.** São Paulo – 2003. 2008, 111f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SEGRI, N. J.; FRANCISCO, P. M. S.; ALVES, M. C. G. P.; BARROS, M. B. A.; CESAR, C. L. G.; GOLDBAUM, M.; MALTA, D. C. Práticas preventivas de detecção de câncer em mulheres: comparação das estimativas dos inquéritos de saúde (ISA - Capital) e vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL - São Paulo). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, supl. 1, p. 31-34, 2011.

SHAH, M.; ZHU, K.; WU, H.; POTTER, J. Hispanic acculturation and utilization of cervical cancer screening in the US. **Preventive Medicine**, Baltimore, v. 42, n. 2, p. 146-149, 2006.

SHANNON, J.; THOMAS, D.B.; RAY, R.M.; KESTIN, M.; KOETSAWANG, A.; KOETSAWANG, S.; CHITNARONG, K.; KIVIAT, N.; KUYPERS, J. Dietary risk factors for invasive and in-situ cervical carcinomas in Bangkok, Thailand. **Cancer Causes Control**, Oxford, v. 13, n. 8, p. 691-699, oct 2002.

SILVA, D.W.; ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; TURINI, B.; SCHNECK, C.A.; LOPES, M.L.S. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 24-31, jan 2006.

SILVA, G. A.; GIRIANELLI, V. R.; GAMARRA, C. J. BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Cervical cancer mortality trends in Brazil, 1981-2006. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.12, p.2399-2407, dez, 2010.

SILVEIRA, P.G; PESSINI, S. A. **Câncer do colo do útero: lesões precursoras.** IN: HALBE H W. Tratado de Ginecologia. 3a ed. São Paulo: Roca; p. 2128-48, 2000.

SIMOU, E.; MANIADAKIS, N.; PALLIS, A.; FOUNDOULAKIS, E.; KOURLABA, G. Factors Associated with the Use of Pap Smear Testing in Greece. **Journal Womens Health**, Larchmont, v. 19, n. 8, p. 1577-1585, 2010.

SKINNER, S. R; GARLAND, S. M; STANLEY, M. A; PITTS, M; QUINN, M. A. Human papillomavirus vaccination for the prevention of cervical neoplasia: is it appropriate to vaccinate women older than 26?. **The Medical Journal of Australia**, Sydney, v. 188, n. 4, p. 238-242, aust 2008.

SMITH, A. M. A.; HEYWOOD, W. B.A.; RYALL, R. B.; SHELLEY, J. M.; PITTS, J. M.; RICHTERS, J.; SIMPSON, J. M.; KENT, P. Association Between Sexual Behavior and Cervical Cancer Screening. **Journal of Womens Health**, New York, v. 20, n. 7, p. 1091-1096, jul 2011.

SMITH, J. S.; BREWER, N.T.; SASLOW, D.; ALEXANDER, K.; CHERNOFSKY, M.R.; CROSBY, R.; DERTING, L. et al. Recommendations for a national agenda to substantially reduce cervical cancer. **Cancer Causes Control**, Oxford, v. 24, n. 8, p.1583–1593, aug 2013.

SOBERON G. La extensión de cobertura de los servicios de salud. **Gac. Méd.**, México, v.124, p.163-75, 1998.

SPENCE, A.R.; GOGGIN, P.; FRANCO, E.L. Process of care failures in invasive cervical cancer: Systematic review and meta-analysis. **Preventive Medicine**, Baltimore, v. 45, n. 2, p. 93–106, 2007.

STANLEY, M. Immune responses to human papillomavirus. **Vaccine**, Amsterdam, v. 24, supl. 1, p.16-S22, 2006.

STRATON, J.A.; HOLMAN, C.D.; EDWARDS, B.M. Cervical cancer screening in Western Australia in 1992: Progress since 1983. **The Medical Journal of Australia**, Sydney, v.159, n.10, p. 657- 661, nov 1993.

STUDTS, C. R.; TARASENKO, Y. N.; SCHOENBERG, N. E. Barriers to Cervical Cancer Screening Among Middle-Aged and Older Rural Appalachian Women. **Journal of Community Health**, New York, v. 38, p. 500–512, jun 2013.

SZWARCWALD, C.L.; VIACAVA, F.; VASCONCELLOS, M.T.L.; LEAL, M.C.; AZEVEDO, L.O.; QUEIROZ, R.S.B.; CARVALHO, M.F.; SOUZA JÚNIOR, P.R.B.; GAMA, S.G.N.; FONSECA, M.G. Pesquisa Mundial de Saúde - 2003: O Brasil em números. **RADIS**, n. 23, p. 14-33, 2004.

TAVARES, C.M.A. **A atuação da enfermeira: uma contribuição para a prevenção do câncer ginecológico**. 2006. 269f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

TAVARES, S. B. N.; AMARAL, R. G.; MANRIQUE, E. J. C.; SOUSA, N. L. A.; ALBUQUERQUE, Z. B. P.; ZEFERINO, L. C. Controle da Qualidade em Citopatologia Cervical: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 355-364, 2007.

TELLES, M. A. F.; ALENCAR, L. C. E.; PRAZERES, M. L. D.; ARAÚJO, E. C. Conhecimento de mulheres em idade fértil sobre a importância do Papanicolau. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v.2, n.1, p. 103-111, 2008.

TRAUT, H. F.; PAPANICOLAOU, G. N. Cancer of the Uterus: The Vaginal Smear in Its Diagnosis. **California and Western Medicine**, San Francisco, v. 59, n. 2, p. 121-122, aug 1943.

TROTTIER, H.; FRANCO, E. L. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. **Vaccine**, Amsterdam, v. 24, supl. 1, p.1-15, mar 2006.

TUNG, W.C; LU, M.; COOK, D. Papanicolaou screening in Taiwan: perceived barriers and self-efficacy. **Health Care Women International**, Washington, v.31, n. 5, p. 421–434, may 2010.

TUON, F. F. B.; BITTENCOURT, M. S.; PANICHI, M. A.; PINTO, A. P. Avaliação da sensibilidade e especificidade dos exames citopatológico e colposcópico em relação ao exame histológico na identificação de lesões intra-epiteliais cervicais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 140-144, 2002.

UNITED NATIONS. **Report of the Fourth World Conference on Women**. Beijing, China, 4-15 September, 1995. Disponível em: <<http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/off/a-20.en>> Acesso em: 14 fev. 2009.

UNIVERSITY OF WASHINGTON. Institute for Health and Evaluation. **The challenge ahead: progress and setbacks in breast and cervical cancer**. Seattle: IHME; 2011.

VALE, D. B. A. P.; MORAIS, S. S.; PIMENTA, A. L.; ZEFERINO, L. C. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 383-390, 2010.

VALENTE, C. A.; ANDRADE, V.; SOARES, M. B. O.; SILVA, S. R. Conhecimento de mulheres sobre o exame de Papanicolaou. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, 2009.

VAN DER AA, M.; PUKKLA, E.; COEBERGH, J.W.; ANTILA, A.; SIESLING, S. Mass screening programmes and trends in cervical cancer in Finland and the Netherlands. **International Journal of Cancer**, Genève, v. 122, n. 8, p. 1854-1858, apr 2008.

VASCONCELOS, C. T. M.; PINHEIRO, A. K. B.; CASTELO, A. R. P.; COSTA, L. Q.; OLIVEIRA, R.G. Conhecimento, atitude e prática relacionada ao exame colpocitológico entre usuárias de uma unidade básica de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, jan-feb 2011.

VISCIDI, R. P.; SCHIFFMAN, M.; HILDESHEIM, A.; HERRERO, R.; CASTLE, P. E.; BRATTI, M. C.; RODRIGUEZ, A. C.; SHERMAN, M. E.; WANG, S.; CLAYMAN, B.; BURK, R. D. Seroreactivity to human papillomavirus (HPV) types 16, 18, or 31 and risk of subsequent HPV infection: results from a population-based study in Costa Rica. **Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention** Philadelphia, v.13, n. 2, p. 324-327, feb 2004.

WALBOOMERS, J.M.; JACOBS, M. V; MANOS, M. M.; BOSCH, F. X.; KUMMER, J. A.; SHAH, K. V.; SNIJDERS, P. J.; PETO, J.; MEIJER, C. J.; SASLOW, D.; CASTLE, P. E.; COX, J.T.; DAVEY, D. D.;EINSTEIN, M. H.; FERRIS, D.G. et al. American Cancer Society Guideline for human papillomavirus (HPV) vaccine use to prevent cervical cancer and its precursors. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, New York, v. 57, n. 1, p. 7–28, 2007.

WALBOOMERS, J.M.; JACOBS, M.V; MANOS, M.M; BOSCH, F.X.; KUMMER, J.A.; SHAH, K.V.; SNIJDERS, P.J; PETO, J.; MEIJER, C.J.; MUNOZ, N. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. The **Journal of Pathology**, London, v.189, n.1, p. 12–19, sep 1999.

WALDMAN, E. A.; NOVAES, H. M. D.; ALBUQUERQUE, M. F. M.; LATORRE, M. R. D. O.; RIBEIRO, M. C. S. A.; VASCONCELLOS, M. et al. Inquéritos populacionais: aspectos metodológicos, operacionais e éticos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, supl.1, p.168-79, maio 2008.

WELLENSEK, N.; MOODLEY, M.; MOODLEY, J.; NKWANYANA, N. Knowledge of cervical cancer screening and use of cervical screening facilities among women from various socioeconomic backgrounds in Durban, Kwazulu Natal, South Africa. **International Journal of Gynecological Cancer**, Cambridge, v.12, n. 4, p. 376-382, jul-aug 2002.

WILCOX, L.S.; MOSHER, W.D. Factors associated with obtaining health screening among women of reproductive age. **Public Health Reports**, Hyattsville, v. 108, n. 1, p.76-86, jan-feb 1993.

WILLIAMS-BRENNAN, L.; GASTALDO, D; COLE, D. C; PASZAT, L. Social determinants of health associated with cervical cancer screening among women living in developing countries: a scoping review. **Arch Gynecol Obstet**, München, v. 286, n. 6, p. 1487–1505, dec 2012.

WOODMAN, C. B., COLLINS, S. I.; YOUNG, L. S. The natural history of cervical HPV infection: unresolved issues. **Nature Reviews Cancer**, London, v. 7, n. 1, p. 11-22, jan 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice**. Geneva: WHO; 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Manual on the prevention and control of common cancers**. Geneva: World Health Organization; 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines**. 2º ed. Geneva, 2002.

WU, X.; GROVES, F. D.; MCLAUGHLIN, C. C.; JEMAL, A.; MARTIN, J.; CHEN, V. W. Cancer incidence patterns among adolescents and young adults in the United States. **Cancer Causes and Control**, Oxford, v. 16, n. 3, p. 309-320, apr 2005

ZEFERINO, L. C. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo o útero. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 213-215, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Treinamento destinado aos entrevistadores da pesquisa:

**CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: COBERTURA DO EXAME PAPANICOLAOU NO
MUNICÍPIO DE MANAUS, AMAZONAS**

MANUAL DO ENTREVISTADOR

2010

INTRODUÇÃO

O manual dos entrevistadores foi desenvolvido com objetivo de fornecer as instruções básicas a serem seguidas pelos entrevistadores para a execução correta do trabalho de campo, a fim de realizar uma coleta de dados de boa qualidade. O manual contém as formas de abordagem, como iniciar um contato para realizar a entrevista, como utilizar e preencher o questionário.

Os procedimentos descritos neste manual visam padronizar a forma de aplicação dos questionários e servirão como guia para solução de problemas e/ou dúvidas que possam ocorrer durante as entrevistas.

A PESQUISA

Trata-se de um estudo de corte transversal em que se pretende obter informações sobre a cobertura do exame Papanicolaou no município de Manaus, a fim de contribuir para o esclarecimento do quadro epidemiológico do CCU, subsidiando ações para a reorganização do serviço de assistência à saúde da mulher.

OBJETIVOS DA PESQUISA

GERAL

Estimar a cobertura do exame Papanicolaou no município de Manaus em mulheres com idade de 25 a 59 anos.

ESPECÍFICOS

- Verificar a taxa de realização do Papanicolaou nos últimos três anos e alguma vez na vida
- Identificar a periodicidade de realização do exame Papanicolaou
- Descrever o perfil das mulheres que realizam o exame

CRONOGRAMA E ORGANIZAÇÃO PARA TRABALHO DE CAMPO

- ✓ Data prevista para o início das entrevistas: 04/2011
- ✓ Data prevista para o término das entrevistas: 07/2011
- ✓ As entrevistas serão domiciliares
- ✓ Cada entrevistadora terá 110 entrevistas.
- ✓ Os formulários deverão ser entregues semanalmente, durante os encontros.

- ✓ Uma vez por semana será realizado encontro para serem discutidos os problemas, dúvidas e intercorrências e para entrega dos formulários.
- ✓ Serão checados 20% do total de domicílios visitados por cada entrevistador, sorteados de forma aleatória, como forma de verificar o trabalho dos entrevistadores.
- ✓ O pagamento pelas entrevistas ocorrerá somente ao final de cada mês. Caso a entrevistadora abandone a pesquisa antes de completar as entrevistas, serão pagas apenas aquelas que foram realizadas.

PÚBLICO ALVO

O nosso público alvo são as mulheres, com idade entre de 25 a 59 anos, que denominaremos “elegíveis”, selecionadas dentre todas as mulheres residentes no município de Manaus e que devem responder o formulário completo. Em cada domicílio será entrevistada apenas uma mulher, e, caso haja mais de uma mulher elegível no domicílio sorteado, uma mulher será selecionada aleatoriamente por meio de sorteio.

O PAPEL DO ENTREVISTADOR

O trabalho do entrevistador é fundamental para o estudo, e a qualidade do seu trabalho determinará em grande parte a qualidade de estudo. É importante que você leia cuidadosamente todas as instruções apresentadas neste manual junto com o formulário e note qualquer dúvida que possa ter.

São qualidades fundamentais de um bom entrevistador:

- ✓ Sensibilidade
- ✓ Estabelecer bom relacionamento
- ✓ Postura neutra
- ✓ Linguagem clara
- ✓ Letra legível
- ✓ Precisão ao registrar as respostas
- ✓ Deixar o entrevistado satisfeito

TREINAMENTO DO ENTREVISTADOR

Seu treinamento como entrevistador é muito importante para o êxito da pesquisa, e consistirá de aulas teóricas e práticas. Será feita uma “entrevista demonstração”, na qual você assistirá a uma entrevista previamente preparada. Durante o treinamento, serão discutidas as seções do formulário e cada uma das perguntas e suas instruções. O treinamento também

incluirá prática de campo, e você terá que fazer entrevistas e revisar as de suas colegas do mesmo modo como será feito com as suas.

A ENTREVISTA

A seguir apresentaremos informações gerais sobre como abordar a mulher e entrevistar:

- ✓ Procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Não coma ou beba durante a entrevista.
- ✓ Use sempre o crachá de identificação. Se necessário mostre a carta de apresentação. Lembre à pessoa, que ela tem o telefone dos pesquisadores na carta que lhe foi enviada pelo correio comunicando a realização da pesquisa. Forneça-a novamente se esta lhe solicitar ou não souber onde colocou a carta.
- ✓ Trate as entrevistadas por senhora, sempre com respeito. Só mude este tratamento se o próprio pedir para ser tratado de outra forma.
- ✓ No primeiro contato deixe logo claro que você faz parte de uma pesquisa da Universidade de São Paulo, e que quer apenas conversar, ressaltando que você não quer vender nada.
- ✓ Seja sempre gentil e educado, pois as pessoas não têm obrigação de recebê-lo.
- ✓ Explique a importância da participação da entrevistada.
- ✓ Explique à mulher que ela foi selecionada ao acaso (por sorteio) dentre as mulheres residentes no município de Manaus.
- ✓ Quando houver recusa, falar da importância da pesquisa e sobre o sigilo das informações coletadas, conforme consta no termo de consentimento.
- ✓ Em caso de recusa, anotar na folha de domicílio, e passe a informação para seu supervisor.
- ✓ Diga o tempo de duração da entrevista.

- ✓ Lembre-se que a participação é voluntária e recusas devem ser respeitadas.
- ✓ Durante a entrevista, de vez em quando, faça referência ao nome da entrevistada. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse do entrevistado. Por exemplo: “Dona Maria, agora vamos falar sobre...” e não simplesmente “Agora vamos falar sobre...”.
- ✓ Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas. Lembre-se que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar na resposta. A postura do entrevistador deve ser sempre neutra em relação às respostas.
- ✓ Leia as perguntas para a entrevistada. Inicialmente, não tente melhorar a forma de perguntar e repita a questão, se necessário. Só depois disto você deve explicar o que quer saber com aquela pergunta.
- ✓ ENTRE EM CONTATO COM SEU SUPERVISOR SEMPRE QUE TIVER DÚVIDAS.
- ✓ Seja sempre pontual nas entrevistas agendadas.
- ✓ Procure realizar a entrevista em local seguro e restrito, longe de outras pessoas que possam influenciar nas respostas.
- ✓ Caso a mulher selecionada não esteja no domicílio, serão realizadas até três tentativas, em dias e horários diferentes, a fim de aumentar a possibilidade da entrevistada ser encontrada em sua residência. As mulheres que não forem encontradas até a terceira visita serão substituídas.
- ✓ Não saia de casa sem ter material suficiente para o trabalho a ser realizado no dia, sempre com alguma folga para possíveis eventos desfavoráveis.
- ✓ Mantenha à mão o seu Manual de Instruções e o consulte se necessário, durante a entrevista.

TÉCNICAS DE ENTREVISTA

Durante as entrevistas, alguns pontos devem ser considerados:

- ✓ Ler claramente as questões do formulário e não falar baixo.
- ✓ Fazer as perguntas exatamente como estão escritas e na ordem do formulário, evitando acrescentar suas palavras.
- ✓ Cuidar bem dos formulários. Usar sempre a prancheta na hora de preencher as respostas.
- ✓ Ficar diante da entrevistada em posição de modo que ela não possa ler o formulário e nem o que está sendo anotado.
- ✓ As letras e números devem ser escritos de maneira legível, sem deixar margem para dúvidas.
- ✓ Nunca deixar nenhuma resposta em branco, a não ser as dos pulos indicados no formulário. *Lembre-se que, no caso de uma pergunta sem resposta, você terá que voltar ao local da entrevista.*
- ✓ Não usar abreviações ou siglas, a não ser que tenham sido fornecidas pelo manual.
- ✓ Nunca passar para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessário, peça para que se repita a resposta. Não registre a resposta se não estiver absolutamente seguro de ter entendido o que foi dito pela entrevistada.
- ✓ Prestar atenção para não pular nenhuma pergunta. Ao final de cada página do questionário, procure verificar se todas as perguntas da página foram respondidas.
- ✓ Nunca confiar em sua memória, não deixar para registrar a informação depois da entrevista.

- ✓ Não encerrar a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher. Quando você tiver dúvida sobre a resposta, tentar esclarecer com a entrevistada.
- ✓ Escrever tudo o que você acha que seja importante para resolver qualquer dúvida. Na hora de discutir com o supervisor, estas anotações são muito importantes.
- ✓ As instruções nos questionários que estão em MAIÚSCULAS servem apenas para orientar a entrevistadora, não devendo ser lidas para o entrevistado.
- ✓ Caso a resposta seja “OUTRO”, especificar o que foi respondido no espaço reservado, segundo as palavras do informante.

O FIM DA ENTREVISTA

- ✓ Examinar todas as folhas do formulário e certificar-se de que todas as questões foram preenchidas.
- ✓ Agradecer pela participação e pelo tempo que a entrevistada lhe dedicou e reforçar sobre o sigilo da pesquisa.

INSTRUÇÕES SOBRE O FORMULÁRIO

É imprescindível que sua letra seja legível, sem deixar margem para dúvidas.

Para preencher o formulário use sempre caneta. As respostas devem ser anotadas diretamente no formulário, na hora em que forem obtidas. Não confie na sua memória!

Para preencher o questionário, faça um “X” sobre o quadradinho correto. No caso de errar ao marcar o quadradinho, faça um traço na resposta errada e marque com um X o quadradinho certo, coloque suas iniciais e a data da modificação ao lado do item rasurado.

Nas questões “outro”, faça um “X” e escreva textualmente a resposta nos espaços correspondentes. Se errar ao anotar a resposta, passe um traço sobre o que estiver errado, escreva a resposta correta e coloque suas iniciais e a data da modificação ao lado do item rasurado.

Se em alguma pergunta a entrevistada não lembrar de algum dado, peça para ela estimar a informação, e anote que DADO ESTIMADO. Se a mulher se negar a responder uma pergunta, escreva RECUSA frente à questão.

Ao iniciar a entrevista, escreva seu nome e data e hora da entrevista.

ASPECTOS ESPECÍFICOS SOBRE O FORMULÁRIO

O formulário é composto por:

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Inicie as perguntas explicando às entrevistadas que você quer saber dela alguns dados pessoais como estado civil, escolaridade e outros. Assegure que as informações fornecidas por ela são confidenciais.

A seguir, estão as instruções para cada pergunta:

Qual é o seu nome?

Anotar o nome completo da entrevistada, sem abreviações.

Qual a sua idade?

Escreva a idade que a mulher completou no seu último aniversário.

Qual a sua cor?

Observe a cor da pele da entrevistada e marque uma das opções.

Qual a sua ocupação?

Será definido pelo trabalho exercido pela entrevistada. Marque uma das opções presentes no formulário ou, se necessário, especifique.

Qual o grau de instrução da senhora?

Leia as alternativas para a entrevistada e marque a resposta.

QUESTÕES RELACIONADAS AO EXAME PAPANICOLAOU

Quando entrar nesta parte do formulário explique que agora você vai fazer perguntas sobre o exame preventivo, também chamado exame de Papanicolaou.

A senhora sabe o que é o exame de Papanicolaou?

Se a mulher responder que o exame é realizado para detectar o câncer do colo do útero/ou para diagnóstico de problemas que podem levar ao câncer do colo do útero, marque a opção acertou, caso contrário marque errou. Se a mulher acertar pule para questão 11. Se a mulher errou informe a finalidade do exame e continue com as perguntas.

A senhora já escutou falar sobre o exame de Papanicolaou?

Após explicar o que é o exame pergunte para a mulher se ela já ouviu falar sobre o exame, independente de quem falou, e marque a resposta da entrevistada. Se for a primeira vez pule para questão 13, se não continue.

Onde a senhora ouviu falar do Papanicolaou?

Nesta questão queremos saber onde a mulher recebeu informações sobre o Papanicolaou. As opções devem ser lidas para a entrevistada e anote a resposta.

A senhora já fez o exame de Papanicolaou?

Pergunte para a mulher se alguma vez na vida ela já realizou o Papanicolaou. Se a resposta for sim pule para questão 16, se não faça a questão 14, 22, 27 e vá para 41.

Porque a senhora não fez o exame?

Caso a mulher não tenha feito o exame, pergunte por que motivo ela não fez o exame. Leia todas as alternativas para a entrevistada e marque a resposta. Caso seja outro motivo especificar.

Quantos anos a senhora tinha quando fez o exame Papanicolaou pela primeira vez?

Nesta questão queremos saber qual a idade da entrevistada quando ela realizou o primeiro exame. As opções devem ser lidas para a entrevistada e anote a resposta.

Por que motivo a senhora fez o Papanicolaou pela primeira vez?

Nesta questão queremos saber qual foi o motivo que levou a entrevista a realizar o primeiro Papanicolaou. Leia as alternativas para a entrevistada, e marque a opção que a mulher referir. Caso seja outro motivo especificar.

Algum profissional de saúde (médico/enfermeiro) falou para senhora sobre o exame de Papanicolaou sem que a senhora tenha perguntado?

Marque a opção que a mulher referir.

Com que frequência a senhora realiza o exame Papanicolaou?

Nesta questão queremos saber qual a frequência que a entrevistada realiza o Papanicolaou. As opções devem ser lidas para a entrevistada e anote a resposta correspondente.

Com que frequência a senhora realiza consultas ginecológicas?

Anote a resposta correspondente.

Quando a senhora faz o exame de Papanicolaou?

Pergunte para a entrevistada qual o motivo para ela realizar o exame. Leia as alternativas e marque a opção que a mulher referir. Caso seja outro especificar.

Poderia dizer aproximadamente quantas vezes a senhora já fez o Papanicolaou na sua vida?

Nesta questão queremos saber quantos exames a entrevista fez ao longo da vida. Lembre-se que é a soma de exames. Marque a alternativa correspondente.

Quantos exames preventivos a senhora fez nos últimos 12 meses?

Pergunte para a entrevistada o quantos exames ela fez nos últimos 12 meses. Lembre-se que é a soma total de exames. Anote o número que a mulher referir.

A senhora já teve alguma doença como verrugas genitais, HPV, herpes genital, sífilis?

Nesta pergunta queremos saber se a entrevistada já teve alguma infecção sexualmente transmissível ao longo da vida, como o HPV. Marque a resposta que a entrevistada referir.

Porque motivo a senhora realizou o ultimo Papanicolaou?

Marque a alternativa correspondente. Caso seja outro especificar.

Quando a senhora realizou o ultimo exame?

Escreva o mês e o ano que a entrevistada referir.

Em que tipo de serviço de saúde a senhora realiza o exame?

Pergunte para a entrevistada se ela realizou o exame em serviço de saúde público ou privado, e anote a resposta.

A senhora teve alguma dificuldade para fazer o exame? Qual a dificuldade que a senhora teve?

Pergunte para a entrevista se ela teve alguma dificuldade para realizar o Papanicolaou, independente de qual. Marque a resposta. Caso a entrevistada tenha tido alguma dificuldade para realizar o exame, pergunte qual foi, lendo as alternativas, se outro especificar. Marque a opção correspondente.

A senhora precisou repetir o último exame?

Nesta questão queremos saber se foi necessário a entrevistada repetir o último exame que ela realizou. Marque a resposta.

A senhora foi buscar o resultado do seu último exame?

Pergunte para a entrevistada se ela recebeu o resultado do último exame que realizou. Marque a resposta.

A senhora ficou sabendo qual foi a resultado do último exame que realizou?

Nesta questão queremos saber se tem conhecimento do resultado do seu último exame. Marque a opção que a mulher referir.

Qual foi o resultado do exame?

Leia as opções e marque a que a mulher referir.

Foi indicado algum tratamento depois que a senhora realizou o Papanicolaou?

Pergunte para a entrevistada se após a realização do exame, o médico indicou algum tratamento. Marque a resposta. Se a resposta for não pule para questão 41. Se sim continue.

A senhora realizou o tratamento indicado?

Caso tenha sido indicado tratamento, pergunte se a entrevistada realizou este tratamento.

Por que a senhora não realizou o tratamento?

Nesta questão queremos saber se caso tenha sido indicado tratamento por que razão ela não realizou o tratamento que foi indicado. Anote a resposta.

QUESTÕES SEXUAIS E REPRODUTIVAS

Quando entrar nesta parte do formulário diga: Agora vamos falar sobre algumas questões de sua vida sexual e gravidez. Estas perguntas podem envergonhar algumas mulheres. Você deve manter uma postura séria.

Com quantos anos a senhora teve sua primeira relação sexual?

Nesta questão, devemos perguntar que idade tinha a entrevistada em sua primeira relação sexual (sexo com penetração vaginal). Leia as alternativas para a entrevistada e marque a resposta que ela referir.

Qual seu estado conjugal?

Marque a resposta da entrevistada, lendo todas as alternativas.

Quantos parceiros a senhora teve em toda sua vida?

Nesta questão queremos saber a soma total de parceiros que a mulher teve durante toda a sua vida. Anote o número que a mulher referir.

Quantos parceiros a senhora teve nos últimos 12 meses?

Anote o número que a mulher referir.

A senhora tem relações sexuais todos os meses?

Marque a resposta que ela referir.

Quantas gestações a senhora teve?

Pergunte o número de gravidezes que a entrevistada teve ao longo da vida, inclusive a gravidez atual e anote o número que a mulher referir.

A senhora usa métodos contraceptivos?

Marque a resposta que ela referir. Se a resposta for não pule para questão 50 se for sim continue.

Qual o método contraceptivo que a senhora usa?

Nesta questão queremos saber se a entrevistada usou preservativo e/ou outros métodos. Leia as alternativas para a entrevistada. Se a mulher usou mais de um método contraceptivo marque todos que ela referir.

Há quanto tempo a senhora usa método contraceptivo?

Anote o número que a mulher referir.

A senhora fuma ou já fumou?

Se parou de fumar há menos de um mês, considere como fumante. Marque a resposta que ela referir.

A senhora tem ou já teve câncer do colo do útero?

Marque a resposta que ela referir.

TABELA BRASIL

Quando entrar nesta parte do formulário diga que agora você vai fazer algumas perguntas sobre para uma classificação socioeconômica.

Até que série o chefe da família estudou?

Leia as alternativas e Marque a resposta que ela referir.

A senhora possui algum desses itens em sua casa? Quantos?

Leia todos os itens e marque na tabela quantos destes itens ela possui.

Qual foi a última vez que a senhora teve relações sexuais?

Nesta questão queremos saber quando foi a última vez que a entrevistada teve relação sexual com penetração, independente de relação de namoro. Deixe claro que estamos falando da última relação não importa com que parceiro tenha sido. Leia as alternativas e assinale a que a entrevistada responder.

Qual a renda da família?

Some todos os ganhos das pessoas que residem e contribuem para o orçamento da família.

CADASTRO DA ENTREVISTADA

- Preencha o nome e sobre nome da entrevistada.
- Pergunte se a mulher possui telefone residencial fixo. Deixe claro que não é telefone celular. Anote o número do telefone residencial da entrevistada.
- Anote também o telefone celular.
- Anote o endereço da entrevistada completo.

- ✓ Finalize agradecendo pela participação e pelo tempo que a entrevistada lhe dedicou e reforce sobre o sigilo da pesquisa.

APÊNDICE B

DADOS DE CONTROLE	FILTRO : REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAOU
1. Pesquisador(a): <input type="text"/> <i>Nome e sobrenome</i>	13. A Senhora já fez o Exame Papanicolaou? (ESPONTÂNEA e ÚNICA) ☐ Sim (PULE PARA 16) ☐ Não (FAÇA A 14, FAÇA A 22, FAÇA A 27 e VÁ PARA A 41) <i>O exame papanicolaou pode ter sido feito inclusive com mulheres virgens</i>
2. Data da Coleta: <input type="text"/>	14. Porque a senhora ainda não fez esse exame? (ESPONTÂNEA e MÚLTIPLA) ☐ O serviço de saúde é muito distante ☐ O médico não pediu ☐ Não está doente, não sente nada ☐ Não tem com quem deixar os filhos ☐ Por falta de dinheiro ☐ Problemas de transporte ☐ Longo período de espera para ser atendida ☐ Não tinha vaga ☐ Não teve tempo, pois trabalha o dia todo ☐ Por Medo/Vergonha ☐ Não gosta de fazer ☐ Por descuido ☐ Outro
3. Hora de Início: <input type="text"/>	15. Se 'Outro', defina: <input type="text"/>
FILTRO DA PESQUISA	PRIMEIRO EXAME PAPANICOLAOU
4. Qual a sua idade (em anos completos)? <input type="text"/> <i>SE MENOR DE 25 ENCFERE ENTREVISTA</i> <i>SE MAIOR DE 50 ENCFERE ENTREVISTA</i>	16. Quantos anos a senhora tinha quando fez o exame Papanicolaou pela primeira vez? (ESPONTÂNEA) <input type="text"/>
DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS <i>Apenas para análises estatísticas, vou lhe perguntar alguns dados pessoais.</i>	17. Por qual motivo a senhora fez o Papanicolaou pela primeira vez? (ESPONTÂNEA e MÚLTIPLA) ☐ Procurou espontaneamente o serviço de saúde para fazer o exame ☐ Presença de queixas ginecológicas ☐ Controle pré-natal/planejamento familiar ☐ Recomendação médica (exame de rotina) ☐ Outro <i>PESQUISADOR: ESTIMULE SE NECESSÁRIO.</i>
5. A Senhora se considera...? (LER ALTERNATIVAS) ☐ Branca ☐ Parda ☐ Preta ☐ Oriental ☐ Indígena	18. Se 'Outro', defina: <input type="text"/>
6. Por favor, qual a sua principal ocupação no momento?(ESPONTÂNEA e ÚNICA) ☐ Empresário ☐ Func. de Emp Privada ☐ Func. de Emp Pública ☐ Autônomo ☐ Profissional Liberal ☐ Estagiário ☐ Artista ☐ Funcionário(a) Doméstico ☐ Militar ☐ Aposentado/ Pensionista ☐ Outro	COMPORTAMENTO
7. Se 'Outro', defina: <input type="text"/>	19. Algum médico ou enfermeiro falou para a senhora sobre o exame de Papanicolaou, sem que a senhora tenha perguntado? (ESPONTÂNEA e ÚNICA) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não lembro
8. Qual seu grau de instrução atualmente? (ESPONTÂNEA e ÚNICA) ☐ Analfabeto/Até 3a. Série Fundamental/Até 3ª série 1º Grau ☐ Até 4a. Série Fundamental/Até 4ª série 1º Grau ☐ Fundamental completo/1º Grau completo ☐ Médio completo/2º Grau completo ☐ Superior Incompleto ☐ Superior completo	20. Com que frequência a senhora realiza este exame? (ESPONTÂNEA e ÚNICA) ☐ Só 1 vez na vida ☐ Mais de 1 vez ao ano ☐ Cada 1 ano ☐ Cada 2 anos ☐ Cada 3 anos ☐ Cada 4 anos ou + ☐ Sem tempo específico (Não tem um tempo determinado) ☐ Outro <i>PESQUISADOR: ESTIMULE SE NECESSÁRIO.</i>
9. A Sra sabe me dizer o que é o Exame Papanicolaou ou Exame Preventivo?(ESPONTÂNEA) ☐ Errou ☐ Acertou(Exame no qual o médico/enfermeiro colhe um material do colo do útero e manda p/ laboratório /ou/Exame p/ descobrir o câncer do colo do útero <i>SE ACERTOU PULE PARA 11</i>	21. Se 'Outro', defina: <input type="text"/>
CONHECIMENTO - EXAME PAPANICOLAOU	22. Com que frequência a senhora faz consultas Ginecológicas? (ESPONTÂNEA) <input type="text"/>
SE ERROU INFORME: É um exame onde o médico ou enfermeiro colhe um material do colo do útero, põe em uma lâmina e manda p/ laboratório. <i>Este exame serve para descobrir o câncer do colo do útero, conhecido também como o Exame Preventivo.</i>	
10. A sra já ouviu falar sobre este exame?(ESPONTÂNEA e ÚNICA) ☐ É a primeira vez (PULE PARA 13) ☐ Sim, já ouvi falar	
11. Como tomou conhecimento do Exame Papanicolaou pela 1ª vez? (LER ALTERNATIVAS e ÚNICA) ☐ Instituição de saúde ☐ Rádio/TV ☐ Trabalho ☐ Familiares/Amigos ☐ Igreja ☐ Escola ☐ Médico ☐ Outro	
12. Se 'Outro', defina: <input type="text"/>	

23. Quando a sra costuma fazer esse exame?(ESPONTÂNEA E ÚNICA)

- ☐ Cada vez que tem problema ginecológico
☐ Periodicamente, ainda que esteja sadia
☐ Quando o médico solicita o exame
☐ Outro (especificar)

PESQUISADOR: ESTIMULE SE NECESSÁRIO.

24. Se 'Outro', defina:

25. Quantos exames de Papanicolaou a senhora já fez até hoje? (ESPONTÂNEA e ÚNICA)

26. Quantos exames preventivos a senhora fez nos últimos 12 meses? (ESPONTÂNEA)

27. A senhora já teve verrugas genitais, infecção por HPV, herpes genital, sífilis, gonorréia ou feridas nos órgãos genitais?(ESTIMULADA e MÚLTIPLA)

- ☐ Verrugas Genitais ☐ Infecção por HPV
☐ Herpes genital ☐ Sífilis
☐ Gonorréia ☐ Feridas nos órgãos genitais
☐ Nenhuma destas

Você pode marcar diversas casas (8 no máximo).

ÚLTIMO EXAME PAPANICOLAOU**28. Pensando no seu ÚLTIMO EXAME. Por que a sra realizou este exame? (ESPONTÂNEA e MÚLTIPLA)**

- ☐ Procurou espontaneamente o serviço de saúde para fazer o exame
☐ Presença de queixas ginecológicas
☐ Controle pré-natal/planejamento familiar
☐ Recomendação médica (exame de rotina)
☐ Outro, defina

PESQUISADOR: ESTIMULE SE NECESSÁRIO.

29. Se 'Outro', defina:

30. Quando a senhora fez este último exame? (MÊS E ANO)

31. A Sra realizou esse exame pela rede pública ou privada? (ÚNICA)

- ☐ Público ☐ Privado

32. A sra teve alguma dificuldade que a impediu de ir até o consultório para fazer o exame? (SE SIM) Qual dificuldade a sra teve? (ESPONTÂNEA e MÚLTIPLA)

- ☐ O local da consulta é muito longe
☐ O médico nunca pediu
☐ Longo período de espera para ser atendida
☐ Não tinha vaga
☐ Por vergonha
☐ Medo de saber o resultado
☐ Não se aplica/Não teve dificuldade
☐ Outro, defina

PESQUISADOR: QUALQUER TIPO DE DIFICULDADE QUE A TENHA IMPEDIDO DE IR AO CONSULTÓRIO, SEJA DE ACESSO OU PESSOAL.

33. Se 'Outro', defina:

34. A sra precisou repetir o último exame? (ESPONTÂNEA e ÚNICA)

- ☐ Sim ☐ Não

35. A sra foi buscar o resultado do seu último exame?(ESPONTÂNEA)

- ☐ Sim ☐ Não (p.p.p.41)

36. A sra ficou sabendo qual foi o resultado desse último exame? (ESPONTÂNEA)

- ☐ Sim ☐ Não (PULE PARA 38)

37. Qual foi o resultado do último exame realizado?(ESTIMULADA)

- ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não lembra ☐ Não sei

38. Foi indicado algum tratamento depois que a sra realizou o exam (ESTIMULADA e ÚNICA)

- ☐ Sim ☐ Não (PULE PARA 41)

39. A sra realizou o tratamento indicado? (ESTIMULADA e ÚNICA)

- ☐ Sim (p.p.p.41) ☐ Não

40. Por que a sra NÃO realizou o tratamento? (ESTIMULADA e ÚNICA)

QUESTÕES SEXUAIS E REPRODUTIVAS**41. Com quantos anos a sra teve sua primeira relação sexual? (ESPONTÂNEA e ÚNICA)**

- ☐ Antes dos 16 ☐ Entre 16 a 19 anos
☐ Entre 20 a 29 anos ☐ Acima de 30 anos

42. Qual a sua situação conjugal?(ESPONTÂNEA e ÚNICA)

- ☐ Solteira com companheiro fixo ☐ Solteira sem companheiro
☐ Casada ou vive com parceiro ☐ Viúva

43. Quantos parceiros SEXUAIS a sra teve em toda sua vida?(ESPONTÂNEA e ÚNICA)

44. Quantos parceiros SEXUAIS a sra teve durante os últimos 12 meses? (ESPONTÂNEA e ÚNICA)

45. A sra costuma ter relações sexuais todos os meses? (ESPONTÂNEA e ÚNICA)

- ☐ Sim ☐ Não

46. Quantas gestações a sra já teve? (ESPONTÂNEA e ÚNICA)

47. A Sra usa algum método contraceptivo?(ESTIMULADA e ÚNICA)

- ☐ Sim
☐ Não, meu cãnjuge é operado (p.p.p. 50)
☐ Não, eu sou operada (p.p.p. 50)
☐ Não uso (p.p.p. 50)

48. Qual o método contraceptivo que a senhora usa?(LER AS ALTERNATIVAS - MÚLTIPLA)

- ☐ Pílula/Comprimido
☐ Injeção
☐ Preservativo masculino
☐ Preservativo feminino
☐ Tabela
☐ Dispositivo Intra-uterino (DIU)
☐ Coito Interrompido
☐ Outro

49. Há quanto tempo a sra usa este(s) método(s) contraceptivo? (ESPONTÂNEA e ÚNICA)

50. A sra é fumante ou já fumou?(ESPONTÂNEA e ÚNICA)

- ☐ Nunca fumou
☐ Ex-fumante (parou de fumar pelo menos 1 ano antes da entrevista)
☐ Fumante atual

PESQUISADOR: Se parou de fumar há menos de 1 ano é considerada fumante at

51. A Sra tem ou já teve câncer do colo de útero?(ESPONTÂNEA e ÚNICA)

- ☐ Sim, já tive ☐ Sim, tenho ☐ Não

TABELA BRASIL - Agora vou realizar algumas perguntas para uma classificação socio econômica, para saber a que classe social a senhora pertence.

52. Até que série o chefe da família estudou?

- ☐ Analfabeto ou Até 3a. Série Fundamental (Até 3ª série 1º Grau)
☐ Até 4a. Série Fundamental (Até 4ª série 1º Grau)
☐ Fundamental Completo (1º Grau Completo)
☐ Médio Completo (2º Grau Completo)
☐ Superior Completo

A senhora possui algum desses itens em sua casa? Se sim, quantos?

53. Tv Corres

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 OU MAIS

CONSIDERAR APENAS OS TELEVISORES EM CORES. TELEVISORES USADOS POR EMPREGADOS, SÓ SÃO CONSIDERADOS SE ADQUIRIDOS PELA FAMÍLIA.

54. Rádio

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 OU MAIS

QUALQUER TIPO DESSES QUE SIMILITZE AS EMISSORAS CONVENÇIONAIS. MAS DESCONSIDERE O RÁDIO DO CARRO.

55. Banheiros

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 OU MAIS

CONSIDERAR BANHEIROS COM VASO SANITÁRIO. E EXCLUIR AQUELES QUE SERVEEM A MAIS DE UMA HABITAÇÃO.

56. Automóvel

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 OU MAIS

VEÍCULOS COMO TAXI, VANS OU PICK-UP USADAS PARA FRETÉ, OU SEJA VEÍCULOS DE USO MISTO UTILIZADOS PARA LAZER E PROFISSIONAL NÃO SÃO CONSIDERADOS.

57. Empregada mensalista

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 OU MAIS

CONSIDERAR APENAS AQUELAS QUE TRABALHAM DE FORMA PERMANENTE OU CONTÍNUA PELO MENOS 5 DIAS POR SEMANA.

58. Máquinas de lavar

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 OU MAIS

O "TANQUINHO" NÃO DEVE SER CONSIDERADO

59. Videocassete e/ou Aparelho de DVD

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 OU MAIS

PODE SER CONSIDERADO QUALQUER TIPO.

60. Quanto a posse de Geladeira, qual condiz com sua situação atual? (ESTIMULADA)

- ☐ Não possui geladeira (PULE PARA 62)
☐ Possui geladeira simples (não duplex)
☐ Possui geladeira de duas portas

A resposta é obrigatória.

61. Quantas Geladeiras?

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 OU MAIS

62. Quanto a posse de Freezer, qual condiz com sua situação atual? (ESTIMULADA)

- ☐ Não possui freezer independente (PULE PARA 65)
☐ Possui freezer independente

A resposta é obrigatória.

63. Quantos Freezers independentes?

- ☐ 1 (PULE PARA 65) ☐ 2 (PULE PARA 65)
☐ 3 (PULE PARA 65) ☐ 4 OU MAIS (PULE PARA 65)

64. RESULTADO FINAL: [NÃO FREENCHER]

65. Qual é a sua RENDA FAMILIAR MENSAL, ou seja, a renda somada DE TODAS AS PESSOAS que moram na sua casa, incluindo a sua? (ESPONTÂNEA E ÚNICA)

A resposta é obrigatória. Indicar a renda em REAIS ou EM SALÁRIOS MÍNIMOS

01 SM = R\$ 345,00

CADASTRO DO ENTREVISTADO

66. Nome e Sobrenome:

A resposta é obrigatória.

67. A sr(a) possui telefone residencial fixo?

- ☐ Sim. ☐ Não

A senhora possui algum desses itens em sua casa? Se sim, quantos?

68. Telefone residencial:

69. Telefone celular:

70. Telefone para recados:

71. Endereço completo:

A resposta é obrigatória.

72. Bairro:

A resposta é obrigatória.

73. NOME DO CONDOMÍNIO OU ÁREA:

FINALIZAÇÃO

Agradecemos a sua participação com esta entrevista, tenha um(a) bom dia/bom tarde.

74. Hora de término:

A resposta é obrigatória.

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
 ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
 Campus Universitário Monte Alegre – Fone: 3633-1000 Fax: 3633-1144
 CEP: 14048-900 RIBEIRÃO PRETO – SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: Câncer do Colo do Útero: cobertura do exame Papanicolaou no município de Manaus, Amazonas

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Dina Duarte Corrêa (Telefone para contato: 16/3023-2094)

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a. Ana Maria de Almeida (Telefone para contato: 16/3602-3432)

Está sendo realizada uma pesquisa denominada “Câncer do Colo do Útero: cobertura do exame Papanicolaou no município de Manaus, Amazonas”. Esta pesquisa pretende saber a taxa de realização do exame Papanicolaou pelas mulheres residentes no município. A sra. foi selecionada para ser uma das 1031 entrevistadas a participar deste estudo porque a Sra. mora na área de estudo e em uma residência que foi sorteado para ser incluída nesta pesquisa. Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para organização dos serviços de assistência à saúde da mulher, de forma a melhorar o atendimento em busca de reduzir as taxas de câncer do colo do útero.

Sua participação não é obrigatória, ou seja, a sra. decidirá pela sua participação ou não neste estudo. Se a sra. concordar em participar deste estudo, lhe será solicitado que responda um questionário contendo perguntas sobre informações gerais de sua vida como idade, estado marital, escolaridade, utensílios de sua casa, sobre o número de filhos que teve, métodos anticoncepcionais e questões relacionadas ao câncer do colo do útero. A entrevista terá uma duração de aproximadamente 30 minutos.

Se a sra. concordar em participar, terá o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa, sem precisar apresentar justificativas para essa desistência, retirando seu consentimento a qualquer momento. Nenhum tipo remuneração será oferecido pela sua participação. A sra. poderá receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida sobre a pesquisa da qual participará, ainda que esta possa afetar sua vontade de continuar participando deste estudo. A sra. não será identificada em momento algum e seu nome será mantido em total sigilo

Certificado de Consentimento

Eu, _____, declaro haver recebido os esclarecimentos acima e que pude fazer perguntas e esclarecer minhas dúvidas acerca do assunto. Aceito participar da pesquisa acima referida.

Manaus, _____ de _____ de _____.

Nome da Entrevistada: _____ Assinatura: _____

Pesquisadora Responsável (Dina A. Duarte Corrêa): _____

ANEXOS

ANEXO A

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-002
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0223/2010

Ribeirão Preto, 29 de setembro de 2010.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 29 de setembro de 2010.

Protocolo: n° 1208/2010

Projeto: CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: COBERTURA DO EXAME PAPANICOLAOU NO MUNICÍPIO DE MANAUS, AMAZONAS.

Pesquisadores: Ana Maria de Almeida
Dina Albuquerque Duarte Corrêa

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Ana Maria de Almeida

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP