**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Realização do exame de Papanicolaou em
mulheres com 20 anos ou mais: Inquérito de
Saúde de base populacional no Município de
São Paulo - 2008**

Érika Dionizio

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública
para obtenção do título de Mestre em
Ciências.**

Área de Concentração: Epidemiologia

**Orientador:
Prof. Dr. Chester Luiz Galvão Cesar**

**São Paulo
2011**

**Realização do exame de Papanicolaou em
mulheres com 20 anos ou mais: Inquérito de
Saúde de base populacional no Município de
São Paulo – 2008**

Érika Dionizio

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública
para obtenção do título de Mestre em
Ciências.**

Área de Concentração: Epidemiologia

**Orientador:
Prof. Dr. Chester Luiz Galvão Cesar**

**São Paulo
2011**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Dedico este trabalho às pessoas mais admiráveis de minha vida, meus amados pais, que em todo o decorrer de minha vida me ensinaram a ir em frente, a ter coragem e a ser capaz de atingir todos os meus propósitos.

Teus braços sempre se abrem quando preciso de um abraço. Teu coração sabe compreender quando preciso de um amigo. Teus olhos sensíveis se endurecem quando preciso de uma lição. Tua força e teu amor me dirigiram pela vida e me deram asas que eu precisava para voar!

Com muito amor, Érika.

AGRADECIMENTOS

A Deus

Pela luz que irradia em minha vida

Pela fé inquebrantável no coração

Por mais esta conquista adquirida

Pelo amor, a paz e a emoção!

À vida,

Pelo desencanto que me leva ao crescimento

Pela noite que durou só um momento

Pelo dia feito longo em agonia

Pelas idéias que não saem do pensamento!

Aos Professores (Eliseu, Júlio, Vítor Wunsch, Sabina, Cássia, Lúcia Lebrão entre tantos outros)

Obrigada por todo o conhecimento, experiência e contribuição que proporcionaram ao longo do meu curso nesta Faculdade!

Em especial agradeço ao **Professor e orientador Chester Luiz Galvão Cesar**, que permitiu o meu ingresso no Mestrado, confiando em meu aprimoramento profissional e crescimento acadêmico.

Um obridaga especial também vai a **Professora Marilisa Berti de Azevedo Barros**, por toda a atenção prestada e coorientação através de sua experiência e boa vontade!

"Aprender é, de longe, a maior recompensa." (William Hazlitt)

À Banca Examinadora,

Pelas críticas construtivas e contribuições para o aperfeiçoamento deste estudo.

"Grandes descobertas e progressos invariavelmente envolvem a cooperação de várias mentes." (Alexander Graham Bell)

À APS Santa Marcelina (especialmente à Ir. Monique Bourget)

Pela permissão de realizar o curso de Mestrado e por oferecer a oportunidade do meu desenvolvimento profissional.

"Renovar a sociedade à luz do evangelho tendo a ciência deste mundo como instrumento e meio" (Missão Marcelina no Mundo)

Aos colegas de trabalho

Gerente Ana Paula, pelas palavras de ânimo, pelo apoio prestado e pelo reconhecimento da árdua jornada de conciliar minha vida profissional com a acadêmica.

Enfermeiros, auxiliares de enfermagem, administrativos e médicos, por "segurarem a barra" durante a minha ausência da Unidade.

Em especial às Agentes Comunitárias de Saúde, Cida Pimentel, Ivanilda e Dina, por me quererem tão bem e, sobretudo pelas orações em meu favor que foram fundamentais nos meus momentos de desesperança.

"O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis." (Fernando Sabino)

A alguns amigos especiais,

Danuta e Neuber, a quem tive o prazer de conhecer na FSP, e que desde o meu ingresso no curso, mostraram-se sempre dispostos a colaborar! Muito obrigada pelas colaborações e trocas durante este percurso.

"A vida é a arte do encontro, embora haja tantos desencontros nesta vida."

(Vinícius de Moraes)

Aos amigos do Mestrado que dividiram os momentos de anseio, angústia, vontade, dúvida, aprendizado e satisfação! Valeu à pena!

Aos amigos que acompanharam, de longe ou de perto, meu caminhar para a conclusão deste trabalho, Lú Oda, Joyce, Roberta, Alexandre Costa, Fernanda Andrade, Melissa, Carol Ferri, Carol Celotti, Taís, Carlos Alves, Jack e Antônio, que não hesitaram em torcer pela minha conquista!

"Amigo verdadeiro é aquele que nos quer apesar de nada." (Sofocleto)

À minha querida família,

Meus pais Nelson e Dora, irmãos Fabio e Simone, sobrinhos, Leticia, Larissa, Pedro e Catarina, cunhados, todos os tios e primos, puramente por torcerem incondicionalmente por mim. Todos vocês são essenciais em meu caminho!

"O verdadeiro amor nunca se desgasta. Quanto mais se dá mais se tem."

(Antoine de Saint-Exupéry)

Ao meu amor Rodrigo Moretti,

Por existir em minha vida!

Por deixar meu mundo melhor,

Por ter me dado forças,

Por ter acreditado!

Com você, a vida se torna muito mais feliz, e eu mais irradiante...

Obrigada por toda a atenção, estímulo e compreensão!

Juntos, voaremos mais alto... Te amo absurdos!

“Quero apenas cinco coisas

Primeiro é o amor sem fim

A segunda é ver o outono

A terceira é o grave inverno

Em quarto lugar o verão

A quinta coisa são teus olhos

Não quero dormir sem teus olhos.

Não quero ser... sem que me olhes.

Abro mão da primavera para que continues me olhando.”

(Pablo Neruda)

A todos os entrevistados do ISA-2008,

Por colaborarem com a obtenção dos dados desta pesquisa e contribuírem para a evolução da ciência.

*"Para se descobrir novas terras,
deve-se estar disposto a perder a
terra de vista por um longo tempo."*

André Gide

RESUMO

Dionizio É. Realização do exame de Papanicolaou em mulheres com 20 anos ou mais: Inquérito de Saúde de base populacional no Município de São Paulo – 2008 [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011.

Introdução: O câncer do colo do útero é uma das neoplasias malignas mais frequentes, particularmente nos países em desenvolvimento e, sobretudo nos grupos com maior vulnerabilidade social. As estimativas de incidência e mortalidade tendem para a redução, porém em ritmo lento. Vários são os fatores de risco identificados, no entanto, apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura. A estratégia utilizada para a detecção precoce é o exame de Papanicolaou. Inquéritos de base populacional representam oportunidades únicas para a obtenção de informações que possibilitam avanço no conhecimento das condições de vida e saúde da população e para a formulação e avaliação de políticas sociais de saúde.

Objetivo: Analisar a realização do exame de Papanicolaou segundo variáveis socioeconômicas, demográficas, de estilo de vida, estado de saúde e o uso de serviços de saúde das mulheres com 20 anos ou mais de idade, residentes no município de São Paulo, Brasil.

Métodos: Estudo transversal de base populacional, com dados obtidos através do Inquérito de Saúde no Município de São Paulo – ISA Capital, 2008, em amostra composta por 1.236 mulheres com 20 anos ou mais. Considerou-se a prevalência do exame realizado nos últimos 3 anos que antecederam à entrevista. Para as análises estatísticas foi utilizado o módulo *survey* do programa Stata 10.0. O modelo de regressão de Poisson foi aplicado para verificar associações mais precisas da realização do exame com as variáveis estudadas. A confidencialidade foi garantida.

Resultados: As associações estatisticamente significantes encontradas foram: idade (20 a 29 anos), ser casada ou ter companheiros, escolaridade (≥ 12 anos), tabagismo (ex-fumantes), mulheres que possuíam exame clínico das mamas e plano de saúde. O Sistema Único de Saúde foi responsável por 39,2% dos exames de Papanicolaou realizados. O motivo referido para a não realização do exame mais frequente foi “não era necessário/sou saudável”.

Discussão: Ao considerar a realização do exame conforme recomendada pelo Ministério da Saúde, seria esperada cobertura de Papanicolaou superior à observada. Em termos de condições socioeconômicas, as associações com renda e atividade remunerada não permaneceram no modelo final, sugerindo equidade social na realização do exame. Entretanto, os serviços de saúde devem criar estratégias que ampliem o acesso às populações mais vulneráveis proporcionando maior conhecimento e envolvimento da população na incorporação das práticas preventivas do câncer do colo do útero, oferecendo um atendimento de maior qualidade a todas as mulheres, sobretudo, as SUS dependentes.

Considerações Finais: Para o êxito do programa de rastreamento, deve-se priorizar a capacitação dos profissionais de saúde, a qualidade dos exames, a garantia do seguimento e tratamento dos casos e o estabelecimento de intervenções mais humanizadas e equitativas na utilização dos serviços de saúde do SUS.

Palavras Chave: Neoplasias do Colo do Útero; Esfregaço Vaginal; Inquéritos Epidemiológicos; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Dionizio É. Realization of the Pap smear in women aged 20 or over: Health Survey population based in São Paulo – 2008 [dissertation]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2011.

Introduction: Cervical cancer is one of the most frequent malignancies, particularly in developing countries and especially in groups with higher social vulnerability. Estimates of incidence and mortality tend to decrease but at a slow pace. Several risk factors are identified, however, shows one of the highest potential for prevention and cure. The strategy used for early detection is the Pap smear. Population-based surveys represent unique opportunities to obtain information to enable an advance in knowledge of living conditions and population health and for the formulation and evaluation of welfare policies. **Objective:** To analyze the performance of Pap smears according to socioeconomic variables, demographic, lifestyle, health status and use of health services for women aged 20 or older, residing in São Paulo, Brazil. **Methods:** Cross-sectional population-based data obtained from the Survey of Health in São Paulo - ISA Capital, 2008, in a sample of 1,236 women aged 20 years or more. We considered the prevalence of the examination in the last three years prior to the interview. For statistical analysis we used the survey module in Stata 10.0. The Poisson regression model was applied to assess associations more precisely. Examination was carried out with the variables. Confidentiality was guaranteed. **Results:** Statistically significant associations were found: age (20 to 29 years old), be married or have partners, education (≥ 12 years), smoking (former smokers), women who had a clinical breast exam and health plan. The Unified National Health System was responsible for 39,2% of the reported Pap smears. The most frequent reported reason for not undergoing the test was "not necessary / I'm healthy." **Discussion:** When considering the test as recommended by the Ministry of Health, Pap smear coverage would be expected higher than that observed. In terms of socioeconomic conditions, the association with income and remunerated activity did not remain in the final model, suggesting an social equity in the exam. However, health services should develop strategies to increase access to vulnerable populations by providing greater knowledge and involvement of the population in the incorporation of preventive practices of cancer of the cervix, providing a higher quality care to all women, mainly the SUS dependent. **Final considerations:** For the success of the screening program, one should prioritize the training of health professionals, the quality of examinations, ensuring the monitoring and treatment of cases, and the establishment of more humane and equitable interventions at use of SUS's health services.

Keywords: Uterine Cervical Neoplasms; Vaginal Smears; Health Surveys; Women's Health.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO

1.1 O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	19
1.2 FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	23
1.3 PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO E O EXAME DE PAPANICOLAOU.....	29
1.4 RASTREAMENTO OU <i>SCREENING</i>	34
1.5 COBERTURA E A QUALIDADE DOS EXAMES.....	37
1.6 NOVAS TECNOLOGIAS E OUTROS MÉTODOS DE RASTREAMENTO.....	41
1.7 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	43
1.8 INQUÉRITOS DE BASE POPULACIONAL.....	49

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL.....	53
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	53

3. MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO GERAL.....	55
3.2 O INQUÉRITO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (ISA-CAPITAL 2008).....	55

3.3 OS ENTREVISTADORES.....	57
3.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	58
3.5 INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS.....	58
3.6 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS	
3.6.1 Variável Dependente.....	61
3.6.2 Variáveis Independentes.....	61
3.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA	
.....	62
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	64

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	65
4.2 PREVALÊNCIA DO EXAME DE PAPANICOLAOU.....	66
4.3 REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAOU SEGUNDO	
VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS.....	67
4.4 REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAOU SEGUNDO AS	
VARIÁVEIS DE ESTILO DE VIDA E ESTADO DE SAÚDE.....	71
4.5 REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAOU SEGUNDO AS	
VARIÁVEIS DE USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	73
4.5.1 Plano de Saúde.....	75
4.6 REALIZAÇÃO DE PRÁTICAS PREVENTIVAS PARA O CÂNCER DE	
MAMA.....	76
4.7 MOTIVOS REFERIDOS SOBRE A NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME	
DE PAPANICOLAOU.....	78

4.8 FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLOAU.....	79
---	----

5. DISCUSSÃO.....82

5.1 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS.....	83
-----------------------------------	----

5.2 PREVALÊNCIAS DO EXAME DE PAPANICOLAU.....	84
---	----

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....95

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....97

ANEXOS

ANEXO 1 – Plano de Amostragem do ISA-Capital 2008.....	109
--	-----

ANEXO 2 – Questões utilizadas provenientes dos blocos temáticos ISA-Capital 2008.....	114
---	-----

ANEXO 3 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FSP/USP.....	139
--	-----

ANEXO 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	140
---	-----

CURRÍCULO LATTES

Currículo Lattes - Prof. Chester Luiz Galvão Cesar.....	141
---	-----

Currículo Lattes - Érika Dionizio.....	142
--	-----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Realização de pelo menos um exame de Papanicolaou por mulheres com 20 anos ou mais no período de até 3 anos no momento da entrevista. ISA-Capital, São Paulo, 2008.....67

Figura 2. Realização do exame de Papanicolaou no período de até 3 anos por mulheres com 20 anos ou mais de idade segundo a variável Plano de Saúde. ISA-Capital, São Paulo, 2008.....75

Figura 3. Motivos referidos pelas mulheres com 20 anos ou mais de idade para a não realização do exame de Papanicolaou. ISA-Capital, São Paulo, 2008.....78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Blocos temáticos do ISA Capital 2008 e sua utilização no estudo	
.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Prevalência da realização de Papanicolaou por mulheres com 20 anos ou mais segundo o intervalo de tempo do último exame no momento da entrevista. ISA-Capital, São Paulo, 2008.....66

Tabela 2. Realização do exame de Papanicolaou no período de até 3 anos por mulheres com 20 anos ou mais, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas. ISA-Capital, São Paulo, 2008.....68

Tabela 3. Realização exame de Papanicolaou no período de até 3 anos por mulheres com 20 anos ou mais de idade segundo variáveis de estilo e vida e estado de saúde. ISA-Capital, São Paulo, 2008.....72

Tabela 4. Realização do exame de Papanicolaou no período de até 3 anos por mulheres com 20 anos ou mais de idade segundo variáveis de uso dos serviços de saúde. ISA-Capital, São Paulo, 2008.....74

Tabela 5. Realização do exame de Papanicolaou no período de até 3 anos por mulheres com 20 anos ou mais de idade segundo práticas preventivas para o câncer de mama. ISA-Capital, São Paulo, 2008.....77

Tabela 6. Modelo de regressão múltipla de Poisson para os fatores associados à realização do exame de Papanicolaou no período de até 3 anos em mulheres com 20 anos ou mais. ISA-Capital, São Paulo, 2008.....80

SIGLAS UTILIZADAS

AMA – Atendimento Médico Ambulatorial

ANVISA/MS - Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ Ministério da Saúde

CAF - Cirurgia de alta frequência

CAGE – *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DNA – Ácido desoxirribonucléico

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EZT - Exerese da zona de transformação

FSP – Faculdade de Saúde Pública

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV – Vírus do Papiloma Humano

IARC - *International Agency for Research on Cancer*

IC – Intervalo de Confiança

IMC - Índice de Massa Corporal

INCA – Instituto Nacional de Câncer

ISA-Capital – Inquérito de Saúde do Município de São Paulo

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização da Saúde

PA – Pronto Atendimento

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNCCU - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SISCOLO - Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNESP – Universidade Estadual Paulista

UNICAMP – Universidade de Campinas

USP – Universidade de São Paulo

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

1. INTRODUÇÃO

1.1 O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O câncer do colo do útero, também conhecido como câncer cervical, é uma das neoplasias malignas mais frequentes em mulheres de todo o mundo, particularmente nos países em desenvolvimento. Estima-se que em 2008 ocorreram 529.800 casos novos de câncer invasivo do colo uterino, representando quase 13,0% de todas as neoplasias malignas do sexo feminino. Do total de casos de câncer cervical, mais de 85,0% teriam ocorrido em países em desenvolvimento, com as maiores taxas de incidência na América Central e do Sul, Caribe, África subsaariana e na Ásia do Sul (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011).

Nos países desenvolvidos, como Canadá e Estados Unidos, tem-se observado nos últimos 40 anos redução das taxas de incidência de câncer do colo do útero, registrando-se valores abaixo de 10 casos por 100.000 mulheres. No entanto, nos países da América Latina e Caribe, as taxas de incidência de câncer do colo do útero continuam elevadas, alcançando valores em torno de 20 casos novos por 100.000 mulheres (OPS, 2004).

A sobrevida relativa de câncer, segundo a AMERICAN CANCER SOCIETY (2010), é normalmente medida como a proporção de pacientes com câncer que ainda estão vivos após um determinado período do diagnóstico (normalmente 5 anos) em relação à sobrevida de pessoas na população em geral que são da mesma idade e sexo. As estatísticas de

sobrevida variam por tipo de câncer e fases de diagnóstico. Em países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos do câncer do colo uterino, varia entre 51,0% a 66,0%. Nos países em desenvolvimento, os casos são encontrados em estádios relativamente avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é menor, cerca de 41,0% após cinco anos. A média mundial estimada é de 49,0% (INCA, 2009).

De acordo com as estimativas da *International Agency for Research on Cancer* (IARC, 2011), o câncer cervical mata mais de 288.000 mulheres a cada ano em todo o mundo e afeta desproporcionalmente as mulheres mais pobres e mais vulneráveis. Aproximadamente 90,0% das mortes de todo o mundo ocorrem nos países em desenvolvimento (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011).

Diversos estudos epidemiológicos têm apontado a gravidade da ocorrência e mortalidade por câncer do colo de útero em mulheres de todo o mundo.

Em 1953, o Canadá possuía taxa de mortalidade por câncer de colo uterino ajustada por idade de 7,9 por 100.000 mulheres, passando a 1,9 por 100.000 mulheres, em 1995 (LIU et al., 2001). Já em países da América Latina e Caribe, no período de 1960 a 1993, não houve redução significativa nas taxas de mortalidade por câncer de colo do útero, observando-se, por exemplo, no México em 2001, a taxa de 11,4 óbitos por 100.000 mulheres (ELUF-NETO e NASCIMENTO, 2001).

Este tipo de câncer representa um desafio para a saúde pública na América Latina e em grande parte do mundo subdesenvolvido como um todo.

As estimativas para a incidência de câncer do colo do útero e os coeficientes de mortalidade no Brasil, tendem para a redução, porém em ritmo muito mais lento daquele observado nos países desenvolvidos (NOVAES et al., 2006).

Ao contrário do que ocorre nos países mais desenvolvidos, as taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil encontram-se elevadas. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2009), o câncer do colo do útero é o segundo tumor mais frequente na população feminina, atrás apenas do câncer de mama e a quarta causa de mortalidade de mulheres entre as neoplasias malignas, no entanto é importante observar a existência de grandes variações regionais. Junto à mortalidade elevada, observou-se, com base nas informações disponibilizadas pelos Registros Hospitalares de Câncer, que o diagnóstico desse câncer é realizado nas fases avançadas da doença (estádios III e IV) em cerca de 50,0% dos casos (INCA, 2004).

Em 2009, foram registrados 5.021 óbitos no país por esta neoplasia através do Sistema de Informação de Mortalidade - SIM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

Nas últimas três décadas observa-se que as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero se mantêm praticamente constantes. No entanto, para a análise de tendências temporais de mortalidade por causas

específicas deve-se considerar a expressiva melhora no SIM, principalmente no interior, que a partir de 1990 apresentou um decréscimo no percentual de causas mal definidas de 55,0% e 80,0% nas regiões Norte e Nordeste, respectivamente; este fato pode ter influenciado na tendência, deixando-se de captar uma redução real nas taxas de mortalidade.

Nas capitais brasileiras o cenário é diferente, com decréscimo das taxas padronizadas pela população mundial de 8,4 em 1980, para 5,4/ 100 mil mulheres em 2007, como resultado do maior acesso ao diagnóstico e tratamento. Assim como ocorre na incidência, também há importante variação nas taxas de mortalidade em sua distribuição geográfica, com maior risco de morrer entre as mulheres da Região Norte.

Quando analisado o período de 2001 a 2010, observa-se que, mesmo com todo o desenvolvimento tecnológico de diagnóstico e tratamento, o número de novos casos cresceu de 16.000 para 18.430. Atualmente, o câncer do colo do útero é mais incidente na Região Norte (23/100.000), nas regiões Centro-Oeste (20/100.000) e Nordeste (18/100.000) ocupa a segunda posição mais frequente e nas regiões Sul (21/100.000) e Sudeste (16/100.000), a terceira posição, sendo 14/100.000 para o Estado de São Paulo e 18/100.000 para o município de São Paulo (INCA, 2009).

Em um estudo de tendência da mortalidade no município de São Paulo entre os anos de 1980 e 1999 foi constatado que as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero ajustadas por idade pela população mundial permaneceram sempre entre 5,0 e 5,5 por 100 mil mulheres (FONSECA et al., 2004).

Para minimizar essas altas taxas de incidência e mortalidade, é necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes.

Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando a perto de 100,0%, quando diagnosticado precocemente e podendo ser tratado em nível ambulatorial em cerca de 80,0% dos casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). De acordo com LEAL et al. (2005) há a necessidade do desenvolvimento de políticas direcionadas a modificar os hábitos e práticas de risco à saúde e incentivar os exames preventivos periódicos.

A principal estratégia utilizada para detecção precoce da lesão precursora e diagnóstico precoce do câncer é através da realização do exame preventivo do câncer do colo do útero (conhecido popularmente como exame de Papanicolaou). O exame pode ser realizado nos postos ou unidades de saúde que tenham profissionais da saúde capacitados para realizá-los (INCA, 2008).

1.2 FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

De acordo com diversos estudos epidemiológicos, vários são os fatores de risco identificados para o câncer do colo do útero. A infecção prévia pelo vírus do papiloma humano (HPV) tem sido apontada como o principal fator de risco para este tipo de câncer (PARKIN et al., 2005; TROTTIER e FRANCO, 2006; BOSH et al., 2002; WALBOOMERS et al.,

1999; RAMA et al., 2006). No entanto, fatores como início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, uso prolongado de contraceptivos orais, tabagismo, condições de imunossupressão, dieta e baixa condição sócio-econômica têm sido apontados como fatores de risco importantes para o desenvolvimento dessa neoplasia (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011; CASTRO-JIMÉNEZ et al., 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c; LACEY et al., 2000).

Segundo CASTELLSAGUÉ et al. (2006), cerca de 15 tipos de HPV estão associados com mais de 200 vezes maior risco de câncer do colo do útero. Entre estes, o HPV 16 e 18 são os mais comuns entre pacientes com câncer cervical (prevalentes em 50,5% e 13,1% respectivamente). A probabilidade cumulativa de adquirir uma infecção cervical com pelo menos um tipo de HPV é extremamente elevada para mulheres sexualmente ativas. No entanto, a maioria das infecções por HPV desaparece espontaneamente dentro de dois a quatro anos, e apenas uma pequena porcentagem progride para o câncer cervical (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011).

Em estudo envolvendo 22 países, WALBOOMERS et al. (1999) investigaram a prevalência da infecção pelo HPV na neoplasia cervical e identificaram o DNA viral em 99,7% dos casos de câncer uterino.

SCHLECHT et al. (2001), em estudo longitudinal incluindo 1611 mulheres residentes na cidade de São Paulo, avaliaram os riscos de neoplasia cervical relacionados a infecção prévia e persistente por HPV e observaram 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 uma forte relação entre a infecção persistente pelo HPV e a incidência de lesões intra-epiteliais.

Entre os fatores de risco para infecção por HPV, a multiplicidade de parceiros sexuais durante a vida e a idade do início da atividade sexual figuram como elementos favorecedores à exposição viral (KAHN et al., 2002), assim sendo, estes fatores também contribuem para aumentar o risco de câncer do colo do útero. Em estudo caso-controle, COOPER et al. (2007), observaram risco aumentado de câncer cervical em mulheres com início da atividade sexual antes dos 16 anos e número de parceiros maior que três.

ANJOS et al. (2010) em estudo realizado no município de Fortaleza também apontam o início precoce da atividade sexual (de 8 a 15 anos de idade), multiplicidade de parceiros sexuais (até 3 parceiros nos últimos três meses) e baixa escolaridade como fatores com importante associação às lesões cervicais.

Sabe-se que práticas sexuais precoces podem se constituir um fator de risco pelo não total amadurecimento da cérvix uterina. A precocidade da atividade sexual (14 anos) e da gravidez (20 anos) são fatores de risco, uma vez que na adolescência a metaplasia é mais intensificada e o coito aumenta a probabilidade de transformação atípica (PESSINI e SILVEIRA, 2004).

CASTELLSAGUÉ et al. (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.

Ainda que a infecção por HPV seja condição necessária para que ocorra uma transformação maligna, não é uma condição suficiente. Alguns co-fatores relacionados à mulher como imunossupressão, ou co-infecção por outros agentes sexualmente transmissíveis são necessários para a progressão de um processo displásico para forma invasiva (GOODMAN, 2000).

O sistema imunológico exerce um papel fundamental no controle da infecção pelo HPV, uma vez que grande proporção das mulheres infectadas elimina 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 citadas na literatura como fatores de risco para neoplasia cervical. Em estudo transversal, DUERR et al. (2001), examinando mulheres infectadas e não infectadas pelo HIV, encontraram maior frequência de lesões intraepiteliais escamosas nas mulheres infectadas por HIV, estando estas lesões fortemente associadas aos HPV de alto e médio risco e, também, ao grau de imunossupressão, embora com menor força de associação para este último fator.

Outros estudos têm investigado o papel dos contraceptivos orais na carcinogênese cervical. 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 (INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER, 2007). Segundo MORENO et al. (2002) 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. Todavia, a evidência da associação entre câncer cervical e o uso de contraceptivos orais não é totalmente consistente (BOSCH et al., 2002).

O tabagismo é outro fator que tem sido associado ao risco de câncer do colo do útero. 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 concluíram que as fumantes têm risco relativo de 1,6 de desenvolver carcinoma de células escamosas em relação às que nunca fumaram, sendo este risco acrescido com o número de cigarros fumados por dia e com o 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 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 alguns autores (ELUF-NETO et al., 1994, ELUF-NETO e NASCIMENTO, 2001).

Uma alimentação saudável pode reduzir as chances de câncer em pelo menos 40,0% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c). 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*.

O baixo nível sócio econômico também tem se mostrado como fator associado ao desenvolvimento do câncer do colo do útero. Esta neoplasia acomete, geralmente, os grupos com maior vulnerabilidade social, onde se concentram as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoces da doença advindos de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviço e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; DE SANJOSÉ et al., 1996; INCA, 2002).

A presença das desigualdades socioeconômicas na realização do exame de Papanicolaou implica na incidência e mortalidade por câncer cervical. A cidade de São Paulo, num estudo realizado por PRADO (2002), mostrou a dinâmica relação entre condições socioeconômicas, espaço geográfico e mortalidade por neoplasias femininas, onde a mortalidade por câncer de colo do útero decresceu de forma distinta nos territórios analisados, com tendência menos expressiva nos bairros com piores condições de vida e saúde, representando uma queda de mortalidade bem mais lenta nas áreas carentes da cidade.

PESSINI e SILVEIRA (2004) afirmam também que os fatores de risco para o câncer do colo do útero estão ligados a características de pobreza, desinformação e pouco acesso a controles periódicos. ANJOS et al. (2010) mostram que as classes sociais mais representativas entre os exames de

citologia do colo do útero alterados são as B2, C, D e E, consideradas economicamente menos favorecidas.

Em estudo realizado com 222 adolescentes no estado de São Paulo, BORGES (2007) ao considerar o início precoce da atividade sexual como fator importante nas alterações cervicais, constatou que a maior proporção de adolescentes que já haviam iniciado a vida sexual foi verificada entre aquelas que se encontravam ausentes do sistema escolar e que habitavam domicílios invadidos, revelando que esse evento é também socialmente determinado por condições desfavoráveis.

A associação entre níveis socioeconômicos da população e a incidência e mortalidade por câncer envolve múltiplos aspectos. Distintos padrões culturais entre diferentes classes sociais têm influência nesta relação, e são contínuas as mudanças no tempo e espaço de estilos de vida e exposições de risco para câncer entre classes sociais (WÜNSCH FILHO et al., 2008).

1.3 PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO E O EXAME DE PAPANICOLAOU

O controle do câncer de colo do útero consiste no desenvolvimento e prática de medidas preventivas e na detecção precoce da neoplasia. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) prioriza as ações preventivas no cuidado com as condições crônicas, como o câncer, enfatizando que todas as ações de saúde devem incluir a prevenção.

A prevenção é representada por ações que antecipam o surgimento da doença a fim de tornar improvável seu progresso. Ela está estabelecida em níveis, podendo ser primária quando a doença não se instalou e inclui medidas não específicas de promoção da saúde e medidas específicas de proteção contra riscos e danos; secundária ao se instaurar medidas de diagnóstico precoce e tratamento imediato no início da doença e de limitação de incapacidades caso haja progressão da doença e terciária quando se refere a reabilitar as sequelas (CAMPOS et al., 2005).

Prevenir, no caso das neoplasias, consiste em reduzir ou eliminar a exposição do indivíduo aos agentes carcinogênicos, além de diminuir a suscetibilidade aos efeitos dos agentes (OMS, 1995). Deste modo, a prevenção primária do câncer cervicouterino envolve 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 relação sexual segura através do uso de preservativos, enquanto que a proteção específica refere-se às ações mais diretas como a vacinação. As estratégias de prevenção secundária ao câncer do colo do útero consistem no diagnóstico precoce das lesões de colo uterino antes de se tornarem invasivas, a partir de técnicas de rastreamento ou *screening* compreendidas pela colpocitologia oncológica (teste de Papanicolaou), colposcopia, cervicografia e, mais recentemente, os testes de detecção do DNA do vírus Papiloma Humano em esfregaços citológicos ou espécimes histopatológicos (PINHO e FRANÇA-JUNIOR, 2003).

O teste de Papanicolaou, dentre os métodos de detecção, é considerado o mais efetivo e eficiente a ser aplicado coletivamente em programas de rastreamento do câncer cervicouterino, devido ao seu baixo custo e fácil execução, permitindo a detecção das lesões precursoras em estágios iniciais da doença. Para ELUF-NETO e NASCIMENTO (2001) o rastreamento através deste exame é uma das modalidades de *screening* com claros benefícios, apresentando ao câncer do colo do útero um elevado potencial de prevenção.

A análise econômica de um estudo de CAETANO e CAETANO (2005) comparando diferentes estratégias para a detecção precoce do câncer do colo do útero e suas lesões precursoras, mostrou que o teste de Papanicolaou foi o que apresentou a melhor razão custoefetividade entre as estratégias analisadas.

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 e PAPANICOLAOU, 1943). Já em 1947, J. Ernest Ayre propôs a coleta de células do próprio epitélio cervical como diagnóstico do câncer do colo do útero (AYRE, 1948). Este método, empregado atualmente, consiste na análise das células descamadas originárias da ectocérvice e da endocérvice. A coleta do material celular é obtida utilizando-se a espátula de madeira e a escova de Ayre, podendo assim, ser depositado em uma única lâmina. O material deve ser fixado imediatamente para evitar o dessecamento,

posteriormente é corado pelo método desenvolvido por Papanicolaou para a leitura da lâmina. Estima-se que o exame Papanicolaou apresenta sensibilidade em torno de 60,0% com especificidade variando entre 90,0% a 99,0%, podendo a taxa de falso negativo chegar a 45,0% devido erros laboratoriais ou falha na coleta do material (INCA, 2002).

O desenvolvimento da citologia cervical ou teste de Papanicolaou, utilizado para o diagnóstico precoce de lesões precursoras, marcou um grande avanço na prevenção do câncer cervical em mulheres com vida sexual (PAPANICOLAOU e TRAUT, 1997).

De acordo com consensos de agências governamentais e não-governamentais dos Estados Unidos e do Canadá, existem fortes evidências, a partir de estudos epidemiológicos, e também de opiniões de pareceristas respeitados, baseados na experiência clínica, estudos descritivos ou Comitês de Especialistas, que após o rastreamento regular com o teste Papanicolaou em mulheres sexualmente ativas ou com idade superior a 18 anos, ocorreu diminuição da mortalidade por câncer de colo do útero. Sendo assim, o Ministério da Saúde do Brasil adotou esses consensos que foram adequados à realidade brasileira pelo Instituto Nacional do Câncer – INCA, que por sua vez, organizou a prevenção do câncer do colo do útero (PCCU) no Brasil, orientando as seguintes normas: Toda mulher que tem ou já teve vida sexual deve submeter-se ao exame preventivo periódico, especialmente as que possuem entre 25 e 59 anos de idade. Quanto à periodicidade, inicialmente, o exame deve ser feito anualmente, e se após dois exames consecutivos (com um intervalo de um

ano) apresentarem resultado normal, o preventivo poderá passar a ser realizado a cada três anos. Exames anuais são recomendados para mulheres com citologia alterada. Situações particulares são consideradas nos casos de mulheres em grupos de risco (mulheres portadoras do vírus HIV ou imunodeprimidas) que devem realizar o rastreamento anualmente e mulheres histerectomizadas por outras razões, que não o câncer do colo do útero, não devem ser incluídas no rastreamento (INCA, 2010).

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

A crença na efetividade do teste de Papanicolaou em reduzir as taxas de morbimortalidade por câncer cervical vem de duas fontes: de estudos comparativos de tendências temporais, mostrando a redução nas taxas de incidência e mortalidade por câncer cervical em diferentes países, seguida à introdução de programas populacionais de rastreamento do câncer cervical, especialmente em países escandinavos, apontados por GUSTAFSSON et al. (1997) e nos Estados Unidos e no Canadá, pelo IARC (DAY, 1986), e de estudos epidemiológicos do tipo caso-controle, indicando o risco de câncer cervical entre mulheres que nunca realizaram o teste de Papanicolaou e um aumento no risco de câncer proporcional ao tempo desde o último teste realizado (ELUF NETO et al., 1994; HERRERO et al., 1992).

Para SCHIFFMAN et al. (1996) a grande redução da incidência e da mortalidade, observada desde o início dos anos 60 na maioria dos países desenvolvidos, é atribuída à prática de Papanicolaou.

1.4 RASTREAMENTO OU *SCREENING*

O objetivo do rastreamento do câncer do colo do útero é reduzir sua incidência e mortalidade.

Nos países desenvolvidos, tem-se observado declínio da mortalidade por câncer do colo do útero, atribuído em grande parte aos programas de rastreamento eficazes (GAKIDOU et al., 2008).

O rastreamento busca uma avaliação de 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; PINHO e FRANÇA-JUNIOR, 2003).

A experiência em países desenvolvidos tem mostrado que o rastreamento com o exame Papanicolaou é um método eficiente em reduzir significativamente as taxas de incidência e mortalidade por câncer cervical. No entanto, essas reduções não foram observadas nos países em desenvolvimento, cuja cobertura ainda é baixa na população feminina de maior risco para a doença (ELUF-NETO e NASCIMENTO, 2001; PINHO, 2002; WHO, 2008).

HEWITT et al. (2004) observaram, nos Estados Unidos, que o exame Papanicolaou reduziu pela metade a taxa de incidência de câncer do colo do

útero, passando de 17,2 para 8,0 por 100.000 mulheres, e a taxa de mortalidade diminuiu de 6,2 para 2,9 por 100.000 mulheres. GUSTAFSSON et al. (1997) evidenciaram declínio de pelo menos 25,0% nas taxas de incidência por câncer do colo do útero em 11 de 17 países estudados, após introdução de programas de rastreamento. Segundo as estatísticas do AMERICAN CANCER SOCIETY (2011), em vários países ocidentais, onde os programas de triagem têm sido estabelecidos, as taxas de câncer cervical têm diminuído em até 65,0% nos últimas quatro décadas.

Em contraste com a evolução favorável em todas as idades combinadas, as taxas de câncer do colo do útero têm aumentado nas gerações mais jovens em vários países, incluindo a Finlândia, o Reino Unido, Dinamarca e China. Essa tendência desfavorável indica necessidade de maior investigação sobre o aumento da prevalência de HPV consequentes às mudanças no comportamento sexual (BRAY et al., 2005; YANG et al., 2004; ANTTILA et al., 1999). Excepcionalmente no Oriente Médio e outras partes do mundo em desenvolvimento as taxas globais de câncer de colo uterino são baixas devido à baixa prevalência de infecções por HPV em consequência à desaprovação social de atividades sexuais extraconjugais (GUSTAFSSON et al., 1997).

Ainda que programas de rastreamento citológico para o câncer do colo uterino existam a 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 rastreamento alcançar sucesso na redução da morbimortalidade por câncer

do colo do útero deve haver participação de 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 e ROBLES, 1996; PINHO e FRANÇA-JUNIOR, 2003; COPPELL et al., 2000). Após análise de literatura, RIECK et al. (2006) não identificaram estudos que demonstrassem a eficácia do rastreamento em mulheres jovens, no entanto concluíram que desde a introdução do rastreamento com o Papanicolaou, houve redução pela metade das taxas de incidência por câncer do colo do útero nestas mulheres.

No Brasil, o rastreamento populacional é recomendado prioritariamente para mulheres de 25 a 59 anos, através do exame de Papanicolaou, com periodicidade de três anos, após dois exames consecutivos normais no intervalo de um ano (INCA, 2006).

A razão entre os exames citopatológicos cervicovaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária é um dos indicadores do Pacto da Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b), e mostra a relação entre a oferta de exames e a necessidade atual. Em 2005, essa razão, no país, foi de 0,17 exame/mulher/ano, valor tendencialmente estável nos últimos anos e abaixo da razão mínima esperada, de 0,3 (INCA, 2011).

Para a estruturação do rastreamento organizado de base populacional, as ferramentas de informação, o modelo de financiamento e as práticas de convocação e registro de mulheres atualmente disponíveis são ainda insuficientes; conseqüentemente o modelo de rastreamento

oportunistico¹ predomina no país, apesar de apresentar menor custoeefetividade (ADAB et al., 2004).

Considerando as múltiplas variáveis expostas anteriormente que podem interferir para um programa de rastreamento ser efetivo em reduzir as taxas de morbimortalidade pelo câncer do colo uterino, HERRERO et al. (1992) destacam que as estratégias do programa devem ser adaptadas às características regionais onde o mesmo será implementado.

1.5 COBERTURA E A QUALIDADE DOS EXAMES

Os componentes essenciais para o sucesso de um programa de rastreamento segundo SCHNEIDER et al. (2001), são a alta taxa de cobertura da população, intervalos regulares para realização do exame, equipe clínica e laboratorial bem treinada, seguimento eficiente e tratamento dos casos.

Embora o exame citopatológico tenha sido introduzido no Brasil na década de 50, a doença ainda é um problema de saúde pública. Até meados do ano 2000 existiam cerca de seis milhões de mulheres entre 35 a 49 anos, isto é, 40,0% das mulheres brasileiras que nunca realizaram o exame de Papanicolaou, faixa etária onde mais ocorrem casos positivos do câncer do colo do útero (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Uma investigação citológica adequada do colo do útero permite que a detecção precoce de lesões pré-invasivas da doença levando a um bom

¹ No modelo oportunístico, os indivíduos somente são submetidos às recomendações a partir da procura espontânea pelos serviços de saúde. Neste último caso, substancial proporção das mulheres não é rastreada ou não cumpre as recomendações recebidas (MARCHI e GURGEL, 2010).

prognóstico, por isso é necessário que nos programas de rastreamento existentes, haja melhoria na qualidade de toda a metodologia Papanicolau, reduzindo significativamente os vieses e resultados falsos negativos por material inadequado (LAZCANO-PONCE et al., 1999b; CHANG, 1999).

A cobertura de rastreamento para o câncer de colo uterino apresenta grandes desigualdades entre países (GAKIDOU et al., 2008). No Brasil, esta ainda é inferior a mínima necessária, contribuindo para as altas taxas de mortalidade no país. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), para se obter um impacto significativo na mortalidade por câncer do colo do útero a cobertura de rastreamento deve atingir 80,0% ou mais da população alvo.

Estudos sobre cobertura do teste de Papanicolaou em amostra de base populacional podem ser observados através de inquéritos realizados em âmbito nacional. Em 2003, a Pesquisa Mundial de Saúde, promovida pela OMS em 71 países, realizou inquérito de abrangência nacional dentro de 188 municípios brasileiros e mostrou que a cobertura do Papanicolaou entre mulheres de 18 a 69 anos foi 66,0% (SZWARCOWALD et al., 2004).

Inquérito populacional realizado em 2003 por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostrou que a proporção de mulheres maiores de 24 anos que relataram ter realizado pelo menos um exame de Papanicolaou nos últimos três anos foi 68,7% no país, superior a 70,0% nas principais capitais, e particularmente em São Paulo 78,9%. Esta pesquisa concluiu também que 20,9% das mulheres nesta faixa etária nunca haviam sido submetidas ao exame Papanicolaou, e que a realização do

exame estava positivamente associada à escolaridade, indicando graves desigualdades no cuidado preventivo (IBGE, 2005). Comparando o percentual de mulheres, na faixa etária alvo, submetido ao exame de Papanicolaou pelo menos uma vez na vida, pode-se observar um aumento de 82,6%, em 2003, para 87,1%, em 2008 (INCA, 2010).

Outro estudo de base populacional realizado em 2010 por meio da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) realizado na população de cada uma das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito federal mostrou que, nas mulheres com idade entre 25 e 59 anos, a cobertura de Papanicolaou, nos últimos três anos, foi de 81,3% e na região metropolitana de São Paulo a cobertura foi de 90,4% (MINISTÉRIO SAÚDE, 2011c).

Quanto aos principais fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou, estudos têm mostrado a idade avançada, o baixo nível sócio-econômico, pertencer a certos grupos étnicos e não ter cônjuge (solteiras, separadas e viúvas) (COUGHLIN e UHLER, 2000; ABRAIDO-LANZA et al., 2004).

Estudo realizado no Município de Campinas, São Paulo, mostrou que a não realização do exame de Papanicolaou estava associada ao baixo nível sócio-econômico, baixa escolaridade e às mulheres que se auto-referiram pretas/pardas. Entre todas as mulheres do estudo 19,7% referiram que nunca haviam realizado um exame de Papanicolaou, sendo os principais motivos apontados, o fato de a mulher achar que não é necessário realizá-lo

seguido pelo motivo de considerá-lo um "exame embaraçoso" (AMORIM et al., 2006).

O planejamento das ações de rastreamento deve estar cientificamente alicerçado, sob pena do uso inadequado de recursos humanos e financeiros, como foi observado no programa de rastreamento de câncer de boca no Estado de São Paulo, vinculado à vacinação contra a gripe em idosos (ANTUNES et al., 2007).

Nos países em desenvolvimento, essas ações apresentam entraves que impedem efeitos relevantes, a exemplo do relatado sobre o programa de rastreamento do câncer de colo uterino no México, onde em 1974, foi implementado o Programa Nacional de Detecção Precoce do Câncer, e a taxa de mortalidade por câncer do colo do útero ao longo dos últimos 25 anos não tem diminuído, devido à baixa cobertura e baixa qualidade dos exames (LAZCANO-PONCE et al., 1997, 1999a; HERNÁNDEZ-AVILA et al., 1998).

O indicador de percentual de amostras insatisfatórias é utilizado para avaliar a qualidade da coleta e do preparo das lâminas, tanto na unidade de coleta como no laboratório. No Brasil como um todo, esse indicador manteve-se estável entre 2002 e 2008, abaixo de 1,2%, ou seja, menor que o parâmetro da OMS (até 5,0%). O monitoramento de qualidade dos exames citopatológicos foi definido em 2001, no entanto, o monitoramento externo da qualidade, essencial nos programas organizados, não foi amplamente implantado no país (INCA, 2010).

Quanto ao tratamento, desde 2002 existem diretrizes padronizadas para a abordagem dos exames citopatológicos alterados, as quais foram atualizadas em 2006 (INCA, 2006). Essas diretrizes recomendam o tratamento ambulatorial das lesões de alto grau em unidades de nível de atendimento secundário, por meio de exereses da zona de transformação (EZT) por cirurgia de alta frequência (CAF), permitindo o tratamento imediato das lesões após confirmação colposcópica do diagnóstico – prática chamada “Ver e Tratar”. O objetivo dessa estratégia é facilitar o acesso das mulheres ao tratamento e diminuir possibilidades de perdas no seguimento.

Constata-se, entretanto, que a adesão médica a estas recomendações é baixa, sendo frequente o encaminhamento das mulheres com lesões de alto grau para realização do procedimento em regime de internação. Além do encaminhamento inadequado de pacientes para internação, existem perdas no acompanhamento de mulheres com lesão de alto grau, comprometendo o sucesso do rastreamento.

1.6 NOVAS TECNOLOGIAS E OUTROS MÉTODOS DE RASTREAMENTO

Até a década de 1990, o teste Papanicolaou convencional constituiu-se na principal estratégia utilizada em programas de rastreamento voltados ao controle do câncer do colo do útero. Novos métodos de rastreamento, como testes de detecção do DNA do HPV e inspeção visual do colo do útero, utilizando ácido acético (VIA) ou lugol (VILI), são apontados, em vários

estudos, como eficazes na redução das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero (INCA, 2009).

Quanto aos métodos diagnósticos empregados para o rastreamento, também foi apresentada uma revisão sobre eficácia e custo-efetividade.

As evidências científicas disponíveis apontam que a citologia em meio líquido ou automatizada, além de mais cara, não apresenta melhor desempenho quando comparadas com a técnica convencional (ARBYN et al., 2008). Entretanto, a automação segundo NIEMINEN et al. (2007) e BIBBO (2008) pode ser considerada uma alternativa para áreas carentes de profissionais especializados.

Estudo realizado no país, em 2005, comparando o teste de Papanicolaou com novas tecnologias de rastreamento do câncer cérvicouterino na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), concluiu que embora o teste de Papanicolaou possa ser mais custoefetivo, o teste de detecção de DNA-HPV oncogênico pode vir a mostrar melhor razão de custoefetividade na dependência dos preços praticados no setor de saúde (CAETANO et al., 2006). Embora exista a possibilidade de redução de custos dos testes de DNA-HPV, os mesmos são dependentes de tecnologia estrangeira e vale ressaltar ainda que para a implantação de uma nova tecnologia, como parte do programa de controle do câncer do colo do útero, é necessário verificar este impacto também do ponto de vista estrutural. A modificação de rotinas já estabelecidas implica, entre outros, em custos não previstos, perda de produtividade temporária e necessidade de treinamento e capacitação de recursos humanos para a reorganização da assistência.

Assim, apenas a garantia de acesso a um exame sensível de rastreamento não é suficiente para impactar na redução da mortalidade, objetivo principal de todo programa de rastreamento.

Recentemente, agências de regulamentação de medicamentos de vários países aprovaram para comercialização vacinas contra a infecção pelo HPV. No Brasil, estão registradas, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa/MS): a vacina quadrivalente contra HPV 6, 11, 16 e 18, desenvolvida para a prevenção de infecção pelos tipos virais mais comuns nas verrugas genitais (HPV 6 e 11) e no câncer do colo do útero (HPV 16 e 18), é indicada para mulheres com idade de 9 a 26 anos; e a vacina bivalente contra HPV tipos 16 e 18, associados ao câncer do colo do útero, é indicada para a mulheres de 10 a 19 anos. A incorporação da vacina contra HPV no Programa Nacional de Imunizações está em discussão pelo Ministério da Saúde e pode se constituir, no futuro, em importante ferramenta no controle do câncer do colo do útero (INCA, 2009).

Em função da própria história natural da doença, espera-se um impacto da vacinação na redução do câncer em 30-40 anos (IARC, 2007).

1.7 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O Brasil assumiu, nos anos 80, o seu controle como prioridade nas políticas de atenção à saúde da mulher. As ações de detecção precoce do câncer do colo do útero foram incorporadas a partir do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com a publicação de

manuals técnicos e orientação a Estados e municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984). Até esta década, as ações de controle do câncer do colo do útero no país eram pontuais e as atividades de atenção à saúde da mulher eram voltadas para o período gravídico-puerperal.

O desenvolvimento do SUS no país tem enfrentado inúmeros desafios para oferecer acesso universal a cuidados de saúde e para garantir que estes cuidados sejam resolutivos e de qualidade. Entretanto surge um aumento de interesse e de financiamento para enfrentar o problema.

Na década de 1990, houve a consolidação das ações do controle do câncer sob coordenação do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e, em relação ao colo do útero, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Controle do Câncer Cérvico Uterino (PNCCU). Em 1996 foi realizado, pelo INCA/MS, o Projeto Piloto do “Programa Viva Mulher” em quatro municípios e um Estado, visando ao controle do câncer do colo do útero, culminando, em 1998, na 1ª Campanha Nacional de Rastreamento, através do exame Papanicolaou. 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.

Alinhado aos movimentos internacionais de valorização da atenção primária, as políticas governamentais para o setor saúde enfatizaram a reestruturação da atenção básica – de que é um exemplo o incentivo a programas como o de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997), na busca por modelos que ampliassem a cobertura e a capacidade de

resolução de problemas no nível primário de atenção. A organização da rede básica exige um esforço de superação do papel de porta de entrada triadora, entendendo-a como lugar essencial onde se possa realizar a integralidade das ações individuais e coletivas de saúde (MERHY, 1998).

No período de 1999 a 2001, as ações do “Programa Viva Mulher” foram expandidas aos 27 Estados, através de convênio que possibilitou estruturação das coordenações Estaduais.

Em 2002, ocorreu a segunda mobilização nacional para detecção precoce da doença visando, prioritariamente, captar, acompanhar e tratar as mulheres que nunca haviam realizado o exame citopatológico. Pretendia-se, nesta fase, atingir a meta de 2.511.581 mulheres. No entanto, o programa superou as expectativas, alcançando um total de 3.856.650 mulheres examinadas.

Após esses dois momentos de intensificação, as ações foram consolidadas nos Estados e Distrito Federal, com destaque para alguns avanços como: padronização nacional dos laudos de exames; disseminação da técnica de cirurgia de alta frequência; ampliação da oferta do exame citopatológico; disponibilização de informações técnicas e gerenciais e a consolidação do Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO).

Com a publicação das Portarias GM/MS nº 2.439/2005 e GM 399/06 que instituíram, respectivamente, a Política Nacional de Atenção Oncológica e o Pacto pela Saúde, o controle do câncer do colo do útero passa a compor os planos de saúde estaduais e municipais, como uma das metas prioritárias

inseridas no termo de compromisso de gestão, envolvendo as diferentes esferas na responsabilização do controle desse câncer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, 2006a).

Para a avaliação das ações de rastreamento, conta-se desde 1999 com o SISCOLO, desenvolvido pelo INCA, em parceria com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que permite o acompanhamento dos indicadores de processo do programa, como, por exemplo, avaliar se a população alvo está sendo atingida, estimar a prevalência das lesões precursoras entre as mulheres rastreadas, obter dados sobre a qualidade da coleta de material, calcular o percentual de mulheres em tratamento após a realização do diagnóstico, entre outros.

Registraram-se no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), no ano de 2008, as produções de 11,8 milhões de exames citopatológicos do colo do útero, dos quais mais de 70,0% foram realizados na população alvo, representando um aumento de 46,0% na oferta em relação a 1998, ano da primeira campanha do Programa Viva Mulher. Através do SISCOLO percebe-se também um aumento do número de municípios que realizaram a coleta do exame citopatológico de 89,5% (2004/2005) para 95,0% (2007/2008), como reflexo da política de expansão da estratégia de saúde da família.

Entretanto, o SISCOLO ainda apresenta algumas limitações para a implantação e gestão de um modelo de rastreamento de base populacional organizado. Como principal ponto fraco do sistema, destaca-se a falta de

cadastro das mulheres de forma a permitir o pareamento dos exames com uma determinada mulher na unidade de atenção primária.

O presente sistema faz a gestão de exames, não de mulheres, não permitindo, assim, identificar as usuárias da unidade de saúde que nunca foram rastreadas ou que não o estão sendo na periodicidade recomendada. A dificuldade de estruturação e manutenção de equipes gerenciais para o programa de rastreamento, seja nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) seja nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), tem representado um desafio permanente à sustentabilidade das ações, refletindo-se no processo de planejamento e pactuação, na política de qualificação de recursos humanos e na garantia da continuidade do cuidado.

É fundamental destacar que para ofertar atenção integral em saúde, em tempo e local oportunos, com qualidade e uso racional dos recursos disponíveis, os diversos serviços de saúde que compõem o SUS devem estar organizados em redes regionalizadas e hierarquizadas, orientadas pela atenção primária, e ser capazes de responder a necessidades de saúde individuais e coletivas.

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986 em Ottawa, Canadá, apresentou a promoção da saúde como um enfoque político e técnico em torno do processo saúde/doença/cuidado (BUSS, 2000; TEIXEIRA e SOLLA, 2006). A Carta de Ottawa, resultado desta conferência, define Promoção de Saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. É

importante ressaltar que a Promoção da Saúde, segundo a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), é definida de maneira mais ampla, não se dirigindo a uma determinada doença, e enfatiza a transformação das condições de vida, procurando integrar saberes técnicos e populares, bem como a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para o enfrentamento e resolução dos problemas de saúde (OPAS, 2011).

Embora o conceito de Promoção da Saúde venha se desenvolvendo de forma mais vigorosa nos últimos 20 anos, percebe-se ainda a necessidade de uma abordagem mais abrangente na questão saúde.

Outrossim, o acolhimento e a qualidade da atenção fornecida pelo serviço de saúde podem interferir na busca por este serviço, assim como na escolha da mulher em retornar para buscar o resultado do Papanicolaou. Dentro deste quadro, os profissionais de saúde não são e nem devem ser meros expectadores passivos, mas sim atores com capacidade de sensibilizar a população a que assistem, fornecendo informações sobre aspectos do processo saúde-doença e a importância da realização do exame Papanicolaou.

Humanização na saúde significa a valorização da qualidade técnica e ética do cuidado, aliada ao reconhecimento dos direitos do/a usuário/a, de sua subjetividade e referências culturais, garantindo o respeito às questões de gênero, etnia, raça, situação econômica, orientação sexual e a grupos populacionais. A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde – Humaniza SUS, instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, é fruto

de um debate no campo da saúde pública interessada em fazer avançar os princípios do SUS de acesso universal, integralidade da atenção e equidade na gestão, distribuição e uso dos recursos segundo as necessidades de saúde da população brasileira.

É importante considerar as especificidades na população feminina - negras, indígenas, trabalhadoras da cidade e do campo, as que estão em situação de prisão, as lésbicas e aquelas que se encontram na adolescência, no climatério e na terceira idade - e relacioná-las à situação ginecológica, em especial ao câncer do colo do útero e as DST (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c).

Diante deste cenário, fica clara a necessidade de continuidade em investimentos no desenvolvimento de ações abrangentes para o controle do câncer, nos diferentes níveis de atuação, como: na promoção da saúde, na detecção precoce, na assistência aos pacientes, na vigilância, na formação de recursos humanos, na comunicação e mobilização social, na pesquisa e na gestão do SUS.

1.8 INQUÉRITOS DE BASE POPULACIONAL

A vigilância em saúde é um dos componentes fundamentais para o planejamento e monitoramento da efetividade de programas de controle de câncer bem como a avaliação de seu desempenho. Considerando o quadro deste grave problema de saúde pública, há a necessidade de sustentar, ou até mesmo criar novos programas de saúde voltados para a atenção, prevenção e tratamento do referido câncer (INCA, 2008). Para tal, faz-se de

grande importância o conhecimento do perfil epidemiológico da população, o que pode ser traçado utilizando-se inquéritos de saúde.

“As novas modalidades de indicadores de Saúde que vêm sendo propostas não derivam de fontes secundárias de dados como ocorre com a mortalidade e alguns indicadores de morbidade. Inquéritos de base populacional representam oportunidades únicas para a obtenção de informações, sobre morbidades percebidas, incapacidades, limitações, impactos nas atividades da vida diária e na qualidade de vida, auto-avaliação da saúde, avaliação da saúde mental, prevalência de fatores de risco e de comportamentos não-saudáveis” (BARROS, 2005, p.15-16).

Habitualmente utilizados no levantamento de dados na área da saúde, os inquéritos de saúde geram informações complementares às informações provenientes dos sistemas de informação, constituindo-se em mecanismos indispensáveis para um maior conhecimento das condições de vida e saúde da população. BARROS (2005) destaca ainda que os inquéritos nacionais de saúde

[...] “vêm sendo realizados com frequência crescente, de forma periódica ou contínua, e têm passado a constituir parte essencial dos sistemas de informação utilizados para a formulação e avaliação das políticas sociais e de saúde” (p.16).

“Os inquéritos de saúde de base populacional tiveram implementação mais significativa a partir dos anos 60, nos países desenvolvidos, e, em períodos posteriores, passaram

a ser aplicados com mais frequência também nos países subdesenvolvidos. Em alguns destes países, com grande precariedade dos sistemas rotineiros de registros de dados, os inquéritos representam muitas vezes a única forma de obtenção de informação” (p.16).

O planejamento e a avaliação dos serviços de saúde estão entre as principais aplicações dos inquéritos de base populacional. Uma contribuição excepcional dos inquéritos é possibilitar o conhecimento dos problemas de saúde da parcela da população que não tem acesso aos serviços, o que é impossível através dos estudos de demanda, ou seja, através dos registros dos pacientes atendidos nas diversas instituições de saúde. Na linha de investigação das desigualdades em saúde, BARROS (2005) destaca que estes inquéritos permitem a análise de indicadores como morbidade referida, qualidade de saúde, comportamentos relacionados à saúde e consumo de serviços.

A literatura tem evidenciado diversas razões para explicar o problema do câncer ginecológico na saúde pública, logo, são de imensa importância estudos epidemiológicos no campo da saúde da mulher no Brasil, e particularmente no município de São Paulo, cuja característica marcante é a profunda desigualdade econômica e social com o consequente impacto nos perfis de saúde-doença dos subgrupos da população, além da diversidade étnica e cultural que pode levar a uma concepção minimizada sobre a importância do exame preventivo.

Levando em consideração a relevância epidemiológica do câncer do colo do útero e sua magnitude social, este estudo permitirá, através da avaliação de uma forma indireta da situação do programa de prevenção do câncer do colo uterino no município de São Paulo, uma melhor compreensão e conhecimento da realização do exame de Papanicolaou pelas mulheres com 20 anos ou mais e a sua integração com aspectos socioeconômicos, de estilo de vida e estado de saúde, além de verificar o uso dos serviços de saúde, buscando contribuir no aprimoramento das ações de prevenção e controle do câncer do colo uterino e promoção à saúde da mulher.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar a prevalência da realização do exame preventivo do câncer do colo do útero (Papanicolaou) segundo as características socioeconômicas, demográficas, de estado de saúde, do estilo de vida e o uso de serviços de saúde por mulheres com 20 anos ou mais residentes no município de São Paulo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever, a prevalência do exame de Papanicolaou segundo os aspectos socioeconômicos e demográficos;
- Descrever a prevalência do exame de Papanicolaou segundo características de estado de saúde (doenças crônicas e obesidade);
- Descrever a prevalência do exame de Papanicolaou segundo as características do estilo de vida das mulheres (tabagismo e dependência de álcool);

- Descrever os serviços de saúde utilizados pelas mulheres para a realização do exame preventivo segundo o tipo e a natureza do serviço²;
- Verificar a presença de plano de saúde pelas mulheres entrevistadas e a utilização do mesmo para a realização do exame de Papanicolaou;
- Identificar e analisar as razões referidas pelas mulheres para a não realização do exame preventivo.

² **Tipo de serviço:** Unidade Básica de Saúde (UBS tradicional, AMA/PA, Unidade mista = UBS tradicional + ESF), consultório, ambulatório, hospital e outros. **Natureza do serviço:** SUS e Não SUS (previdência governamental - Federal/Estadual/Municipal, privado/particular, serviço de sindicato/associação de categoria corporativa, serviço próprio de empresa e outros).

3. MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO GERAL

Estudo transversal de base populacional utilizando dados do “Inquérito de Saúde no Município de São Paulo” (ISA-Capital), coletados por meio de entrevistas domiciliares no município de São Paulo em 2008.

3.2 O INQUÉRITO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (ISA-CAPITAL 2008)

O ISA-CAPITAL 2008 foi desenvolvido por pesquisadores com conhecimento e experiência em inquéritos de saúde pertencentes a três universidades públicas estaduais de São Paulo (Universidade de São Paulo - USP, Universidade de Campinas - UNICAMP e Universidade Estadual Paulista - UNESP) por meio de convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

O primeiro ISA-Capital foi realizado em 2003, um ano após a realização do “Inquérito Multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo” (ISA-SP), desenvolvido pelo mesmo grupo de pesquisadores.

O ISA-CAPITAL 2008 realizou 3.271 entrevistas domiciliares a partir de uma amostra probabilística do Município de São Paulo representativa da população residente em área urbana do município.

Foi utilizada amostragem por conglomerados em dois estágios: setor censitário e domicílio³. Primeiro, foram sorteados os setores censitários e, na etapa seguinte, cada setor sorteado foi percorrido para se proceder à elaboração de uma relação atualizada de endereços. A partir dessa listagem foram sorteados os domicílios que compuseram a amostra principal de cada estrato. Os estratos foram classificados segundo o nível socioeconômico definido pela proporção de chefes de família com diferentes graus de escolaridade. Foram formados três estratos, agrupando-se os setores censitários segundo o percentual de chefes de família com nível universitário: menos de 5,0%, de 5,0 a 25,0% e com 25,0% e mais. Em cada um dos estratos foi sorteado um terço dos domicílios da amostra e em cada domínio (grupo sexo/idade).

Estes domínios foram definidos com o intuito de garantir números mínimos na amostra para as análises estatísticas. A definição desses domínios deve-se principalmente ao fato de que alguns subgrupos populacionais, como os menores de um ano e os de idade mais avançada, representem uma proporção muito pequena do total da população e, por outro lado, são usuários frequentes de serviços de saúde, possuindo alta incidência/prevalência de doenças.

Para contemplar os objetivos do estudo, foram fixados oito domínios amostrais segundo a idade e o sexo:

³ Ver anexo 1 - Plano de Amostragem, na íntegra, elaborado por Maria Cecília Goi Porto Alves e Maria Mercedes L. Escuder.

- Menor de 1 ano, Masculino e Feminino
- 1 a 11 anos, Masculino e Feminino
- 12 a 19 anos, Feminino
- 12 a 19 anos, Masculino
- 20 a 59 anos, Feminino
- 20 a 59 anos, Masculino
- 60 anos ou mais, Feminino
- 60 anos ou mais, Masculino

Planejou-se a realização de pelo menos 300 entrevistas em cada subgrupo populacional de interesse. Esse tamanho permitiria estimar proporções ($P=0,50$) com erros de amostragem de 7 pontos percentuais ($d=0,07$) ao nível de confiança de 95,0% e com efeitos do delineamento de 1,5.

3.3 OS ENTREVISTADORES

Os entrevistadores, selecionados com pelo menos Ensino Médio completo, receberam treinamento para a aplicação dos questionários e foram avaliados e reciclados durante todo o período da pesquisa. Cerca de 10,0% da produção de cada um deles foi avaliada por nova entrevista parcial (entrevista de controle).

O treinamento enfatizou a importância de anotarem com precisão o que foi referido pelos entrevistados, visto que a pesquisa trabalhou com a

morbidade referida. Não foram selecionados entrevistadores com formação na área da saúde para evitar interferência na interpretação das respostas.

3.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população deste estudo foi composta por todas as mulheres entrevistadas pelo referido inquérito, que responderam o Bloco H (Exames Preventivos), totalizando 1.236 mulheres que pertenciam ao domínio de 20 a 59 anos ($n = 670$) e ao domínio de 60 anos ou mais ($n = 566$).

A determinação desta a faixa etária (20 anos e mais) se deu uma vez que o questionário, do bloco em questão, foi aplicado para esta população.

3.5 INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

O Inquérito de Saúde trabalhou com três grandes áreas temáticas: estilo de vida, estado de saúde e uso de serviços de saúde, sendo as informações analisadas segundo as condições de vida dos entrevistados.

As informações do ISA-Capital 2008⁴ foram obtidas através de questionários aplicados pelos entrevistadores selecionados e respondidos diretamente pelos moradores sorteados ou pela mãe ou responsável por crianças menores de 12 anos, garantindo-se assim maior confiabilidade das informações, principalmente àquelas referentes aos problemas de saúde de menor gravidade.

⁴ ISA-Capital 2008 – questionário completo disponível em: <http://www.fsp.usp.br/isa-sp>
Acesso em: 16 abr 2011.

O instrumento utilizado na pesquisa foi estruturado em 17 blocos temáticos como pode ser visualizado no quadro a seguir, com a maioria das questões fechadas, bem como a determinação dos blocos utilizados⁵ no presente estudo.

⁵ Ver anexo 2 - Questões utilizadas, provenientes dos blocos temáticos, ISA-Capital 2008.

Quadro 1. Blocos temáticos do ISA Capital 2008 e sua utilização no estudo

Blocos	Assuntos	Utilizado para análise
A	Composição familiar	X
B	Controle de visitas e identificação do entrevistado	X
C	Morbidade de 15 dias	-
C_	Uso de Serviços para morbidade dos últimos 15 dias	-
D	Doenças crônicas	X
D1	Hipertensão	-
D2	Diabetes	-
E	Deficiência Física	-
E_	Deficiência Física Referida	-
G	Utilização de serviços de saúde	-
G_	Uso de serviços para outros motivos	-
H	Exames preventivos	X
K	Hospitalização nos últimos 12 meses	-
K_	Uso de serviços para hospitalização nos últimos 12 meses	-
L	Estilo de vida (hábitos alimentares, atividades físicas, fumo e álcool)	X
M	Saúde emocional	-
O	Características socioeconômicas do entrevistado	X
P	Características da família e do domicílio	-
Q	Características socioeconômicas do chefe da família	-
R	Gasto familiar com saúde	-
S	Saúde materno infantil	-
S1	Outros serviços de saúde durante a gestação	-
S2	Outros serviços de saúde para puericultura	-
V	Informações sobre presença de animais	-
Z	Plano de Saúde	X

3.6 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

3.6.1 Variável Dependente

A variável dependente foi definida como a realização do exame de Papanicolaou em mulheres com 20 anos ou mais de idade. Considerou-se a prevalência do exame realizado nos últimos três anos antecedentes à entrevista. Este período foi definido de forma a atender as normas e recomendações definidas pelo Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero do Ministério da Saúde.

As mulheres que realizaram o exame há mais de três anos foram agrupadas com as que referiram nunca ter realizado o exame.

3.6.2 Variáveis Independentes

As variáveis independentes analisadas foram as **socioeconômicas e demográficas**: idade, cor/raça (auto-referida), naturalidade, situação conjugal, escolaridade, situação ocupacional, renda familiar *per capita*, religião e número de indivíduos no domicílio; Para o cálculo da renda familiar *per capita* foram considerados os valores dos salários mínimos vigentes no país por ocasião da realização do inquérito; **variáveis relacionadas ao estilo de vida**: tabagismo (fumantes, não fumantes e ex-fumantes) e, com base nas quatro questões do teste CAGE⁶ (MASUR et al., 1985), a

⁶ O questionário CAGE (acrônimo referente às suas quatro perguntas - *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*) é utilizado com um ponto de corte de duas respostas afirmativas sugerindo *screening* positivo para abuso ou dependência de álcool.

dependência de álcool (CAGE positivo ou CAGE negativo); **variáveis relacionadas ao estado de saúde:** nº de doenças crônicas referidas e obesidade (através do Índice de Massa Corporal – IMC)⁷ calculado com base no peso e altura auto-referidos. Foram classificadas como obesas as mulheres com $IMC \geq 30$ de acordo com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998); **variáveis relacionadas ao uso dos serviços de saúde:** tipo de serviço procurado (Unidade Básica de Saúde - UBS, consultório, ambulatório, hospital e outros), natureza do serviço (SUS, privado, previdência governamental, serviço de sindicato/associação corporativa, serviço próprio de empresa e outros), e possuir ou não plano de saúde; **variáveis relacionadas à realização de práticas preventivas para o câncer de mama:** autoexame das mamas (independente da frequência da realização), exame clínico das mamas no último ano e mamografia nos últimos dois anos. Para a realização de mamografia, foram consideradas somente as mulheres com 40 anos ou mais de idade.

3.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados do inquérito foram codificados diretamente nos questionários, digitados em máscara do programa Epi Data 3.1 (The EpiData Association, Dinamarca), e submetidos à análise de consistência. Para a estruturação do banco de dados e análises estatísticas foi utilizado o

⁷ $IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$. Indicador com níveis aceitáveis de validade, utilizado em inúmeros estudos epidemiológicos para classificação dos indivíduos por categorias (subnutrido, peso saudável, sobrepeso, obesidade grau I, II e III).

programa Stata 10.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos) que possibilitou levar em consideração as variáveis do plano de amostragem: estratos, conglomerados, ponderação e o efeito do delineamento (Módulo *Survey*).

As análises bivariadas incluíram estimativas de prevalência e intervalos de 95,0% de confiança (IC95%) da realização do exame de Papanicolaou, tempo do último exame, local e a natureza do serviço. Para verificar a associação entre a realização do exame e as demais características sociodemográficas e de saúde, foram realizados testes de qui-quadrado (χ^2).

Por fim foram estimadas razões de prevalência, IC95% e análise ajustada por meio de regressão múltipla de Poisson, que é uma medida mais conservadora e interpretável do que a razão das chances (BARROS e HIRAKATA, 2003).

Para a montagem do modelo foi utilizado o procedimento *stepwise forward* onde foram incluídas no modelo múltiplo as variáveis que obtiveram o valor de $p < 0,20$ na seguinte ordem de entrada: exame clínico das mamas, situação conjugal, idade, plano de saúde, escolaridade, naturalidade, situação ocupacional, renda familiar *per capita*, número de indivíduos no domicílio, tabagismo, cor/raça. As variáveis que permaneceram no modelo final foram classificadas em ordem crescente.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Em conformidade com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996) e suas complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP analisou o protocolo de pesquisa nº 2059 deste estudo em sua 3ª/10 sessão ordinária, realizada em 16/04/2010, considerando-o aprovado (Ofício nº 60/10)⁸.

Os indivíduos sorteados para a participação na pesquisa do ISA-Capital 2008 assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁹, onde os objetivos da pesquisa e o tipo de informações que seriam solicitadas foram apresentados, sendo assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados levantados.

⁸ Ver anexo 3 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FSP/USP favorável à realização do presente estudo.

⁹ Ver anexo 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Do total de mulheres com 20 anos ou mais de idade que responderam o Bloco H (n=1236), 45,6% tinham entre 20 a 39 anos, 36,4% entre 40 a 59 anos e 18,0% com 60 anos e mais. Quanto a cor/raça, 64,3% se auto referiram brancas. Em relação ao estado civil, 54,1% eram casadas ou com companheiros. A maioria (46,0%) tinha entre 8 e 11 anos de escolaridade e era católica, 54,5%. Levando em conta a situação ocupacional, 57,6% referiram estar trabalhando, sendo que a renda *per capita* de 48,0% das mulheres entrevistadas era entre 1 - 4 salários mínimos. Ainda, do total das mulheres, 50,8% tinham plano de saúde. Quanto à naturalidade das mulheres, 45,0% eram naturais do município de São Paulo, sendo que as demais eram naturais de outros municípios de dentro ou fora do Estado de São Paulo.

Em relação à realização do exame de Papanicolaou, a Tabela 1 mostra que 90,3% das mulheres haviam realizado pelo menos uma vez na vida. Deste total que realizou o exame, 54,1% referiram ter realizado há menos de 1 ano e 34,1% realizaram-no entre 1 e 3 anos. Nota-se que, do total de mulheres entrevistadas com 20 anos ou mais 9,7% referiram que nunca haviam realizado um exame preventivo do câncer do colo do útero.

Tabela 1. Prevalência da realização de Papanicolaou por mulheres com 20 anos ou mais segundo o intervalo de tempo do último exame no momento da entrevista. ISA-Capital, São Paulo, 2008.

Variáveis		n*	%**	IC 95%
Fez o exame	Sim	1121	90,3	88,0 - 92,2
	Não	116	9,7	7,8 - 12
Há quanto tempo	< 1 ano	540	54,1	48,9 - 59,3
	1 a 2 anos	282	26,2	22,4 - 30,3
	2 a 3 anos	96	7,9	6,3 - 9,8
	Mais de 3 anos	202	11,8	9,9 - 14,1

* Número absoluto da amostra não ponderada

** Porcentagem da amostra ponderada

4.2 PREVALÊNCIA DO EXAME DE PAPANICOLAOU

Para a associação com as variáveis estudadas, foi utilizada a prevalência da realização do exame de Papanicolaou nos últimos três anos que antecederam à entrevista. Pode-se observar, na Figura 1, que do total de mulheres que realizaram o Papanicolaou (n=1236), 79,6% (IC95 76,7% - 82,2%) estão com a prática de prevenção adequada conforme as recomendações do Ministério da Saúde.

Figura 1. Realização de pelo menos um exame de Papanicolaou por mulheres com 20 anos ou mais no período de até 3 anos no momento da entrevista. ISA-Capital, São Paulo, 2008.

4.3 REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAOU SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS

A realização do exame de Papanicolaou, conforme Tabela 2, mostrou-se associada a diversas variáveis socioeconômicas e demográficas, apresentando prevalência de realização do exame significativamente mais elevada as mulheres com idade entre 40 a 59 anos (87,4%) do que em outras faixas etárias ($p < 0,0001$). As mulheres com 60 anos ou mais

apresentaram a menor frequência (64,9%) de realização do exame (IC95% 61,1% - 68,5%).

Tabela 2. Realização do exame de Papanicolaou no período de até 3 anos por mulheres com 20 anos ou mais, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas. ISA-Capital, São Paulo, 2008.

Variáveis	Prevalência Papanicolaou < 3 anos			Valor p**
	n	%*	RP (IC 95%)	
Idade (anos)				
20 a 39	294	79,3	1,22 (1,13 - 1,32)	< 0,0001
40 a 59	258	87,4	1,35 (1,26 - 1,44)	
60 e +	366	64,9	1	
Cor/raça				
Branca	594	81,5	1,07 (0,98 - 1,17)	0,1154
Não branca	321	76,2	1	
Naturalidade				
SP Capital	345	83,7	1,10 (1,03 - 1,17)	0,0068
Outro Município	573	76,3	1	
Situação Conjugal				
Casada ou com companheiro	518	90,9	1,54 (1,33 - 1,77)	< 0,0001
Solteira	141	63,0	1,07 (0,87 - 1,30)	
Separada/desquitada/divorciada	102	81,6	1,38 (1,18 - 1,62)	
Viúva	157	59,1	1	
Religião				
Sem religião	35	76,6	0,95 (0,80 - 1,12)	0,6309
Católica	526	80,9	1	
Evangélica	226	80,0	0,99 (0,91 - 1,07)	
Outras	131	76,2	0,94 (0,83 - 1,06)	
Escolaridade (anos)				
0 a 3	177	69,1	1	0,0029
4 a 7	248	75,4	1,09 (0,97 - 1,22)	
8 a 11	349	80,7	1,17 (1,03 - 1,32)	
12 ou +	143	86,5	1,25 (1,11 - 1,41)	

Situação Ocupacional				
Trabalha	434	83,7	1,13 (1,04 - 1,22)	0,0121
Desempregada	36	78,1	1,05 (0,87 - 1,27)	
Outros	445	74,2	1	
<hr/>				
Renda familiar <i>per capita</i>				
(salários mínimos)				
< 1	409	77,7	1	0,0204
1 a 4	436	78,9	1,01 (0,95 - 1,08)	
5 ou +	73	90,6	1,16 (1,07 - 1,27)	
<hr/>				
Nº de indivíduos no domicílio				
1	92	70,4	1	0,0690
2 a 3	457	82,5	1,17 (1,03 - 1,33)	
4 ou +	369	78,2	1,11 (0,96 - 1,29)	

* Porcentagem da amostra ponderada

** Teste de associação pelo χ^2

Em relação à raça/cor, as mulheres que se auto referiram brancas apresentaram maior prevalência de realização do exame preventivo (81,5%) (IC95% 77,8% - 84,6%) do que as não brancas, no entanto, este valor não foi estatisticamente significativo entre as variáveis estudadas ($p=0,1154$).

Quanto à naturalidade das mulheres entrevistadas, houve associação estatisticamente significativa ($p=0,0068$) com a realização do exame de Papanicolaou, observando-se que as mulheres naturais do Município de São Paulo apresentaram prevalência mais elevada (83,7%) de realização do exame do que as naturais de outros municípios (76,31%).

Levando-se em conta a situação conjugal, mulheres casadas ou com companheiro apresentaram prevalência de 90,3% do exame de Papanicolaou seguidas pelas mulheres separadas/desquitadas/divorciadas, (81,6%), evidenciando também uma associação estatisticamente significativa

($p < 0,0001$). As mulheres solteiras apresentaram prevalência de realização do exame abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde (63,0%), seguidas pelo grupo das mulheres viúvas, sendo este o que menos realizou o exame (59,1%).

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa na variável religião ($p = 0,6309$), onde as prevalências entre as mulheres católicas e evangélicas foram similares, 80,9% e 80,0% respectivamente, e embora os grupos sem religião e de outras religiões tenham apresentado prevalências menores, também demonstraram semelhança entre os valores, 76,6% e 76,2% respectivamente.

Comparando os anos de escolaridade das mulheres entrevistadas, observa-se que há uma associação significativa ($p = 0,0029$). O grupo que possuía 12 ou mais anos de estudo apresentou prevalência de realização do exame de Papanicolaou de 86,5% (IC95% 80,5% - 90,9%), enquanto que o que possuía menos escolaridade (0 a 3 anos) atingiu apenas 69,1% (IC95% 61,4% - 75,9%).

Em relação à situação ocupacional das mulheres entrevistadas, foi observada associação estatisticamente significativa ($p = 0,0121$). As mulheres que referiram exercer alguma atividade remunerada apresentaram prevalência de realização de Papanicolaou mais elevada (83,7%) do que as que se encontravam desempregadas (78,1%), ou ainda as donas de casa, pensionistas ou estudantes (74,2%).

Levando em consideração a renda familiar *per capita*, as mulheres com maior prevalência de realização do exame de Papanicolaou (90,6%)

recebiam 5 ou mais salários mínimos, enquanto as mulheres que ganhavam menos de 1 salário mínimo apresentaram a menor prevalência (77,7%), apontando também associação estatisticamente significativa ($p=0,0204$).

Não foi observada associação estatisticamente significativa quanto ao número de indivíduos no domicílio ($p=0,0690$). As mulheres que referiram possuir de 2 a 3 pessoas no domicílio apresentaram 82,5% de realização do exame de Papanicolaou, seguidas pelas que possuíam 4 ou mais indivíduos (78,2%) e por último as que referiram residir sozinhas (70,4%).

4.4 REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAOU SEGUNDO AS VARIÁVEIS DE ESTILO DE VIDA E ESTADO DE SAÚDE

Observou-se que, entre as variáveis relacionadas ao estilo de vida, a realização do exame de Papanicolaou não se mostrou associada com o tabagismo ($p=0,0858$) tampouco com o alcoolismo ($p=0,7847$) como pode ser visualizado a seguir na Tabela 3. As maiores prevalências de realização do exame foram encontradas nas mulheres ex-fumantes (84,0%) e nas mulheres com CAGE positivo (84,8%).

Tabela 3. Realização exame de Papanicolaou no período de até 3 anos por mulheres com 20 anos ou mais de idade segundo variáveis de estilo e vida e estado de saúde. ISA-Capital, São Paulo, 2008.

Variáveis	Prevalência Papanicolaou < 3 anos			Valor p**
	n	%*	RP (IC 95%)	
Tabagismo				
Não fumantes	598	77,9	1	0,0858
Fumantes	161	81,5	1,05 (0,98 – 1,12)	
Ex-fumantes	159	84,0	1,08 (1,01 – 1,15)	
Alcoolismo (CAGE)				
Positivo	22	84,8	1	0,7847
Negativo	394	82,4	0,97 (0,80 – 1,18)	
IMC				
< 30	733	79,8	1	0,6849
≥ 30	158	81,2	1,02 (0,94 – 1,11)	
Número de doenças crônicas				
0	131	77,3	1	0,5344
1 a 2	330	81,1	1,05 (0,95 – 1,16)	
3 ou +	435	79,5	1,03 (0,95 – 1,12)	

* Porcentagem da amostra ponderada

** Teste de associação pelo χ^2

Levando em consideração as variáveis relacionadas ao estado de saúde, a realização do Papanicolaou também não mostrou associações estatisticamente significantes com o IMC ($p=0,6849$) e com o número de doenças crônicas ($p=0,5344$), apresentado prevalências similares as mulheres consideradas obesas e não obesas, e também entre as mulheres que referiram apresentar ou não doenças crônicas.

4.5 REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAOU SEGUNDO AS VARIÁVEIS DE USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Considerando o tipo de serviço para a realização do exame de Papanicolaou, a Tabela 4 mostra que do total de mulheres que realizaram o exame preventivo nos últimos três anos, 43,1% (IC95% 35,9% - 50,7%) referiram ter utilizado o consultório médico, seguidas pelas mulheres que realizaram o exame nas Unidades Básicas de Saúde (33,1%). Vale ressaltar que na categoria UBS estão agrupadas UBS tradicionais, as Unidades de Pronto Atendimento (PA), Assistência Médica Ambulatorial (AMA) e Unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Tabela 4. Realização do exame de Papanicolaou no período de até 3 anos por mulheres com 20 anos ou mais de idade segundo variáveis de uso dos serviços de saúde. ISA-Capital, São Paulo, 2008.

Variáveis		n*	%**	IC 95%
Tipo do Serviço	Unidade Básica de Saúde	340	33,1	27,12 – 39,8
	UBS Tradicional	247	24,0	19,4 - 29,3
	AMA/PA	14	1,5	0,7 - 3,0
	Mista (UBS Trad. + ESF)	79	7,6	4,3 - 12,9
	Consultório	337	43,1	35,9 - 50,7
	Ambulatório	126	12,1	8,2 - 17,3
	Hospital	64	6,1	4,4 - 8,1
	Outros	50	5,6	3,8 - 8,3
Natureza do serviço	SUS	414	39,2	33,0 - 45,9
	Não SUS	503	60,8	54,1 - 67,0
	Previd. Governamental	24	2,4	1,4 - 4,3
	Privado	470	57,0	50,7 - 63,1
	Sindicato	6	0,9	0,3 - 2,3
	Empresa	3	0,5	0,1 - 1,5

* Número absoluto da amostra não ponderada

** Porcentagem da amostra ponderada

Quanto à natureza do serviço, a maioria das mulheres que respondeu ao questionário (57,0%) utilizou o serviço privado para a realização do exame preventivo do colo uterino (IC 95% 50,7% - 63,1%). No entanto, parcela significativa (39,2%) das mulheres deste estudo também utilizou o SUS para a realização do exame de Papanicolaou (IC95% 33,0% - 45,9%).

4.5.1 Plano de Saúde

Do total das mulheres entrevistadas neste estudo, 50,8% referiram possuir plano de saúde (IC95% 45,4% - 56,1%). Pôde-se observar (Figura 2) que as mulheres que possuíam plano de saúde apresentaram prevalência de realização do exame de Papanicolaou mais elevada (86,7%) (IC95% 83,2% - 89,6%) do que as mulheres que não possuíam (72,7%) (IC95% 67,9% - 77,0%), mostrando associação estatisticamente significativa entre as variáveis estudadas ($p < 0,0001$).

Figura 2. Realização do exame de Papanicolaou no período de até 3 anos por mulheres com 20 anos ou mais de idade segundo a variável Plano de Saúde. ISA-Capital, São Paulo, 2008.

Realizando o cruzamento das variáveis “plano de saúde” com o a “natureza do serviço” utilizadas para a realização do exame preventivo de Papanicolaou nos últimos 3 anos, observou-se que do total de mulheres que possuíam plano de saúde, 7,6% realizaram o exame pelo SUS. Em relação ao total de mulheres que utilizaram o SUS para a realização do Papanicolaou, 10,4% possuíam plano de saúde.

4.6 REALIZAÇÃO DE PRÁTICAS PREVENTIVAS PARA O CÂNCER DE MAMA

A realização do exame de Papanicolaou, de acordo com a Tabela 5, mostrou-se associada às variáveis de realização das práticas preventivas para o câncer de mama, apresentando prevalências de realização do exame de Papanicolaou significativamente mais elevadas as mulheres que tiveram o exame clínico das mamas no último ano (92,2%) e as mulheres com 40 anos ou mais de idade que realizaram o exame de mamografia nos últimos dois anos (96,7%) do que as que não realizaram estas práticas ($p < 0,0001$).

Tabela 5. Realização do exame de Papanicolaou no período de até 3 anos por mulheres com 20 anos ou mais de idade segundo práticas preventivas para o câncer de mama. ISA-Capital, São Paulo, 2008.

Variáveis	Prevalência Papanicolaou < 3 anos			Valor p**
	n	%*	RP (IC 95%)	
Prática do autoexame (independente da frequência)				
Sim	705	80,29	1,02 (0,96 – 1,09)	0,4749
Não	212	78,51	1	
Exame clínico das mamas (no último ano)				
Sim	568	92,15	1,43 (1,29 – 1,58)	< 0,0001
Não	350	64,55	1	
Mamografia*** (nos últimos 2 anos)				
Sim	494	96,68	2,07 (1,77 – 2,41)	< 0,0001
Não	131	46,75	1	

* Porcentagem da amostra ponderada

** Teste de associação pelo χ^2

*** Exame realizado somente em mulheres com 40 anos ou mais de idade

Não houve associação estatisticamente significativa para o autoexame das mamas ($p=0,4749$). As mulheres que referiram realizar esta prática apresentaram prevalência de realização do exame de Papanicolaou similar as que referiram não realizar, 80,3% e 78,5% respectivamente.

4.7 MOTIVOS REFERIDOS SOBRE A NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAOU

Entre o total de mulheres que referiram nunca ter realizado o exame preventivo do câncer de colo do útero, a resposta mais frequente (Figura 3) sobre os motivos para a não realização do exame foi “*não achava que era necessário/ sou saudável*” (48,7%), seguida por considerarem o exame “*embaraçoso/ desconfortável/ vergonha*” (10,1%).

Figura 3. Motivos referidos pelas mulheres com 20 anos ou mais de idade para a não realização do exame de Papanicolaou. ISA-Capital, São Paulo, 2008.

Nos “outros” motivos (9,9%) estão incluídas questões como falta de tempo e coragem, desleixo/preguiça, medo, ser hysterectomizada, porque o médico não solicitou o exame preventivo e gravidez.

As mulheres que referiram nunca ter mantido relação sexual foram representadas por 9,3%. Ainda referiram que não conhecia o exame ou não sabiam da sua finalidade e importância 7,8% das mulheres entrevistadas.

Os demais motivos relatados pelas mulheres, em menor porcentagem, são apresentados na Figura 3.

4.8 FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAOU

Os resultados da análise de regressão múltipla de Poisson apontam que a realização do exame de Papanicolaou, nos 3 últimos anos que antecederam a entrevista, foi significativamente mais frequente entre as mulheres que realizaram o exame clínico das mamas, cuja prevalência foi 35,0% maior do que as mulheres que não realizaram (Tabela 6).

Tabela 6. Modelo de regressão múltipla de Poisson para os fatores associados à realização do exame de Papanicolaou no período de até 3 anos em mulheres com 20 anos ou mais. ISA-Capital, São Paulo, 2008.

Variáveis	Prevalência Papanicolaou < 3 anos	
	n	RP Ajustada* (IC 95%)
Exame clínico das mamas		
Sim	568	1,35 (1,22 – 1,48)
Não	350	1
Situação Conjugal		
Casada ou com companheiro	518	1,27 (1,09 – 1,49)
Solteira	141	0,91 (0,74 – 1,12)
Separada/Desquitada/Divorciada	102	1,21 (1,02 – 1,44)
Viúva	157	1
Idade (anos)		
20 a 39	294	1,23 (1,12 – 1,35)
40 a 59	258	1,19 (1,09 – 1,31)
60 e mais	366	1
Plano de Saúde		
Possui	451	1,08 (1,01 – 1,16)
Não Possui	467	1
Tabagismo		
Não fumante	598	1
Fumante	161	1,05 (0,98 – 1,13)
Ex-fumante	159	1,07 (1,01 – 1,13)
Escolaridade (anos)		
0 a 3 anos	177	1
4 a 7 anos	248	1,06 (0,97 – 1,17)
8 a 11 anos	349	1,06 (0,96 – 1,18)
12 e mais	143	1,09 (0,97 – 1,23)

* Ajustada pelo modelo de Poisson pelas demais variáveis do modelo

Em relação à situação conjugal, as mulheres casadas ou com companheiros apresentaram a realização do exame 27,0% a mais que as mulheres viúvas, enquanto que as separadas/desquitadas/divorciadas 21,0%.

Considerando as faixas etárias das mulheres entrevistadas, as que possuíam entre 20 a 39 anos apresentaram prevalência de realização do exame 23,0% maior do que as mulheres com 60 anos ou mais, seguidas pelas mulheres entre 40 a 59 anos (19,0%).

A realização do exame de Papanicolaou foi mais prevalente também entre as mulheres que referiram possuir plano de saúde (8,0%) comparando-as com as que não possuem.

Em relação ao hábito de fumar, o grupo das mulheres ex-fumantes apresentou prevalência de realização do exame preventivo 7,0% maior do que o grupo das não fumantes.

Não houve diferença estatisticamente significativa na prevalência do exame em relação aos anos de estudo das mulheres entrevistadas. A variável escolaridade foi estabelecida apenas como efeito de ajuste do modelo.

5. DISCUSSÃO

Os estudos transversais, quando utilizados de acordo com suas indicações, vantagens e limitações podem oferecer valiosas informações para o avanço do conhecimento científico (BASTOS e DUQUIA, 2007).

“Monitorar o estado de saúde das populações interessa a diferentes setores de todos os níveis de governo e à sociedade e suas organizações, no processo de construção de estratégias para a obtenção de melhor qualidade de saúde e de vida” (BARROS, 2005, p.11). Para tal, os inquéritos de base populacional são meios comprovados para obtenção de informações essenciais, a respeito de necessidades, comportamentos, gastos e condições de saúde dos indivíduos, além de levantarem questões relacionadas aos serviços de saúde, especialmente nos indivíduos que não fazem uso dos serviços ou o fazem de maneira irregular (SOUZA, 2006).

Este tipo de estudo permite superar uma das grandes limitações dos dados obtidos a partir da demanda, que por serem altamente seletivos, “ocultam um dos aspectos mais importantes da avaliação de serviços de saúde nos países em desenvolvimento, e mesmo naqueles desenvolvidos: a iniquidade no acesso aos serviços de saúde” (BARROS, 2005, p.25). Desta maneira, os inquéritos de base populacional tornam possível avaliar a forma da utilização dos serviços de saúde por grupos com diferentes características socioeconômicas e demográficas.

Os resultados obtidos neste estudo acompanham a tendência observada em inquéritos epidemiológicos anteriores sobre o exame de Papanicolaou, realizados no Município de São Paulo, bem como na

população feminina brasileira como um todo. No entanto, anterior à discussão dos resultados, é fundamental considerar as limitações presentes nesta pesquisa.

5.1 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

Em relação à seleção dos indivíduos para o estudo, não foram entrevistadas pessoas sem residência fixa tampouco moradores de rua. A não participação de alguns sujeitos além de impedir a sua identificação, deixa incertezas de como seriam os resultados caso esta população respondesse ao questionário.

Outra limitação deriva da utilização de dados de inquérito de saúde, cujos questionários são mais amplos e não se voltam às questões mais específicas, tal como as práticas preventivas do câncer de colo do útero. Particularmente neste estudo, algumas informações relevantes deixaram de ser levantadas, como conhecimento e atitude em relação ao exame, motivo da procura para a realização do mesmo, se as participantes eram ou não sexualmente ativas e se as mulheres que referiram ter realizado o Papanicolaou possuíam a ciência do resultado do exame.

É fundamental observar o fato da informação sobre a realização do exame de Papanicolaou ter sido referida e não checada em prontuários ou outros registros de profissionais de saúde. Os dados baseados em autorrelato das mulheres tendem a encerrar certo grau de superestimação devido à presença potencial de um viés recordatório da aferição da informação, já descrito por outros estudos (BOWMAN et al., 1997), no qual

as mulheres tendem a superestimar a realização do teste e subestimar a época da realização do último exame, tornando-a mais recente do que verdadeiramente é.

Por outro lado, MCGOVERN et al. (1998) consideram a lembrança de testes realizados nos últimos três anos anteriores à entrevista como mais acurada do que os testes realizados há mais de três anos. Estudo realizado nos Estados Unidos observou uma alta correlação entre os dados auto-referidos sobre as práticas preventivas para vários tipos de câncer, inclusive do colo do útero, e os dados registrados nos prontuários das pessoas entrevistadas, apontando as entrevistas como um método confiável e menos dispendioso para a obtenção desse tipo de informação (INCA, 2004). Em revisão realizada por AMORIM et al. (2006) é mostrado que diversos estudos nacionais e internacionais têm utilizado também informação referida sobre a realização do exame de citologia oncótica cervical, o que tem sido considerado um procedimento válido e de menor custo.

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

5.2 PREVALÊNCIAS DO EXAME DE PAPANICOLAU

Constatou-se no presente estudo que 90,3% (IC95% 88,0% – 92,2%) das mulheres entrevistadas referiram ter realizado o exame citológico

preventivo pelo menos uma vez na vida, proporção superior às observadas por PINHO et al. (2003) 86,1% e as do ISA-Capital 2003*¹⁰ (85,7%), ambos no Município de São Paulo. Este aumento pode refletir uma crescente intensificação da coleta do material cervicovaginal e maior sensibilização por parte da população.

Ao considerar a realização do exame de Papanicolaou conforme a recomendação do Ministério da Saúde, de pelo menos um exame nos três últimos anos, a prevalência de realização (79,6%) (IC95%, 76,7% - 82,2%) foi discretamente mais elevada que a observada no ISA-Capital 2003 (77,9%). A cobertura se mostrou similar aos resultados do PNAD 2003, cuja prevalência do exame no período de até três anos em mulheres com 25 anos ou mais foi 78,9% para o município e superior à cobertura do Estado de São Paulo (76,4%). Embora próxima à recomendada pelo Ministério da Saúde, a cobertura do exame de Papanicolaou no presente estudo não evidenciou crescimento significativo em período de 5 anos e ainda se encontra estimada abaixo das potencialidades dos serviços de saúde existentes no município. É importante destacar ainda que, levando em conta esta periodicidade, constatou-se que 21,5% das mulheres residentes no município de São Paulo ou nunca realizaram o exame de Papanicolaou (9,7%) ou o fizeram de maneira inadequada (11,8%), resultado ligeiramente inferior ao ISA-Capital 2003 (22,1%).

* ¹⁰ Inquérito de Saúde no Município de São Paulo – ISA-Capital, 2003. Informações extraídas do banco de dados da pesquisa em 20 de maio de 2011 - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A prevalência de realização do exame foi significativamente mais baixa quando comparada à pesquisa do VIGITEL 2008 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), onde as prevalências de mulheres com idade entre 25 e 59 anos das capitais brasileiras que referiram ter realizado exame de citologia oncológica para câncer de colo do útero nos últimos três anos encontradas foram 92,7% em São Paulo seguida por Porto Alegre e Florianópolis, ambas com 90,6% de realização.

Ainda levando em consideração o tempo do último exame, os atuais achados encontram-se consistentes com os demais estudos, onde mais da metade das mulheres entrevistadas (54,1%) referiram ter realizado o último exame há um ano ou menos da entrevista. Tal resultado pode ser interpretado como adoção de uma periodicidade anual na realização do exame colpocitológico, pois como mostraram LOPES et al. (1995), 84,0% das mulheres brasileiras acreditavam que a periodicidade do teste deveria ser anual.

A análise da variável idade também mostrou consistência com outros estudos, onde os grupos das faixas etária das mulheres mais jovens e das mais idosas apresentaram menor prevalência de realização do exame. Em estudo realizado no Estado de Pernambuco, ALBUQUERQUE et al. (2009) mostraram que há grande diferença nas coberturas do exame preventivo por faixa de idade, tanto entre as mulheres com menos de 25 anos como entre aquelas acima de 60, cujas proporções de realização do exame são significativamente menores que das mulheres entre 40 e 59 anos de idade. No entanto, após aplicação do modelo de regressão de Poisson, a faixa

etária que se destacou foi a das mulheres entre 20 e 39 anos de idade e as de 60 e mais permaneceram com a prevalência mais baixa. MAXWELL et al. (2001); NASCIMENTO et al. (1996) e SIMÕES et al. (1999) também apontam uma menor cobertura do teste de Papanicolaou em mulheres mais idosas. Mulheres com 60 anos ou mais de idade, por não estarem mais em idade fértil ou por não ser sexualmente ativas, estão mais propensas a deixar de realizar consultas ginecológicas, afastando-se das práticas preventivas para o câncer de colo uterino exatamente quando a incidência da doença aumenta (BRENNAN et al., 2001).

Esta teoria pode ser reforçada quando observamos que a prevalência de realização do exame entre as mulheres casadas ou com companheiro foi 27,0% mais elevada do que a das mulheres viúvas e possivelmente mais idosas. Mulheres solteiras também apresentaram baixa prevalência da realização do exame, contudo vale ressaltar que não foram retiradas do estudo as mulheres que referiram nunca ter mantido relação sexual. Independente do estado civil, a prática sexual regular seria o mediador para a realização do Papanicolaou, com consequente demanda aumentada por serviços de assistência ginecológica, obstétrica ou planejamento familiar (WILCOX e MOSHER, 1993; PINHO, 2002).

Em termos de condições socioeconômicas, as associações da realização do exame de Papanicolaou com renda e atividade remunerada não permaneceram no modelo final deste estudo, restando apenas o plano de saúde como marcador social. Estes resultados são parcialmente consistentes com os de AMORIM (2010), que após analisar a prevalência de

realização do exame de Papanicolaou nos últimos 3 anos, em mulheres de 20 a 59 anos, residentes no município Campinas (SP), verificou que não houve diferença na prevalência de realização do exame em relação às variáveis socioeconômicas analisadas, apontando uma equidade social no acesso ao exame preventivo de citologia oncológica. Entretanto, neste mesmo estudo foi verificado que apesar das significativas diferenças socioeconômicas existentes entre as mulheres filiadas e as não filiadas a planos privados de saúde, não foram observadas diferenças na realização do Papanicolaou entre esses dois grupos. É provável que a diferença encontrada no presente estudo, se deva ao fato de analisar mulheres de 20 anos ou mais, sendo que se as mulheres acima de 59 anos de idade fossem analisadas separadamente, a desigualdade poderia não estar presente nas mais jovens que são o foco da política de controle da doença, e que pertencem a outras gerações, com outros comportamentos sexuais e de saúde.

Ainda que no modelo final, a variável escolaridade tenha perdido significância estatística, as mulheres com menos anos de estudo tiveram percentuais inferiores de realização do exame preventivo, concordando com o descrito por vários autores (NASCIMENTO et al., 1996; QUADROS et al., 2004; CESAR et al., 2003). CESAR et al. (2003) destaca ainda que a baixa escolaridade é um fator de risco para o câncer de colo uterino, sendo justamente as mulheres de maior risco as menos atingidas pelo exame preventivo. LEAL et al. (2005) mostraram também que as maiores prevalências entre as mulheres brasileiras que realizaram o exame de

Papanicolaou foram encontradas nas que possuíam maior escolaridade e as que tinham plano de saúde.

O uso dos serviços de saúde indicou uma queda na realização do exame de Papanicolaou nas UBS de 38,5% em 2003 (ISA-Capital) para 33,1% em 2008. Vale ressaltar que em 2008 houve diferença na categorização “UBS” em relação a 2003, a qual recebeu as subcategorias do AMA, PA e ESF. Além disso, houve aumento considerável nos serviços de ambulatório de 2,4% em 2003 para 12,1% em 2008. Com a inclusão de novos modelos assistenciais, pode haver uma imprecisão na compreensão das mulheres entrevistadas sobre os tipos de serviços utilizados, e até mesmo por estes serviços dividirem o mesmo espaço físico em algumas ocasiões.

Por este motivo, torna-se mais apropriada a discussão em relação à natureza do serviço, a qual apontou queda na utilização dos serviços pertencentes à rede do SUS de 44,0% em 2003 para 39,2% em 2008. Embora na cidade de São Paulo o SUS ainda predomine entre os serviços procurados e como fonte de financiamento na maior parte das ações da saúde materna e infantil e para problemas de saúde no cotidiano, as exceções se destacam nos procedimentos preventivos para o diagnóstico precoce, de incorporação mais recente nas práticas de saúde. A utilização dos serviços não SUS para a realização do exame por 60,8% das mulheres pode estar atribuída ao crescimento da adesão aos planos de saúde pela população paulistana, pois deste total, 57,0% das mulheres realizaram o exame pelo serviço privado. Segundo dados do DATASUS (MINISTÉRIO DA

SAÚDE, 2011b) a população da cidade de São Paulo aumentou a adesão em 5,2% de 2003 para 2008. A realização do exame foi mais prevalente nas mulheres que referiram possuir plano de saúde, reforçando a necessidade de intensificar as ações do rastreamento do câncer do colo uterino na rede pública através de sensibilização e busca ativa da população.

No presente estudo não houve diferença significativa de realização do exame preventivo de Papanicolaou em relação à raça/cor das mulheres entrevistadas, resultado consistente com os de AMORIM (2010) que também não observou diferenças significativas na prevalência de realização do exame por mulheres brancas e não brancas. Pode-se perceber, embora lento, um surgimento da igualdade sociodemográfica na realização do exame preventivo ao longo dos anos. Em 2003 foi observado por AMORIM et al. (2006) em Campinas, que a prevalência de não realização do exame foi significativamente mais elevada nas mulheres que se auto referiram negras ou pardas, e por QUADROS et al. (2004) resultado similar em estudo realizado na região Sul do Brasil. Contudo, a desigualdade racial ainda tem sido observada no acesso ao exame de citologia oncológica em vários estudos nos últimos anos, por este motivo, pode-se considerar precoce a afirmação de crescimento do acesso pelas mulheres não brancas às atividades do programa de detecção do câncer do colo uterino. Há a necessidade de mais estudos para dar consistência aos dados encontrados.

Em relação ao estado de saúde das mulheres entrevistadas, ao considerar a hipótese de que a presença de doenças na população leva a uma maior frequência nos serviços de saúde e que supostamente estas

peças estão mais orientadas quanto à importância das práticas preventivas de saúde, as “doenças crônicas” e “obesidade” foram avaliadas como possíveis variáveis que interferem na realização do exame de Papanicolaou. No entanto, não foram encontradas associações significativas na realização do exame preventivo com estas variáveis, sugerindo, desta maneira, que a informação sobre a relevância de realização do exame está atingindo de forma similar as mulheres que frequentam ou não o serviço de saúde.

Quanto ao estilo de vida, ao considerar que a partir dos inquéritos de saúde de base populacional é possível avaliar as condições e os comportamentos relacionados à saúde da população (BARROS, 2008), é curioso observar que na variável “tabagismo”, após a aplicação do modelo de Poisson, a maior prevalência de realização do exame de Papanicolaou foi encontrada em mulheres ex-fumantes. Em estudo realizado por ROSAS e BAPTISTA (2002) os motivos pelo qual as pessoas deixam de fumar, aproximadamente 60,0% prendem-se a questões de saúde e cerca de 25,0% a fatores psicossociais. MEDEIROS (2010), em estudo realizado no município de São Paulo, também aponta que grande parte dos ex-tabagistas deixou de fumar por acreditar que o tabagismo prejudica a saúde. Os resultados encontrados no presente estudo podem sugerir mudança de comportamento das mulheres ex-fumantes e talvez a adoção de cuidados à sua saúde, entre eles, a realização do exame preventivo de Papanicolaou.

As práticas preventivas para o câncer de mama mostraram-se presente nas mulheres que realizaram o Papanicolaou. Embora a diferença

das prevalências do exame preventivo do câncer do colo do útero não tenha sido significativa entre as mulheres que realizavam ou não o autoexame mensal das mamas e mamografia, a realização do Papanicolaou foi mais frequente entre as mulheres que tiveram exame clínico das mamas, apontando a importância do acesso aos serviços de saúde para a obtenção de outras práticas preventivas. Em inquérito realizado no município de Campinas, AMORIM et al. (2006) também mostraram que as práticas preventivas para o câncer de mama estavam menos presentes nas mulheres que não realizavam o exame de Papanicolaou.

Os principais motivos para a não realização do exame referidos pelas mulheres que nunca realizaram o Papanicolaou se assemelharam aos motivos relatados em estudo realizado também no município de São Paulo por PINHO et al. (2003) e no município de Campinas por AMORIM et al. (2006). A resposta “*Não era necessário/Sou saudável*”, mais frequente para justificar a não realização do exame demonstra intensa falta de esclarecimento sobre a doença e também sobre o objetivo de um exame de rastreamento, uma das principais ferramentas da saúde pública para a prevenção e controle do câncer.

Dificuldades de acesso aos serviços de saúde e a presença de barreiras financeiras e geográficas ainda persistem, embora atualmente mencionadas menor frequência no município de São Paulo e na região Sudeste como um todo.

A implantação SUS contribuiu para a expansão da oferta e cobertura dos serviços, porém ainda prosseguem as disparidades entre grupos sociais

e entre regiões do país, estando os grupos mais pobres, de baixa escolaridade, afro-descendentes, indígenas e os habitantes das regiões Norte e Nordeste dentre os que apresentam maiores dificuldades de acesso ao sistema de saúde e piores indicadores sanitários (MAGALHÃES et al., 2007).

Como forma de ampliar o acesso aos serviços e consequentemente a cobertura do exame de Papanicolaou, uma das medidas no município de São Paulo que vêm sendo adotadas pelos serviços do SUS é o atendimento para a realização do exame preventivo em demanda livre, isto é, sem prévio agendamento, diminuindo assim, perdas significativas das mulheres que comparecem para a realização do mesmo.

As ações de prevenção do câncer do colo do útero representam papel fundamental na estratégia de combate à doença, diminuindo tanto a incidência dos casos, como a mortalidade atribuível à doença. A prevenção secundária ao câncer utiliza como estratégia o diagnóstico precoce das lesões - técnicas de rastreamento populacional, existindo atualmente evidências científicas suficientes para indicar o rastreamento para o câncer do colo do útero.

No entanto, para garantir que a morbimortalidade irá diminuir não basta realizar o rastreamento. É necessário que as mulheres que tenham um exame alterado recebam tratamento adequado e de qualidade, além da necessidade de assegurar o acesso fácil e ágil aos serviços de saúde.

Esses componentes estão presentes com maior frequência nos serviços privados. Uma pessoa com uma dor aguda irá procurar os serviços

de saúde independente das dificuldades de acesso, entretanto uma mulher assintomática não se submeterá às mesmas dificuldades para realizar um exame citológico preventivo. Assim, a possibilidade de uma mulher ter acesso a um serviço de saúde mais ágil depende muito de sua posição social.

Embora incorporado às práticas de saúde pública, a realização do exame de Papanicolaou, para o controle do câncer do colo do útero, ainda não é praticada de forma adequada por todas as mulheres. É fundamental que existam nos serviços de saúde ações que tornem possível a identificação das mulheres que necessitam realizar o exame preventivo e que não comparecem de acordo com o intervalo preconizado, ou que ainda, simplesmente, acham desnecessário.

Neste sentido, a Estratégia de Saúde da Família, pode proporcionar maior eficiência para captação destas mulheres, através da busca ativa e da divulgação sobre a importância do exame preventivo a partir de atividades educativas, consultas de enfermagem, médicas e outras.

O papel do agente comunitário de saúde é expressivo nestas ações, por meio da realização de visita domiciliar. No entanto, deve-se considerar ainda que a sensibilização e a captação das mulheres serão mais abrangentes e efetivas se houver o envolvimento de todos os profissionais das Unidades de Saúde de forma estruturada.

Como fruto destas ações, almeja-se um maior conhecimento e envolvimento por parte da população na incorporação das práticas preventivas do câncer do colo do útero.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos transversais consistem em uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características da população, para a identificação de grupos de risco e para a ação e o planejamento em saúde.

A partir do Inquérito de Saúde realizado na cidade de São Paulo, o presente estudo permitiu evidenciar que ao considerar a estrutura e a organização da rede de serviços de saúde do município, seria esperada cobertura do exame de Papanicolaou superior à observada. Destaca-se ainda alta taxa de mulheres que nunca realizaram o exame ou o realizam de forma inadequada.

As características socioeconômicas e demográficas entre as mulheres do município de São Paulo vêm alcançando, embora lentamente, certa equidade no acesso aos serviços de saúde para realização do exame preventivo de Papanicolaou. Tal resultado pode representar um aumento da incorporação de medidas das políticas públicas na atenção às classes sociais desfavoráveis.

Não foram observadas associações da realização do exame com o estado de saúde das mulheres entrevistadas. Já em relação ao estilo de vida, os resultados apontaram uma provável mudança de comportamento nas mulheres ex-fumantes, cuja prevalência de realização do exame foi maior que nas demais.

O setor privado de saúde ainda apresenta cobertura de realização do exame de Papanicolaou superior a dos serviços pertencentes à rede do SUS. Ao analisar o intervalo dos anos de 2003 a 2008, o setor público no

município de São Paulo, de forma geral, apresentou queda na cobertura do exame preventivo. Foi mostrado também que as mulheres que possuem plano de saúde realizam mais o exame preventivo do que as que não possuem, revelando a necessidade de intensificação de ações nos serviços de saúde para a captação e sensibilização das mulheres usuárias do SUS.

Ainda presentes entre as mulheres, a falta de informação sobre a importância da doença e o desconhecimento sobre o objetivo do exame preventivo apontam que a divulgação dessas informações é imprescindível, tanto em âmbito local pelos profissionais de saúde, como nas políticas públicas de saúde, nos setores de mídia e outros meios de comunicação social, para o controle da ocorrência e mortalidade por câncer do colo do útero.

Embora o exame de Papanicolaou e outras ações de prevenção sejam fundamentais para o controle da doença, é de extrema relevância neste processo, assegurar o avanço em diagnósticos, tratamentos eficazes, encaminhamentos ágeis e serviços organizados.

O êxito no rastreamento do câncer do colo do útero dependerá, sobretudo, da reorganização da assistência clínico-ginecológica às mulheres nos serviços de saúde, através de capacitações dos profissionais, da qualidade e continuidade das ações de prevenção e controle da doença e do estabelecimento de intervenções mais humanizadas e equitativas na utilização dos serviços de saúde do SUS.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abraido-Lanza AF, Chao MT, Gammon MD. Breast and cervical cancer screening among latinas and non latinas whites. *Am J Public Health*. 2004;94:1393-8.

Adab P, Mc Ghee SM, Yanova J, Wong CM, Hedley AJ. Effectiveness and efficiency of opportunistic cervical cancer screening comparison with organized screening. *Med Care*. 2004;42:600-9.

Albuquerque KM de, Frias PG, Andrade CLT, Aquino EML, Menezes G, Szwarcwald CL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009 Supl2;25:301-09.

American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2010*. Atlanta: American Cancer Society; 2010.

American Cancer Society. *Global Cancer Facts & Figures*. 2.ed. Atlanta: American Cancer Society; 2011.

Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(11):2329-2338.

Amorim VMSL. As práticas preventivas para o câncer de mama, do colo do útero e da próstata em municípios do estado de São Paulo, Brasil: um olhar sobre a equidade [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas; 2010.

Anjos SJSB dos, Vasconcelos CTM, Franco ES, Almeida PC de, Pinheiro AKB. Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia. *Rev. esc. enferm. USP*. 2010; 44(4): 912-920.

Anttila A, Pukkala E, Soderman B, Kallio M, Nieminen P, Hakama M. Effect of organised screening on cervical cancer incidence and mortality in Finland, 1963-1995: recent increase in cervical cancer incidence. *Int J Cancer*. 1999sep;83(1):59-65.

Antunes JLF, Toporcov TN, Wünsch Filho V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(1):30-36.

Arbyn M, Bergeron C, Klinkhamer P, Martin-Hirsch P, Siebers AG, Bulten J. Liquid compared with conventional cervical cytology - a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2008;111(1):167-77.

Ayre JE. Cervical cytology in diagnosis of early cancer. *J Am Med Assoc* 1948;136(8):513-517.

Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003oct; 20:3:21.

Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(1):6-19.

Barros MBA. Os inquéritos domiciliares e o estado de saúde da população. In: Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo – ISA-SP. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2005.

Bastos JLD, Duquia RP. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*. Porto Alegre, 2007; 17(4):229-32.

Bertelsen BI. Uterine cervical neoplasia Aspects of biology and pathology [PhD thesis]. Norway: The University of Bergen; 2006.

Bibbo M, Wilbur D. *Comprehensive Cytopathology*. Philadelphia: Elsevier; 2008.

Borges ALV. Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(4):597-604.

Bosch FX, Lorincz A, Mufioz N, Meijaer CJLM, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol*. 2002;55:244-65.

Bowman JA, Sanson-Fisher R, Redman S. The accuracy of self-reported Pap smear utilization. *Soc Sci Med*. 1997 Apr;44(7):969-76.

Bray F, Loos AH, McCarron P, Weiderpass E, Arbyn M, Møller H, et al. Trends in cervical squamous cell carcinoma incidence in 13 European countries: changing risk and the effects of screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2005mar;14(3):677-86.

Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:909-14.

Buss , PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cien Saude Colet.* 2000;5(1):163-177.

Caetano R, Caetano CMM. Custo-efetividade no rastreamento do câncer cérvico-uterino no Brasil: um estudo exploratório. Rio de Janeiro: INCA; 2005.

Caetano R, Vianna CMM, Thuler LCS, Girianelli VR. Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. *Rev Saúde Coletiva.* 2006;16(1):99-118.

Campos AS, Santos CC, Bensi CG, Hatakeyama TT, Perestrelo VB, Afiouni, V, et al. Temas Interdisciplinares: Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. São Paulo: Cescos; 2005.

Castellsagué X, Bosch, FX, Muñoz, N. The male role in cervical cancer. *Salud Publica Mex.* 2003 Suppl3;45:345-353.

Castellsagué X, Díaz M, De Sanjose S, Muñoz N, Herrero R, Franceschi S, et al. Worldwide human papillomavirus etiology of cervical adenocarcinoma and its cofactors: implications for screening and prevention. *J Natl Cancer Inst.* 2006;5:303-315.

Castro-Jiménez MA, Vera-Cala LM, Posso-Valencia HJ. Epidemiología del cáncer de cuello uterino: estado del arte. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2006; 57:182-9.

Cesar JA, Horta BL, Gomes G, Houlthussen RS, Willrich RM, Kaercher A et al. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(5): 1365-72.

Chang A. The cervical smear test in the next millennium. *Hong Kong Med J.* 1999sep;5(3):294-302.

Cooper D, Hoffman M, Carrara H, Rosenberg L, Kelly J, Stander I, et al. Determinants of sexual activity and its relation to cervical cancer risk among South African Women. *BMC Public Health*. 2007nov;27(7):341.

Coppell K, Paul C, Cox B. An evaluation of the National Cervical Screening Programme Otago site. *N Z Med J*. 2000feb;113(1104):48-51.

Coughlin SS, Uhler RJ. Breast and cervical screening practices among asian and pacific islander women in the United States, 1994-1997. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2000jun;9(6):597-603.

Day NE. The epidemiological basis for evaluating different screening policies. *IARC Sci Publ*. 1986;(76):199-212.

De Sanjosé S, Bosch FX, Muñoz N, Tafur L, Gili M, Izarzugaza I. et al. Socioeconomic differences in cervical cancer: Two case-control studies in Colombia and Spain. *Am J Public Health*. 1996;86(11):1532-8.

Duerr A, Kieke B, Warren D, Shah K, Burk R, Peipert JF, et al. Human papillomavirus-associated cervical cytologic abnormalities among women with or at risk of infection with human immunodeficiency virus. *Am J Obstet Gynecol*. 2001mar;184(4):584-90.

Eluf-Neto J, Booth M, Muñoz N, Bosch FX, Meijer CJLM, Walboomers JMM. Human Papillomavirus and invasive cervical cancer in Brazil. *Br J Cancer*. 1994;69:114-9.

Eluf-Neto J, Nascimento CMR. Cervical Cancer in Latin America. *Seminars in Oncology*. 2001;28(2):188-197.

Fonseca LAM, Ramacciotti AS, Eluf Neto J. Tendência da mortalidade por câncer de útero no município de São Paulo entre 1980 e 1999. *Cad Saúde Pública*. 2004;20:136-42.

Gakidou E, Nordhagen S, Obermeyer Z. Coverage of cervical cancer screening in 57 countries: low average levels and large inequalities. *Plos Medicine*. 2008; 5:863-868.

Goodman A. Role of routine human papillomavirus subtyping in cervical screening. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2000feb;12(1):11-4.

Gustafsson L, Pontén J, Zack M, Adami HO. International incidence rates of invasive cervical cancer after introduction of cytological screening. *Cancer Causes Control*, 1997; 8: 755-63.

Hernández-Avila M, Lazcano-Ponce EC, de Ruíz PA, Romieu I. Evaluation of the cervical cancer screening programme in Mexico: a population-based case-control study. *Int J Epidemiol*. 1998jun;27(3):370-6.

Herrero R, Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, de Britton RC, Gaitan E. Screening for cervical cancer in Latin America: a case-control study. *Int J Epidemiol*. 1992;21:1050-6.

Hewitt M, Devesa SS, Breen N. Cervical cancer screening among U.S. women: analyses of the 2000 National Health Interview Survey. *Prev Med*. 2004aug;39(2):270-8.

IARC – Internacional Agency for Research on Cancer [homepage na internet]. Screening group/Cervical cancer; Lyon, France; c2011 [acesso em 21 fev 2011]. Disponível em: <http://screening.iarc.fr/cervicalindex.php>

IARC - International Agency of Research on Cancer - Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Human papillomaviruses IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum; Lyon, 2007;90:1-636.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [pdf na internet] Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 2003. Rio de Janeiro, 2005 [Acesso em: 04 abril. 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf>

INCA - Instituto Nacional de Câncer [homepage na internet]. Rio de Janeiro: Coordenação Nacional de Prevenção e Vigilância do Câncer - Câncer do Colo do Útero; c2008 [acesso em 11 out 2008]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>

INCA - Instituto Nacional de Câncer [homepage na internet]. Rio de Janeiro: Coordenação de Prevenção e Vigilância - Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil; c2009 [acesso em 28 fev 2011]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010>

INCA - Instituto Nacional de Câncer [pdf na internet]. Rio de Janeiro: Coordenação Nacional de Prevenção e Vigilância do Câncer. Ações de controle: Rastreamento – Cancer do Colo do Útero, c2011. [acesso em 28 fev 2011]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_rastreamento_cancerutero.pdf

INCA - Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA; 2006.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Prevenção e Vigilância do Câncer - 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: INCA; 2004.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo/ Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2010.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. Prevenção e Controle de Câncer, Revista Brasileira de Cancerologia. 2002;48(3):317-332. INCA - Instituto Nacional de Câncer. Viva Mulher - Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: INCA; 2002.

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. 2007nov;370(9599):1609-21.

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. Int J Cancer. 2006mar; 118(6):1481-95.

Kahn JA, Rosenthal SL, Succop PA, Ho GY, Burk RD. The interval between menarche and age of first sexual intercourse as a risk factor for subsequent HPV infection in adolescent and young adult women. J Pediatr. 2002; 141(5):718-23.

Lacey JV Jr, Brinton LA, Barnes WA, Gravitt PE, Greenberg MD, Hadjimichael OC, et al. Use of hormone replacement therapy and adenocarcinomas and squamous cell carcinomas of the uterine cervix. Gynecol Oncol. 2000 Apr;77(1):149-54.

Lazcano-Ponce EC, Moss S, Alonso de Ruíz P, Salmerón Castro J, Hernández Avila M. Cervical cancer screening in developing countries: why is it ineffective? The case of Mexico. Arch Med Res 1999a;30(3):240-50.

Lazcano-Ponce EC, Moss S, Cruz-Valdez A, Alonso de Ruíz P, Casares-Queralt S, Martínez-León CJ, et al. The factors that determine participation in cervical cancer screening in the state of Morelos. *Salud Pública Mex* 1999b; 41(4): 278-85.

Lazcano-Ponce EC, Nájera-Aguilar P, Buiatti E, Alonso-de-Ruiz P, Kuri P, Cantoral L, et al. The cervical cancer screening program in Mexico: problems with access and coverage. *Cancer Causes Control*. 1997sep;8(5):698-704.

Leal MC, Da Gama SGN, Frias P, Szwarcwald, CL. Healthy lifestyles and access to periodic health exams among Brazilian women. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(1):78-88.

Liu S, Semenciw R, Probert A, Mao Y. Cervical câncer in Canada: Changing patterns in incidence and mortality. *Inter J Gynecol Cancer*. 2001jan-feb;11(1):24-31.

Lopes ER, Rebelo MS, De Abreu E, Silva VLC, Eisemberg ALA, Lavor MF. Comportamento da população brasileira feminina em relação ao câncer cérvico-uterino. *J Bras Ginecol*. 1995; 105:505-516.

Magalhães R, Burlandy L, SENNA, MCM. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007;12(6):1415-21.

Masur J, Capriglione MJ, Monteiro MG, Jorge MR. Detecção precoce do alcoolismo em clínica médica através do questionário CAGE: utilidade e limitações. *J Bras Psiquiatr*. 1985;34(1):31-4.

Maxwell CJ, Bancej CM, Snider J, Vik SA. Factors important in promoting cervical cancer screening among Canadian women: findings from the 1996-97 National Population Health Survey (NPHS). *Can J Public Health*. 2001 Mar-Apr;92(2):127-33.

McGovern PG, Lurie N, Margolis KL, Slater JS. Accuracy of self-report of mammography and Pap smear in a low-income urban population. *Am J Prev Med*. 1998 Apr;14(3):201-8.

Medeiros D. Tabagismo e transtorno mental comum na população de São Paulo – SP: um estudo a partir do Inquérito de Saúde no município de São Paulo (ISA-Capital) [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE. Agir em saúde São Paulo: Hucitec; 1998.

Miller AB, Robles SC. Taller centro americano sobre la detección del cáncer de cuello uterino. Bol Sanit Panam. 1996; 121(6): 589-602.

Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília (DF); 1984.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991, regulamentando as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial União. 16 out 1996.

Ministério da Saúde. Controle do câncer do colo do útero. Programa nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino. Secretaria Executiva. Brasília (DF); 2001.

Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS [homepage na internet]. Brasília (DF): Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Dados preliminares 2009. Situação da base nacional em 02/02/2011 - DATASUS; c2011a [acesso em 14 abr 2011]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pobt10uf.def>

Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS [homepage na internet]. Brasília (DF): Informações de saúde – inquéritos e pesquisas. DATASUS; c2011b [acesso em 23 maio 2011]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0207>

Ministério da Saúde. Portaria 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 União. 9 dez 2005.

Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial União. 23 fev 2006a.

Ministério da Saúde. Portaria nº 493 de 13 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e o Ministério da Saúde. Diário Oficial União. 14 fev 2006b.

Ministério da Saúde. Prevenção do Câncer do Colo do Útero: organizando a assistência. Manual Técnico - Profissionais de Saúde, Brasília (DF); 2002.

Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. Brasília (DF); 1997.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c. Cadernos de Atenção Básica (13).

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

Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV, Walboomers JM et al. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. Lancet. 2002 mar;359(9312):1085-92.

Nascimento CM, Eluf-Neto J, Rego RA. Pap test coverage in São Paulo municipality and characteristics of the women tested. Bull Pan Am Health Organ. 1996 Dec;30(4):302-12.

Nieminen P, Kotaniemi-Talonen L, Hakama M, Tarkkanen J, Martikainen J, Toivonen T, et al. Randomized evaluation trial on automation-assisted screening for cervical cancer - results after 777,000 invitations. J Med Screen 2007;14(1):23-8.

Novaes HMD, Braga PE, Schout D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(4):1023-1035.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília (DF); 2003.

OMS - Organización Mundial De La Salud. Programas nacionales de lucha contra el cáncer – directrices sobre política y gestión. Ginebra, 1995.

OPAS. Organização da Saúde. Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde [Carta de Ottawa - pdf na internet]; 2011. [Acesso em 16 abr 2011]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

OPS - Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington (DC): OPS; 2004.

Papanicolaou GN, Traut HF. The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. Am J Obstet Gynecol 1941;42:193-206. Republicado: Arch Pathol Lab Med 1997;121(3):211-24.

Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics, 2002. CA Cancer J Clin 2005;55:74-108.

Pessini AS, Silveira GPG. Câncer genital feminino. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, editores. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2004; 245-9.

Pinho AA, França-Junior, I. Prevenção do câncer de colo de útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. Rev. bras. saúde matern. infant. 2003; 3(1):95-112.

Pinho AA. Fatores Associados à Realização do Teste Papanicolaou entre Mulheres em Idade Reprodutiva no Município de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2002.

Prado MCO. Câncer feminino: evolução da mortalidade por câncer de mama e do colo de útero em distritos do município de São Paulo, 1985-1999 [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2002.

Quadros CAT, Victora CG, Dias-da-Costa JS. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in Southern Brazil. Rev Panam Salud Publica 2004; 16: 223-32.

Rama CH, Roteli-Martins CM, Derchain SFM, Oliveira EZ, Aldrighi JM, Mariane-Neto C. Detecção sorológica de anti-HPV 16 e 18 e sua associação com os achados do Papanicolaou em adolescentes e mulheres jovens. Rev Assoc Med Bras. 2006; 52:43-7.

Rieck GC, Tristram A, Hauke A, Fielder H, Fiander AN. Cervical screening in 20-24-year olds. *J Med Screen*. 2006;13(2):64-71.

Rosas M, Baptista F. Desenvolvimento de estratégias de intervenção psicológica para a cessação tabágica. *Análise psicológica* (2002), 1 (XX): 46-6.

Schiffman MH, Brinton LA, Devesa SS. Cervical cancer. In: Schottenfeld D, Fraumeni Jr JF, editors. *Cancer Epidemiology and Prevention*. 2 ed. New York: Oxford University Press; 1996: 1090-116.

Schlecht NF, Kulaga S, Robitaille J, Ferreira S, Santos M, Miyamura RA, et al. Persistent human papillomavirus infection as a predictor of cervical intraepithelial neoplasia. *JAMA*. 2001dec;286(24):3106-14.

Schneider V, Henry MR, Jimenez-Ayala M, Turnbull LS, Wright TC. Cervical cancer screening, screening errors and reporting. *Acta Cytol*. 2001jul-aug;45(4):493-8.

Shannon J, Thomas DB, Ray RM, Kestin M, Koetsawang A, Koetsawang S, et al. Dietary risk factors for invasive and in-situ cervical carcinomas in Bangkok, Thailand. *Cancer Causes Control*. 2002 Oct;13(8):691-9.

Simoës EJ, Newschaffer CJ, Hagdrup N, Ali-Abarghoui F, Tao X, Mack N, et al. Predictors of compliance with recommended cervical cancer screening schedule: a population-based study. *J Community Health*. 1999 Apr;24(2):115-30.

Souza, JJG. Hipertensão arterial referida e uso de antihipertensivos em adultos na cidade de São Paulo, 2003: um estudo de base populacional [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.

Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcellos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB, et al. Pesquisa Mundial de Saúde - 2003: O Brasil em números. *RADIS* 2004; 1(23):14-33.

Teixeira CF, Solla, JP. Modelo de atenção à saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família. Salvador: Edufba, 2006.

Traut HF, Papanicolaou GN. Cancer of the Uterus: The Vaginal Smear in Its Diagnosis. *Cal West Med*. 1943aug;59(2):121-2.

Trottier H, Franco EL. Human papillomavirus and cervical cancer: burden of illness and basis for prevention. *Am J Manag Care* 2006; 12 Suppl 1:462-72.

Walboomers JMM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch XF, Kummer A, Shah KV, et al. Human papillomavirus, a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999; 189:12-9.

WHO - World Health Organization. Cytology screening. Geneva: WHO; 2008.

WHO - World Health Organization. National cancer control programmes - policies and managerial guidelines. 2 ed. Geneva: WHO; 2002.

WHO - World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, June 3–5, 1997. Geneva: WHO, 1998.

Wilcox LS, Mosher WD. Factors associated with obtaining health screening among women of reproductive age. *Public Health Rep.* 1993; 108(1):76-86.

Wünsch Filho V, Antunes JLF, Boing AF, Lorenzi RL. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. *Physis* 2008; 18(3):427-50.

Yang L, Parkin DM, Li LD, Chen YD, Bray F. Estimation and projection of the national profile of cancer mortality in China: 1991-2005. *Br J Cancer.* 2004jun;90(11):2157-66.

ANEXO 1

Plano de amostragem do ISA-Capital 2008

Maria Cecília Goi Porto Alves

Maria Mercedes L. Escuder

24 de junho de 2009

Tamanho da amostra

A população de estudo refere-se àquela residente em área urbana do Município de São Paulo¹. A partir dos objetivos do projeto, foram fixados oito domínios de estudo formados pelos grupos sexo/idade: menores de um ano, de 1 a 11 anos de idade, mulheres de 12 a 19; 20 a 59 e 60 ou mais, e homens, nas mesmas faixas etárias.

Planejou-se a realização de pelo menos 300 entrevistas em cada subgrupo populacional de interesse. Esse tamanho permitiria estimar proporções ($P=0,50$) com erros de amostragem de 7 pontos percentuais ($d=0,07$) ao nível de confiança de 95% e com efeitos do delineamento de 1,5.

Considerando-se que os percentuais da população nos grupos etários eram muito distintos entre si, optou-se em não manter a autoponderação da amostra. Assim sendo, os tamanhos de amostra foram calculados de tal forma que as frações de amostragem nos diferentes grupos fossem de 2 a 7 vezes a observada no grupo de menores de um ano (Tabela 1).

¹ Residentes em setores de situação urbana: área urbanizada, não urbanizada e urbanizada isolada, e dos tipos: comum e especial subnormal (favela), segundo classificação do IBGE.

Tabela 1. Distribuição da população em área urbana do Município de São Paulo* e das amostras proporcional e planejada, segundo grupos idade e sexo. ISA-Capital 2008.

	População	Proporção População	Amostra proporcional	fração	Amostra pessoas
Menor 1 ano	160351	0,01637	300	1	300
1 a 11 anos	1715453	0,17510	3210	7	459
12 a 19 homem	705881	0,07205	1321	3	440
12 a 19 mulher	724741	0,07397	1356	3	452
20 a 59 homem	2612632	0,26667	4889	7	699
20 a 59 mulher	2926930	0,29875	5477	7	783
60 mais homem	385478	0,03935	722	2	361
60 mais mulher	565702	0,05774	1059	2	530
Total	9797168	1			4024

* Censo de 2000.

Na tabela 2 estão indicados os números de domicílios que deveriam ser visitados para localizar as pessoas de cada grupo sexo/idade. Esses cálculos foram feitos a partir da média esperada de pessoas por domicílio (razão pessoas/domicílios) em cada grupo de idade, sendo que o total de domicílios existentes no Município de São Paulo, considerando-se os setores censitários de interesse, era de 2866183 no ano do censo. Dividiu-se, então, o tamanho da amostra por essa média.

Tabela 2. Cálculo dos tamanhos de amostra nos grupos de idade e sexo. ISA-Capital 2008.

Grupos sexo/idade	Amostra pessoas	Razão	Amostra domicílios
Menor 1 ano	300	0,05595	5362
1 a 11 anos	459	0,5986	767
12 a 19 homem	440	0,24631	1787
12 a 19 mulher	452	0,2529	1788
20 a 59 homem	699	0,91167	767
20 a 59 mulher	783	1,02134	767
60 mais homem	361	0,13451	2684
60 mais mulher	530	0,1974	2685
Total	4024	3,41868	

O número total de domicílios sorteados não correspondeu à soma de domicílios de cada grupo sexo/idade uma vez que não se planejou procurar todos os grupos em todos os domicílios da amostra.

Na Tabela 3 estão indicados os números de domicílios a serem visitados em cada setor censitário considerando o sorteio de 60 setores censitários. Para esse número de setores, o número de entrevistas por setor deveria variar entre 5 (menores de um ano) e 13 (mulheres de 20 a 59 anos), correspondendo a efeitos de delineamento entre 1,2 a 1,6 para grau de homogeneidade intraclasse de 0,05.

Tabela 3. Números de domicílios e setores na amostra e número de domicílios por setor, segundo domínio de estudo.

Domínio	Amostra domicílios	Setores	Amostra domicílios por setor
Menores 1 ano	5362	60	90
1 a 11 anos	767	60	13
homens 12 a 19 anos	1787	60	30
mulheres 12 a 19anos	1788	60	30
homens 20 a 59 anos	767	60	13
mulheres 20 a 59anos	767	60	13
homens 60 anos ou +	2684	60	45
mulheres 60 anos ou +	2685	60	45

Prevendo-se uma taxa de não resposta da ordem de 20% e o encontro de 5% de domicílios vagos, seria necessário o sorteio de números maiores de domicílios. No entanto, as frações de amostragem foram calculadas com os números apresentados na Tabela 3, uma vez que se verificou que o tamanho atual dos setores censitários eram, no conjunto, 30% maiores em relação ao tamanho que tinham no Censo de 2000 (com base no qual foi feito o sorteio da PNAD).

Processo de amostragem

O cadastro utilizado para o sorteio de unidades primárias (setor censitário) foi o da PNAD 2005. Ou seja, a amostra do ISA-Capital constitui uma subamostra da PNAD. Nessa pesquisa do IBGE haviam sido sorteados 267 setores censitários na área urbana não pertencentes ao estrato de novas construções, entre os quais foram sorteados 60 setores para compor a amostra do ISA-Capital.

Os estágios de seleção em cada domínio e as respectivas frações de amostragem foram:

1º. estágio → sorteio de 267 setores censitários da PNAD com probabilidade proporcional ao tamanho M_i , expresso pelo número de domicílios do setor no Censo de 2000, e posterior sorteio aleatório simples de 60 setores, $f_1 = \frac{267M_i}{M} \cdot \frac{60}{267}$, sendo M o total de domicílios.

2º. estágio → sorteio de b domicílios com probabilidade $f_2 = \frac{b}{M_i}$. Para manter a mesma fração em todos os setores censitários considerando que os tamanhos dos setores se alteraram desde o censo de 2000 (passando para M'_i), foram incluídos na amostra $b(M'_i/M_i)$ domicílios em cada setor i . Os valores de b foram 90, 13, 30 e 45 para, respectivamente, os grupos de menores de um ano, de crianças e adultos, de adolescentes e de idosos, levando a diferentes probabilidades de seleção. Os dados da amostra foram ponderados para compensar essas diferentes probabilidades de seleção

$$\text{A fração global de amostragem foi: } f = \frac{267M_i}{M} \cdot \frac{60}{267} \cdot \frac{b(M'_i/M_i)}{M_i} = \frac{60b}{M}.$$

Durante o trabalho de campo, foi contabilizado um número menor de entrevistas do que o esperado. Analisando-se os dados produzidos durante os primeiros meses, verificou-se que as razões pessoas/domicílios em 2009 eram menores do que as utilizadas no plano de amostragem (do Censo de 2000), e que, portanto, os tamanhos de amostra planejados não seriam alcançados. Optou-se, então, pelo sorteio de mais 10 setores censitários, o que foi possível por ser a amostra ao ISA-Capital 2008 uma subamostra, sorteada por

amostragem aleatória simples, da PNAD. Com isso, a fração global de amostragem foi alterada para: $f = \frac{70b}{M}$ e os dados da amostra foram ponderados por $\frac{M}{70b}$.

Operacionalização do plano de amostragem

A primeira tarefa consistiu no sorteio dos setores censitários, a partir da listagem de setores da amostra da PNAD, fornecida pelo IBGE. Foram excluídos da listagem os setores de área rural.

Para os setores sorteados, à exceção dos constituídos por favelas, foi obtida no IBGE a listagem de endereços feita durante o trabalho de campo do PNAD 2005, além dos croquis e da descrição dos limites geográficos correspondentes. Nas quatro favelas sorteadas, os pesquisadores de campo percorreram toda a área refazendo os croquis e realizando um novo “arrolamento” de endereços.

Com base no número de domicílios constante nesse material, foi realizada a seleção de segunda etapa, sorteando-se números que correspondem aos domicílios da amostra. Estes foram transcritos nas listagens de endereços, identificando, assim, aqueles que pertenceriam à amostra e que foram digitados.

A partir do arquivo de endereços da amostra, foram elaboradas etiquetas para serem coladas nos questionários, contendo as informações referentes à localização dos domicílios sorteados e a identificação (pelo sexo e faixa etária) das pessoas que devem ser incluídas na amostra.

ANEXO 2

Inquérito de Saúde no Município de São Paulo

ISA CAPITAL - 2008

Universidade de São Paulo

RELAÇÃO DOS MORADORES DOS DOMICÍLIOS SORTEADOS

BLOCO A

visita	data	hora	nome do entrevistador	observações:	resultado da visita	1 realizada 2 não pertence à população em estudo 3 número inexistente 4 domicílio fechado 5 não é domicílio 6 recusa 7 domicílio vago 8 outros, especif.: _____
1	/					
2	/					
3	/					
4	/					
5	/					
6	/					

A 03. Resultado das visitas: ____ A 04. Nº. de visitas: ____ A 05. Entrevistador: ____

A 06. Data da entrevista: ____/____/____

Obs.: _____

A 07. Tipo de domicílio: particular 1
coletivo 2

A 08. Número de famílias no domicílio: —

Quadro de moradores no domicílio:

Nº	NOME	IDADE	SEXO		RELAÇÃO PARENTESCO COM CHEFE	MORADOR RESPONDENTE (para menores de 12 anos e incapazes)	SORTEIO	Nº DE ORDEM	Resultado
			M	F					
A 09a			1	2	CHEFE 1				
A 09b			1	2					
A 09c			1	2					
A 09d			1	2					
A 09e			1	2					
A 09f			1	2					
A 09g			1	2					
A 09h			1	2					
A 09i			1	2					
A 09j			1	2					
A 09k			1	2					
A 09l			1	2					
A 09m			1	2					
A 09n			1	2					
A 09o			1	2					
A 09p			1	2					
A 09q			1	2					
A 09r			1	2					
A 09s			1	2					
A 09t			1	2					
					Relação parentesco com o chefe: 2. cônjuge 3. filho/enteadado 4. pai/mãe/sogra 5. neto/bisneto 6. irmão/irmã 7. outro parente 8. agregado 9. pensionista 10. empregado doméstico 11. parente do empregado doméstico 12. outro: _____	Marque com um X o morador que foi sorteado		Resultado: 1. realizada 2. agendada 3. ausente 4. recusada 5. impossibilitado de responder

Inquérito de Saúde no Município de São Paulo

ISA CAPITAL - 2008
Universidade de São Paulo

ID _____ Nº da família _____ Nº de ordem _____
 End.: _____ Nº: _____ Compl.: _____
 E-mail: _____ Tels.: _____
 Nome completo do entrevistado: _____

visita	data	hora	nome do entrevistador	observações:	resultado da visita	
1	/					1 realizada
2	/					2 adiada
3	/					3 morador ausente
4	/					4 recusa total
5	/					5 recusa parcial
6	/					6 impossibilitado de responder

B 08. Resultado das visitas: ____		B 09. N°. de visitas: ____		B 10. Entrevistador: ____													
B 11. Quem respondeu o questionário? o próprio / o responsável .. 1 outro 2				B 12. Data da entrevista: ____/____/____													
B 04. Data de nascimento: ____/____/____				B 05. Sexo: masculino 1 feminino 2													
B 06. Qual é a sua cor ou raça? <table> <tr><td>branca ...</td><td>1</td></tr> <tr><td>preta</td><td>2</td></tr> <tr><td>parda</td><td>3</td></tr> <tr><td>amarela ..</td><td>4</td></tr> <tr><td>indígena ..</td><td>5</td></tr> <tr><td>NS/NR ...</td><td>9</td></tr> </table>				branca ...	1	preta	2	parda	3	amarela ..	4	indígena ..	5	NS/NR ...	9	B 07. Qual é a sua religião ou culto? _____ _____	
branca ...	1																
preta	2																
parda	3																
amarela ..	4																
indígena ..	5																
NS/NR ...	9																

Observações: _____

Categoria e cod. geral	Serviços	CID	Ocupação

EXAMES PREVENTIVOS

BLOCO H

PARA TODAS AS MULHERES COM 20 ANOS OU MAIS

H 01. O exame de Papanicolau é usado nos programas de prevenção de câncer de colo de útero. A senhora fez este exame alguma vez?

- passe p/ questão H 05.* não 1
- sim 2
- NS/NR 9

H 02. Quando foi a última vez?

- há menos de 1 ano 1
- de 1 a 2 anos incompletos 2
- de 2 a 3 anos incompletos 3
- há mais de 3 anos 4
- NS/NR 9

H 03. Em que serviço de saúde a sra. fez o exame?

(leia as alternativas para o entrevistado)

- unidade básica de saúde { UBS tradicional 1
- AMA / PA 2
- unidade mista (UBS / ESF) ou PSF 3
- consultório 4
- ambulatório 5
- hospital 6
- outro, especif.: 7
- NS/NR 9

H 04. Esse serviço de saúde é:

(leia as alternativas para o entrevistado)

- passe p/ questão H 06.* SUS 1
- previdência governamental (Federal/ Estadual/ Municipal) 2
- privado/particular 3
- serviço de sindicato/ associação de categoria ou corporativa 4
- serviço próprio de empresa 5
- outro, especif.: 6
- NS/NR 9

H 05. Por que a senhora nunca fez este exame?*Pode haver mais de uma resposta*

não era necessário/ sou saudável	1
não conhecia o exame/ não sabia de sua finalidade ou importância ..	2
teve dificuldade para marcar consulta/ não tinha vaga	3
problemas com a distância/ transporte/ dificuldades financeiras	4
é muito embaraçoso/ desconfortável/ tenho vergonha	5
nunca tive relações sexuais	6
nunca fui ao ginecologista	7
outros, especif.:	8
NS/NR	9

H 06. No último ano, algum profissional de saúde examinou seus seios para procurar nódulos/ caroços?*passa p/ questão H 09.*

não	1
sim	2
NS/NR	9

H 07. Em que serviço de saúde fez o exame?*(leia as alternativas para o entrevistado)*

unidade básica de saúde {	UBS tradicional	1
	AMA / PA	2
	unidade mista (UBS / ESF) ou PSF	3
	consultório	4
	ambulatório	5
	hospital	6
	outro, especif.:	7
	NS/NR	9

H 08. Esse serviço de saúde é:*(leia as alternativas para o entrevistado)*

SUS	1
previdência governamental (Federal/ Estadual/ Municipal)	2
privado/particular	3
serviço de sindicato/ associação de categoria ou corporativa	4
serviço próprio de empresa	5
outro, especif.:	6
NS/NR	9

H 09. A senhora mesma faz a palpação de seus seios procurando nódulos/ caroços? Com que frequência?

não faz	1
faz, mas não tem frequência definida	2
faz diariamente	3
faz semanalmente	4
faz mensalmente	5
faz duas vezes ao ano	6
faz anualmente	7
NS/NR	9

PARA TODAS AS MULHERES COM 40 ANOS OU MAIS.

H 10. A mamografia é um raio X dos seios, e é utilizada nos programas de prevenção de câncer de mama. Quando foi a última vez que a senhora fez este exame?

<i>passa p/ questão H 20.</i> nunca fez mamografia	1
fez, há menos de 1 ano	2
fez, de 1 ou 2 anos incompletos	3
fez, de 2 ou 3 anos incompletos	4
fez, há mais de 3 anos	5
NS/NR	9

H 11. Em que serviço de saúde a sra. fez o exame?

(leia as alternativas para o entrevistado)

consultório	4
ambulatório	5
hospital	6
outro, especif.: _____	7
NS/NR	9

H 12. Esse serviço de saúde é:

(leia as alternativas para o entrevistado)

SUS	1
previdência governamental (Federal/ Estadual/ Municipal)	2
privado/particular	3
serviço de sindicato/ associação de categoria ou corporativa	4
serviço próprio de empresa	5
outro, especif.: _____	6
NS/NR	9

H 13. Quem cobriu ou complementou os gastos?

Pode haver mais de uma resposta

<i>passa p/ questão H 20.</i>	SUS	1
	previdência governamental (Federal/Estadual/Municipal)	2
	sindicato/ associação de categoria ou corporativa, especif.: _____	3
	empresa	4
	convênio empresa, especif.: _____	5
	plano individual de saúde, especif.: _____	6
	o próprio entrevistado e/ou familiares	7
	outro, especif.: _____	8
	NS/NR	9

PARA TODOS OS HOMENS COM 40 ANOS OU MAIS.

H 14. Existem exames utilizados nos programas de prevenção de câncer de próstata. O sr. já fez algum exame com esta finalidade?

<i>passa p/ questão H 20.</i>	não	1
	sim	2
	NS/NR	9

H 15. Qual(is) exame(s)?

Pode haver mais de uma resposta

fez toque retal	1
fez exame de sangue (PSA)	2
fez ultra-sonografia	3
fez biópsia	4
NS/NR	9

H 16. Quando foi a última vez que o sr. fez algum desses exames?

há menos de 1 ano	1
de 1 a 2 anos incompletos	2
de 2 a 3 anos incompletos	3
há mais de 3 anos	4
NS/NR	9

H 17. Em que serviço de saúde o sr. fez o(s) exame(s)?*Pode haver mais de uma resposta (leia as alternativas para o entrevistado)*

unidade básica de saúde	UBS tradicional	1
	AMA / PA	2
	unidade mista (UBS / ESF) ou PSF	3
	consultório	4
	ambulatório	5
	hospital	6
	laboratório / clínica de diagnóstico	8
	outro, especif.:	7
	NS/NR	9

H 18. Esse serviço de saúde é:*Pode haver mais de uma resposta (leia as alternativas para o entrevistado)*

SUS	1
previdência governamental (Federal/Estadual/Municipal)	2
privado/particular	3
serviço de sindicato/ associação de categoria ou corporativa	4
serviço próprio de empresa	5
outro, especif.:	6
NS/NR	9

H 19. Quem cobriu ou complementou os gastos?*Pode haver mais de uma resposta*

SUS	1
previdência governamental (Federal/Estadual/Municipal)	2
sindicato/ associação de categoria ou corporativa, especif.:	3
empresa	4
convênio empresa, especif.:	5
plano individual de saúde, especif.:	6
o próprio entrevistado e/ou familiares	7
outro, especif.:	8
NS/NR	9

PARA HOMENS E MULHERES COM 40 ANOS OU MAIS.

H 20. Existem exames utilizados nos programas de prevenção de câncer de intestino. O(a) sr(a). já fez algum exame com esta finalidade?

passa p/ questão L 02. não 1
sim 2
NS/NR 9

H 21. Qual(is) exame(s)?

Pode haver mais de uma resposta

fez pesquisa de sangue oculto nas fezes 1
fez colonoscopia 2
NS/NR 9

H 22. Quando foi a última vez que o(a) sr(a). fez algum desses exames?

há menos de 1 ano 1
de 1 a 2 anos incompletos 2
de 2 a 3 anos incompletos 3
de 3 a 10 anos 4
há mais de 10 anos 5
NS/NR 9

H 23. Em que serviço de saúde o(a) sr(a). fez o(s) exame(s)?

Pode haver mais de uma resposta (leia as alternativas para o entrevistado)

unidade básica de saúde { UBS tradicional 1
AMA / PA 2
unidade mista (UBS / ESF) ou PSF 3
consultório 4
ambulatório 5
hospital 6
laboratório / clínica de diagnóstico 8
outro, especif.: 7
NS/NR 9

H 24. Esse serviço de saúde é:

Pode haver mais de uma resposta (leia as alternativas para o entrevistado)

SUS 1
previdência governamental (Federal/Estadual/Municipal) 2
privado/particular 3
serviço de sindicato/ associação de categoria ou corporativa 4
serviço próprio de empresa 5
outro, especif.: 6
NS/NR 9

H 25. Quem cobriu ou complementou os gastos?*Pode haver mais de uma resposta*

SUS	1
previdência governamental (Federal/Estadual/Municipal)	2
sindicato/ associação de categoria ou corporativa, especif.: _____	3
empresa	4
convênio empresa, especif.: _____	5
plano individual de saúde, especif.: _____	6
o próprio entrevistado e/ou familiares	7
outro, especif.: _____	8
NS/NR	9

ESTILO DE VIDA

BLOCO L

HÁBITO ALIMENTAR

L 02. Qual a sua altura? _____ m. e _____ cm.

NS/NR 999

L 03. Qual o seu peso? _____ Kg. e _____ gr.

NS/NR 999/ 999

L 04. Gostaria que seu peso fosse diferente do atual?

sim 2

não 1

NS/NR 9

*Se for amostra nutrição
(etiqueta) - aplicar
recordatório 24hs*

*Se não for amostra (etiqueta) -
passe p/ questão L 07.*

L 05. Quanto o(a) sr.(a) gostaria de pesar ?

*Se for amostra nutrição (etiqueta) aplicar recordatório 24hs
se deseja aumentar o peso - passe p/ questão L 07*

NS/NR 999/ 999

L 06. O(a) sr.(a) faz alguma coisa para emagrecer?

Pode haver mais de uma resposta

não 01

tenho cuidado com o que vou comer 02

sigo uma dieta 03

pratico exercícios 04

pulo refeições 05

participo de programa de perda de peso 06

fumo 07

uso medicamento, especif.: 08

outros, especif.: 09

NS/NR 99

VERIFICAR se o entrevistado pertence a amostra nutrição (etiqueta).

Se sim, aplicar RECORDATÓRIO 24HS.

Se não, passar para ATIVIDADE FÍSICA.

ATIVIDADE FÍSICA

Seção 1 – ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

As questões que se seguem estão relacionadas ao tempo que o(a) sr.(a) gasta fazendo atividade física na última semana.

As próximas perguntas se referem as atividades que o(a) sr.(a) faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário ou outro tipo de trabalho não remunerado que o(a) sr.(a) faz fora de sua casa e as atividades **na escola**. Não incluir tarefas domésticas.

L 07. Atualmente o(a) sr.(a) trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

passa p/ questão L 11a.		não	1
		sim	2
passa p/ questão L 11a.		NS/NR	9

L 08a. Em quantos dias da última semana o(a) sr.(a) fez atividades **vigorosas**, por pelo menos 10 minutos contínuos, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas como parte do seu trabalho? Não inclua o transporte para o trabalho.

Lembre que: atividades físicas **vigorosas** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar muito mais forte que o normal.

		_____ dias	
passa p/ questão L 09a.		nenhum	0
		NS/NR	9

L 08b. Quanto tempo no total o(a) sr.(a) gastou por dia fazendo atividades físicas **vigorosas** como parte do seu trabalho?

_____ horas e/ou _____ minutos

NS/NR 99/ 99

L 09a. Em quantos dias da última semana o(a) sr.(a) fez atividades **moderadas**, por pelo menos 10 minutos contínuos, como carregar pesos leves como parte do seu trabalho?

Lembre que: atividades físicas **moderadas** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar um pouco mais forte que o normal.

		_____ dias	
passa p/ questão L 10a.		nenhum	0
		NS/NR	9

L 09b. Quanto tempo no total o(a) sr.(a) gastou por dia fazendo atividades físicas moderadas como parte do seu trabalho?

____ horas e/ou ____ minutos

NS/NR 99/ 99

L 10a. Em quantos dias da última semana o(a) sr.(a) andou, durante pelo menos 10 minutos contínuos, como parte do seu trabalho? Não inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

____ dias

passa p/ questão L 11a. nenhum 0

NS/NR 9

L 10b. Quanto tempo no total o(a) sr.(a) gastou por dia caminhando como parte do seu trabalho?

____ horas e/ou ____ minutos

NS/NR 99/ 99

Seção 2 – ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

As próximas perguntas se referem a forma típica como o(a) sr.(a) se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros

L 11a. Em quantos dias da última semana o(a) sr.(a) andou de carro, ônibus, metrô ou trem?

____ dias

passa p/ questão L 12a. nenhum 0

NS/NR 9

L 11b. Quanto tempo no total o(a) sr.(a) gastou por dia andando de carro, ônibus, metrô ou trem?

____ horas e/ou ____ minutos

NS/NR 99/ 99

Agora pense **somente** em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro.

L 12a. Em quantos dias da última semana, o(a) sr.(a) andou de bicicleta por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (Não inclua o pedalar por lazer ou exercício físico).

____ dias

passa p/ questão L 13a. nenhum 0

NS/NR 9

L 12b. Nos dias em que o(a) sr.(a) pedalou para ir de um lugar para outro, no total, quanto tempo gastou por dia?

_____ horas e/ou _____ minutos

NS/NR 99/ 99

L 13a. Em quantos dias da última semana o(a) sr.(a) caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (Não inclua as caminhadas por lazer ou exercício físico).

_____ dias

passa p/ questão L 14a. nenhum 0

NS/NR 9

L 13b. Nos dias em que o(a) sr.(a) caminhou para ir de um lugar para outro, no total, quanto tempo gastou por dia? (Não inclua as caminhadas por lazer ou exercício físico).

_____ horas e/ou _____ minutos

NS/NR 99/ 99

Seção 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA

As próximas perguntas se referem as atividades físicas que o(a) sr.(a) fez na última semana na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou cuidar da sua família. Novamente pense somente naquelas atividades físicas que o(a) sr.(a) fez por pelo menos 10 minutos contínuos.

L 14a. Em quantos dias na última semana o(a) sr.(a) fez atividades físicas vigorosas no jardim ou quintal por pelo menos 10 minutos contínuos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão?

_____ dias

passa p/ questão L 15a. nenhum 0

NS/NR 9

L 14b. Nos dias em que o(a) sr.(a) faz este tipo de atividades vigorosas no jardim ou quintal quanto tempo no total o(a) sr.(a) gastou por dia?

_____ horas e/ou _____ minutos

NS/NR 99/ 99

L 15a. Em quantos dias na última semana o(a) sr.(a) fez atividades físicas moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar no jardim ou quintal?

_____ dias

passa p/ questão L 16a. nenhum 0

NS/NR 9

L 15b. Nos dias em que o(a) sr.(a) fez este tipo de atividades moderadas no jardim ou quintal quanto tempo no total o(a) sr.(a) gastou por dia?

____ horas e/ou ____ minutos

NS/NR 99/ 99

L 16a. Em quantos dias da última semana o(a) sr.(a) fez atividades físicas moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão dentro da sua casa?

____ dias

passa p/ questão L 17a. nenhum 0

NS/NR 9

L 16b. Nos dias em que o(a) sr.(a) fez este tipo de atividades moderadas dentro da sua casa quanto tempo no total o(a) sr.(a) gastou por dia?

____ horas e/ou ____ minutos

NS/NR 99/ 99

Seção 4 – ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

As próximas perguntas se referem as atividades físicas que o(a) sr.(a) fez na última semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente naquelas atividades físicas que o(a) sr.(a) fez por pelo menos 10 minutos contínuos. Não inclua atividades que já tenha citado.

L 17a. Sem contar qualquer caminhada que o(a) sr.(a) já tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana o(a) sr.(a) caminhou por pelo menos 10 minutos seguidos no seu tempo livre?

____ dias

passa p/ questão L 18a. nenhum 0

NS/NR 9

L 17b. Nos dias em que o(a) sr.(a) caminhou no seu tempo livre, quanto tempo o(a) sr.(a) gastou por dia?

____ horas e/ou ____ minutos

NS/NR 99/ 99

L 18a. Em quantos dias da última semana o(a) sr.(a) fez atividades físicas vigorosas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos contínuos como correr, fazer exercícios aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer jogging?

____ dias

passa p/ questão L 19a. nenhum 0

NS/NR 9

L 18b. Nos dias em que o(a) sr.(a) fez este tipo de atividades **vigorosas** no seu tempo livre quanto tempo no total o(a) sr.(a) gastou por dia?

____ horas e/ou ____ minutos

NS/NR 99/ 99

L 19a. Em quantos dias da última semana o(a) sr.(a) fez atividades físicas **moderadas** no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos contínuos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis?

____ dias

passa p/ questão L 20. nenhum 0

NS/NR 9

L 19b. Nos dias em que o(a) sr.(a) fez este tipo de atividades **moderadas** no seu tempo livre quanto tempo no total o(a) sr.(a) gastou por dia?

____ horas e/ou ____ minutos

NS/NR 99/ 99

Seção 5 – TEMPO GASTO SENTADO

As próximas perguntas se referem ao tempo que o(a) sr.(a) permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclui o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

L 20. Quanto tempo no total o(a) sr.(a) gastou **sentado** durante um dia de semana na última semana?

____ horas e/ou ____ minutos

NS/NR 99/ 99

L 21. Quanto tempo no total o(a) sr.(a) gastou **sentado** durante um dia de final de semana na última semana?

____ horas e/ou ____ minutos

NS/NR 99/ 99

L 22. O(a) sr.(a) já fumou, ao menos algum cigarro por dia, todos os dias durante ao menos um mês?

passar p/ questão L 33. não 1
sim 2
NS/NR 9

L 23. Que idade o(a) sr.(a) tinha quando começou a fumar regularmente?

_____ anos
NS/NR 99

L 24a. O(a) sr.(a) fuma atualmente?

passar p/ questão L 25. não 1
sim 2
NS/NR 9

L 24b. Se sim, qual?

passar p/ questão L 29. cigarro 1
passar p/ questão L 34. { charuto 2
cachimbo 3
cigarro de palha 4
NS/NR 9

L 25. Há quantos meses ou anos o(a) sr.(a) deixou de fumar?

1 _____ anos 2 _____ meses
NS/NR 999

L 26. Por que o(a) sr.(a) deixou de fumar?

Pode haver mais de uma resposta.

acha que faz mal para saúde 1
teve algum problema de saúde 2
restrição ao fumo no trabalho/locais públicos 3
restrição em casa 4
por vontade própria 5
outro, especif.: _____ 6
NS/NR 9

L 27. Contou com algum tipo de apoio quando deixou de fumar?

Pode haver mais de uma resposta

não	1
sim, grupo de apoio em serviço de saúde	2
sim, local de trabalho	3
sim, parente e amigo	4
sim, usou acupuntura	5
sim, algum tipo de tratamento (<i>ex: adesivo</i>), especif.: _____	6
sim, motivo religioso	7
outro, especif.: _____	8
NS/NR	9

L 28. Quantos cigarros em média o(a) sr.(a) fumava por dia?

passa p/ questão L 33. _____ cigarros

NS/NR 99

L 29. Quanto tempo após acordar o(a) sr.(a) fuma o primeiro cigarro?

na primeira meia hora	25
na segunda meia hora	26
após:	_____ horas
NS/NR	99

L 30. Atualmente quanto o(a) sr.(a) fuma por dia?

_____ cigarros

NS/NR 99

L 31. O(a) sr.(a) já tentou parar de fumar?

<i>passa p/ questão L 34.</i>	não	1
	sim	2
	NS/NR	9

L 32. Por que?

Pode haver mais de uma resposta.

<i>passa p/ questão L 34.</i>	{	acha que faz mal para saúde	1
		teve algum problema de saúde	2
		restrição ao fumo no trabalho/locais públicos	3
		restrição em casa	4
		por vontade própria	5
		outro, especif.: _____	6
		NS/NR	9

L 33. O(a) sr.(a) que não fuma, quantas horas por dia fica exposto/próximo de alguém fumando?

1 ____ horas 2 ____ minutos
NS/NR 99

L 34. Qual é a bebida de sua preferência? se referir bebida alcoólica - passe p/ questão L 37.

especif.: _____

L 35. Qual é a bebida alcoólica de sua preferência?

passe p/ questão L 37. especif.: _____

não bebe álcool 01

L 36. Há quanto tempo o(a) sr.(a) não ingere bebida alcoólica?

passe p/ questão M 01. {
nunca bebeu 1
não bebe há mais de um ano 2
parou de beber há menos de um ano 3
NS/NR 9

“PARA OS QUE BEBEM”

L 37. Alguma vez o(a) sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

não 1
sim 2
NS/NR 9

L 38. As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

não 1
sim 2
NS/NR 9

L 39. O(a) sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

não 1
sim 2
NS/NR 9

L 40. O(a) sr.(a) fica chateado ou se sente culpado pela maneira como costuma beber?

não	1
sim	2
NS/NR	9

L 41. Com que frequência o(a) sr.(a) toma ou tomava bebida alcoólica?

todos os dias	1
4 a 6 vezes por semana	2
2 a 3 vezes por semana	3
1 vez por semana	4
1 a 2 vezes por mês	5
menos de 1 vez por mês	6
NS/NR	9

Qual bebida alcoólica e em que quantidade o(a) sr.(a) consome ou consumia num dia típico quando está bebendo?

L 42a. Bebida: _____

L 42b. Quantidade: _____

L 42c. Bebida: _____

L 42d. Quantidade: _____

L 42e. Bebida: _____

L 42f. Quantidade: _____

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS

(INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADO)

BLOCO O

PARA TODAS AS PESSOAS COM 12 ANOS OU MAIS.

(SE FOR CHEFE DE FAMÍLIA PASSE PARA O BLOCO P)

O Bloco se aplica a este entrevistado? sim 1 não 2

O 02. Onde o(a) sr.(a) nasceu? _____

outro município, especifique o município e estado:

no próprio município 0000001

NS/NR 9999999

O 03. Há quanto tempo o(a) sr.(a) mora nesse município?

1 ____ anos 2 ____ meses 3 ____ dias

NS/NR 999

O 04. Há quanto tempo o(a) sr.(a) mora nesse domicílio?

1 ____ anos 2 ____ meses 3 ____ dias

NS/NR 999

O 05. Qual é a sua situação conjugal?

casado(a) 1

união conjugal estável 2

solteiro(a) 3

separado(a) 4

desquitado(a) ou divorciado(a) 5

viúvo(a) 6

NS/NR 9

O 06. Até que ano da escola o(a) sr.(a) completou?

nunca freqüentou, não sabe ler e escrever 01

nunca freqüentou, sabe ler e escrever 02

ensino fundamental/ 1º grau ou primário (ano/série) (11 - 14) 1 ____

ensino fundamental/ 1º grau ou ginásio (ano/série) (15 - 18) 1 ____

ensino médio/2º grau ou colegial (ano/série) (21 - 23) 2 ____

cursos técnicos de nível médio incompletos 25

cursos técnicos de nível médio completos 26

curso superior incompleto 30

curso superior completo , 31

outros, especif.: _____ 40

NS/NR 99

O 07. Atualmente o(a) sr.(a) exerce alguma atividade seja ela remunerada ou não remunerada de trabalho?

sim, em atividade	01
sim, mas afastado por motivo de doença	02
sim, e também aposentado	03
não, desempregado	04
não, aposentado	05
não, dona de casa	06
não, pensionista	07
não, só estudante	08
outros	09
NS/NR	99

passa p/ questão O 15.

O 08. Qual é/era a sua ocupação em seu trabalho principal?
(especificar se aposentado, qual era a sua ocupação)

_____	_____
_____	_____
NS/NR	9999

O 09. No seu trabalho principal o(a) sr.(a) é/era:
(leia as alternativas para o entrevistado)

empregado assalariado estatutário ou com cart. profissional assinada	1
empregado assalariado sem carteira profissional assinada	2
empregado familiar não remunerado	3
conta própria ou autônomo com estabelecimento	4
conta própria ou autônomo sem estabelecimento	5
empregador com até 5 funcionários fixos	6
empregador com mais de 5 funcionários fixos	7
NS/NR	9

O 10. Especifique qual é/era a atividade do estabelecimento, empresa, negócio ou instituição em que trabalha/trabalhou.

_____	_____
_____	_____
NS/NR	99999

O 11. Em que município fica o lugar que o(a) sr.(a) trabalha/trabalhou?

se estiver desempregado - passe p/ questão O 15.

no próprio município 0000001
 outro município, especif.:
 NS/NR 9999999

O 12. Quanto o(a) sr.(a) ganhou com esse trabalho ou aposentadoria no mês passado?

salário líquido R\$:
 NS/NR 99999

O 13. Além desse trabalho o(a) sr.(a) tem algum outro tipo de trabalho remunerado? (fixo ou eventual)

passe p/ questão O 15.

não 1
 sim, 2
 NS/NR 9

O 14. Quanto o(a) sr.(a) ganhou com este trabalho no mês passado?

salário líquido R\$:
 NS/NR 99999

O 15. O(a) sr.(a) tem algum outro tipo de rendimento e/ou pensão além do(s) declarado(s) anteriormente?

renda líquida R\$:
 não 00000
 NS/NR 99999

Verifique o **NÚMERO DE ORDEM** do entrevistado: se for **1** passe para o **BLOCO P**, caso contrário, encerre o questionário.

PLANO DE SAÚDE

BLOCO Z

Z 01. O(a) sr.(a) tem convênio ou plano de saúde (médico ou odontológico) ?

<i>encerre o bloco</i>	não	1
	sim	2
<i>encerre o bloco</i>	NS/NR	9

Z 02. O(a) sr.(a) é titular deste convênio ou plano de saúde ?

não, é dependente	1
sim	2
NS/NR	9

Z 03. O convênio ou plano de saúde é:

Pode haver mais de uma resposta (leia as alternativas para o entrevistado)

sindicato/ associação de categoria ou corporativa, especif.: _____	1
empresa	2
convênio empresa, especif.: _____	3
plano individual de saúde, especif.: _____	4
o próprio entrevistado e/ou familiares	5
outro, especif.: _____	6
NS/NR	9

Z 04. O convênio ou plano de saúde da direito a:

Pode haver mais de uma resposta (leia as alternativas para o entrevistado)

somente consultas	1
cobertura simultânea para consultas, exames e internações	2
somente cobertura hospitalar	3
atendimento em outros municípios	4
livre escolha de médicos, laboratórios, clínicas e hospitais fora da rede credenciada	5
assistência odontológica	6
outros, especif.: _____	7
NS/NR	9

ANEXO 3

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/60/10

23 de abril de 2010.

Prezado(a) Pesquisador(ã) e Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP, **analisou**, em sua **3ª/10 Sessão Ordinária**, realizada em **16/04/2010**, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º **2059**, intitulado **"REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAOU EM MULHERES COM 20 ANOS OU MAIS: INQUÉRITO DE SAÚDE DE BASE POPULACIONAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - 2008"**, área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Érika Dionizio**, de orientação do(a) Professor(a) **Chester Luiz Galvão Cesar**, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN /196/96, são deveres do (a) pesquisador (a): **1. Comunicar**, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; **2. Manter sob sua guarda e em local seguro**, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria; **3. Comunicar**, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto; **4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final**; **5. Justificar**, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Claudio Leone
Professor Titular

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm.º Sr.
Prof. Tit. Chester Luiz Galvão Cesar
Departamento de Epidemiologia da FSP/USP

ANEXO 4

Inquérito de Saúde no Município de São Paulo

Termo de consentimento livre e esclarecido

O Senhor (Sra.) está sendo convidado para participar da pesquisa: “Inquérito de Saúde no Município de São Paulo – 2008”. O objetivo deste estudo é conhecer melhor as condições de vida e saúde dos moradores do Município de São Paulo. Estas informações poderão ajudar na elaboração de propostas para melhorar o atendimento de saúde da cidade de São Paulo. Esta pesquisa é um estudo conjunto da Universidade de São Paulo e Secretaria Municipal de Saúde São Paulo.

Numa entrevista, serão coletadas informações sobre sua saúde, seus comportamentos relacionados à saúde, o uso de serviços de saúde, bem como sobre suas condições sócio-econômicas.

Na divulgação dos dados não haverá identificação dos entrevistados e ninguém, além dos pesquisadores, terá acesso aos nomes dos entrevistados nesta pesquisa.

A sua decisão pela participação ou não da pesquisa não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar. Sua recusa não implicará nenhuma alteração no atendimento na unidade de saúde habitual.

Os pesquisadores responsáveis por este trabalho estarão à disposição para qualquer esclarecimento e informações adicionais relativos a esta pesquisa.

Caso tenha alguma reclamação sobre esta pesquisa também poderá entrar em contato com o comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde à Rua General Jardim, 36, 2º andar, fone 3218-4043.

Eu, _____
residente à Rua _____ nº _____ bairro _____
_____ aceito o convite e afirmo meu consentimento
para participar na pesquisa “Inquérito de Saúde no Município de São Paulo – 2008”.

São Paulo, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do(a) entrevistado _____

Assinatura do (a) entrevistador(a) _____

Contactos com os responsáveis pela pesquisa:

Prof. Dr. Moisés Goldbaum

Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP – Tel 3061-7084/7444

Prof. Dr. Chester Luiz Galvão Cesar

Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP – Tel 3061-7739

Dr^a Margarida Lira

Coordenação de Epidemiologia e Informação/ Secretaria Municipal de Saúde- Tel 3218-4090

Chester Luiz Galvão Cesar

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

Possui graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1970), mestrado em Medicina Social pela London School of Hygiene and Tropical Medicine - University of London (1980) e doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1989). Atualmente é Professor Titular da Universidade de São Paulo. Publicou 48 artigos em periódicos especializados e 122 trabalhos em anais de eventos. Possui 13 capítulos de livros e 4 livros publicados/organizados ou edições. Orientou 16 mestrados e 7 doutorados. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: epidemiologia e serviços de saúde, inquéritos de saúde, morbidade referida, acesso e uso de serviços de saúde. (Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 10/02/2011

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/1095496876534667>

**Certificado
pelo autor em
10/02/11**

Rede de Colaboração

Diretório de grupos de pesquisa

SciELO - artigos em texto completo

Dados pessoais

Nome	Chester Luiz Galvão Cesar
Nome em citações bibliográficas	CESAR, Chester Luiz Galvão
Sexo	Masculino
Endereço profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia. Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César 01248904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30667710 Fax: (11) 30812108

Formação acadêmica/Titulação

- 1997** Livre-docência.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: MORBIDADE REFERIDA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA GRANDE SÃO PAULO - O PERFIL DA DESIGUALDADE EM SAÚDE, *Ano de obtenção:* 1997.
Palavras-chave: Morbidade referida; Uso de serviços de saúde; Desigualdade em saúde.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Epidemiologia.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Setores de atividade: Saúde Humana.
- 1982 - 1989** Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A MORTALIDADE INFANTIL EM COTIA E V.G.PAULISTA-SP, 1984-1985, *Ano de Obtenção:* 1989.
Orientador: SABINA LÉA DAVIDSON GOTLIEB.
Palavras-chave: Fatores de Risco; Mortalidade Infantil; Valor de Predição de Testes.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Epidemiologia.
Setores de atividade: Saúde Humana.
- 1978 - 1980** Mestrado em Medicina Social.
University of London, UL, Inglaterra.
Título: UTILIZATION OF MATERNITY AND INFANT CARE IN AN URBAN DISTRICT IN BRASIL, *Ano de Obtenção:* 1980.
Orientador: GODFREY J.A. WALKER.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Setores de atividade: Saúde Humana.
- 1972 - 1972** Especialização em Medicina Tropical.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
- 1972 - 1972** Especialização em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
- 1971 - 1971** Especialização em Residência Médica.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
- 1964 - 1970** Graduação em Medicina.
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.

Formação complementar

- 2007 - 2007** Auto-avaliação Continuada da Gestão Pública. (Carga horária: 24h).
Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.
- 2003 - 2003** Planejamento Estratégico. (Carga horária: 8h).
Fundação Oswaldo Cruz.

Érika Dionizio

Possui Bacharelado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP - 2000). Especialização lato sensu em Enfermagem em Obstetrícia pelo Centro Universitário São Camilo - SP (2003). Tem experiência na área de Saúde Coletiva com atuação predominante na assistência e gerenciamento de Unidade de Saúde na estratégia de Saúde da Família - PSF. Atualmente atua como enfermeira assistencial no PSF, Zona Leste - Prefeitura Municipal de São Paulo em parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina e é mestranda em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), departamento de Epidemiologia.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 04/04/2011

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/4558651371718256>

**Certificado
pelo autor em
04/04/11**

[Diretório de grupos de pesquisa](#)

Dados pessoais

Nome Érika Dionizio
Nome em citações bibliográficas DIONIZIO, E.
Sexo Feminino
Endereço profissional Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina,
Rua Fontoura Xavier, 1037
Itaquera
08295-300 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 20566262
URL da Homepage: <http://www.aps.santamarcelina.org>

Formação acadêmica/Titulação

- 2009** Mestrado em andamento em Saúde Pública .
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
Título: "Perfil epidemiológico das mulheres com 20 anos ou mais que realizam o exame de Papanicolaou e o uso de serviços de saúde no Município de São Paulo: um estudo a partir de Inquérito de Saúde", *Orientador:* Chester Luiz Galvão Cesar.
Palavras-chave: Neoplasia do Colo do Útero; esfregaço vaginal; Inquéritos de Saúde; Uso de serviços de Saúde.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Enfermagem / *Subárea:* Enfermagem de Saúde Pública.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Epidemiologia.
- 2002 - 2003** Especialização em Obstetrícia . (Carga Horária: 640h).
Centro Universitário São Camilo, SÃO CAMILO, Brasil.
Título: Mudanças percebidas pelas usuárias vinculadas ao programa de câncer ginecológico na gestão do Programa de Saúde da Família.
Orientador: Mônica Wernet.
- 1997 - 2000** Graduação em Enfermagem .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: "Relação entre asma na infância e o hábito de fumar na família: Um estudo exploratório".
Orientador: Maria Cecília de Siqueira Sigaud e Magda Andrade Rezende.

Atuação profissional

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP - USP, Brasil.

Vínculo Institucional

2009 - Atual Vínculo: Aluna, Enquadramento Funcional: Mestranda

Atividades

02/2009 - Atual Pesquisa e desenvolvimento .

[Linhas de pesquisa](#)
[Inquéritos de Saúde](#)
[Saúde da Mulher](#)

Casa de Saúde Santa Marcelina, CSSM, Brasil

Vínculo Institucional

2001 - Atual Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Enfermeira, Carga horária: 40, Regime: Dedicção exclusiva.

Outras informações

*Enfermeira assistencial na Unidade Básica de Saúde Vila Nova Curuçá, Subprefeitura Itaim Paulista, São Paulo, pela estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde, e com parceria da Casa de Saúde Santa Marcelina, até Junho/2006; *Gerente na Unidade Básica de Saúde Jd Indaiá, Subprefeitura Itaim Paulista, São Paulo, pela estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde, e com parceria da Casa de Saúde Santa Marcelina, até Junho/2009; *Enfermeira assistencial na Unidade Básica de Saúde Pedro José Nunes,