

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DO TESTE DE
PAPANICOLAOU ENTRE MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA
NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

ADRIANA DE ARAUJO PINHO

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Departamento de Saúde Materno-Infantil da
Faculdade de Saúde Pública da Universidade
de São Paulo, para obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública

Área de Concentração: Saúde Materno-Infantil
Orientador: Prof. Dr. Ivan França Junior

São Paulo
2002

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

APRESENTAÇÃO

É difícil sintetizar em poucas linhas os caminhos percorridos até a finalização deste trabalho que ora apresento a vocês, leitores, bem como todas as pessoas que contribuíram e contribuem para minha formação pessoal, acadêmica e profissional e que tiveram grande importância para a realização deste trabalho. Porém, antes de refazer alguns caminhos e encontros que me proporcionaram a revisão de antigas posições e o encantamento por novas concepções, gostaria de me posicionar, brevemente, diante da presente investigação. Incluo-me, aqui, não somente como pesquisadora, mas como sujeito sob investigação, a partir do momento que compartilho, como mulher, experiências na vida cotidiana comuns aos meus sujeitos de pesquisa, entre elas, a própria realização do teste de Papanicolaou. Logo, as inquietações que me envolveram, instigavam-me a buscar não somente respostas científicas e "coletivas", quanto o porquê da baixa cobertura do teste de Papanicolaou entre a população feminina brasileira, mas por respostas pessoais/individuais aos diversos problemas reconhecidos enquanto usuária de serviços de assistência à saúde da mulher.

Neste caminho, vários encontros, entre eles, devo destacar as figuras de antigos mestres que me apresentaram à saúde coletiva, seus impasses, suas possibilidades de atuação e o seu envolvimento direto com as coletividades humanas. E as figuras de novos mestres que reforçaram esta trajetória e a convicção de minha escolha. Dentre estes, *meu professor Ivan* que no exercício de sua prática pedagógica, soube ensinar como se exige, segundo *Paulo Freire*, respeitando minha bagagem de "saberes", ensinando com tolerância, escutando, reconhecendo meus limites, mas incitando-me a quebra de alguns obstáculos à ousadia e à "malícia científica", ensinando com alegria e perseverança; construindo verdadeiros espaços de diálogo entre mestre e aluno, acreditando nas potencialidades deste educando e, acima de tudo, lhe querendo bem...

Mas, tenho consciência que a prática educativa não se encerra no *saber ensinar*, mas também no *saber aprender* com igual amor e dedicação, perseverança e pelo caminhar sozinho, mas bem orientado, na busca por respostas e por novas perguntas... todos esses elementos, os quais tentei e tento responder, não sei se com êxito, à altura daqueles que me ensinaram.

Neste mesmo caminho, não poderia esquecer a figura de minha mais recente mestra, *Lilia Schraiber*, que com as mesmas palavras acima lhe agradeço pela confiança a mim depositada, pelas oportunidades de novas "viagens", pelos encontros e conversas

proporcionadas que me fizeram conhecer novos temas, novos desafios, e novos encantos.

Foram tantos os encontros, todos contribuintes deste processo de formação acadêmica e pessoal que se torna difícil mencioná-los com o devido merecimento em tão pouco espaço, mas fica aqui a lembrança, o carinho e o agradecimento...

...Aos queridos amigos, *Márcia e Falcão*, pela força e pelos momentos de descanso proporcionados, como nossas idas ao cinema e à famosa *pizzaria*...

...À *Nana* pelo aprendizado que tive ao beneficiar-me de seu conhecimento e experiência no tema *violência contra a mulher* e suas conseqüências para a saúde.

...A todos do grupo de pesquisa em *Gênero, Violência e Saúde da Mulher*, coordenada pela professora Lilia Schraiber, do qual tenho muita alegria em participar, pelo aprendizado e amizade com todos os seus membros... *Andrea, Diane, Heloisa, Jardelina, Júlia, Mary, Lígia e Ricardo*.

...Aos funcionários do Departamento de Saúde Materno-Infantil da FSP, *Elba, Iara e Leandro* pelo atendimento sempre cordial e atencioso e pelos *novos colegas* do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP

...As minhas eternas companheiras de república, *Vanessa, Gisele e Juliana*, que sempre acompanharam meu caminhar e estiveram sempre na minha lembrança com grande afeição.

...Ao meu grande amigo *Adriano*, pelo carinho, atenção e grande contribuição nesta etapa final da dissertação e a quem muito agradeço pela paciência e pela revisão gramatical do texto final.

...Aos meus pais, *Salete e Armando*, a meu irmão, *Luiz Cláudio* e a minha "segunda família" *D. Diva e João Alberto* pelo apoio e carinho em todos os momentos, mesmo estando tão distantes...

Este trabalho teve auxílio financeiro da Fundação FORD, por meio do Programa Interinstitucional em Metodologia de Pesquisa em Sexualidade, Gênero e Saúde Reprodutiva (NEPO-UNICAMP/IMS-UERJ/ISC-UFBA) e da Organização Mundial da Saúde responsável pelo pesquisa multi-paises sobre Saúde da mulher e Violência Doméstica, do qual este estudo é tributário.

RESUMO

Pinho AA. Fatores associados à realização do teste de Papanicolaou entre mulheres em idade reprodutiva no município de São Paulo (SP). São Paulo; 2002. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

No Brasil, a taxa de mortalidade por câncer de colo do útero tem permanecido constante e sua taxa de incidência ainda é alta entre a população feminina, provavelmente, devido à baixa e irregular cobertura do teste de Papanicolaou. *Objetivos.* Investigar a cobertura e os fatores associados à realização do teste de Papanicolaou entre mulheres em idade reprodutiva e os motivos relatados pelas mulheres para realizarem ou não o teste. *Métodos.* Os dados coletados fizeram parte da pesquisa multi-países sobre saúde da mulher e violência doméstica, coordenada pela Organização Mundial da Saúde e realizada no município de São Paulo entre abril e junho de 2000. Um inquérito domiciliar foi realizado com uma amostra representativa da população feminina de 15 a 49 anos, selecionadas aleatoriamente a partir de uma amostragem de domicílios por conglomerados em múltiplos estágios. *Resultados.* Ao todo, 86,0% das mulheres relataram ter realizado o teste alguma vez na vida; 77,0% realizaram-no nos últimos 3 anos e 56,5% nos últimos doze meses anteriores à entrevista. Os fatores que se mostraram associados, positivamente, à realização do teste de Papanicolaou nos últimos 3 anos, após o ajuste no modelo de regressão logística múltipla foram: ter entre 35 e 49 anos de idade; mais de três anos de vida sexual; ser casada ou em união consensual; ter realizado o teste para HIV alguma vez na vida; usar métodos contraceptivos hormonais ou cirúrgicos; ter até o colegial completo ou 12 anos ou mais de estudo; ter passado por consulta médica no último mês; referir um estado de saúde bom, excelente ou regular e usar camisinha com parceiro sexual contra DSTs. Episódio de violência sexual no último ano anterior à entrevista se mostrou associado, negativamente, à realização do teste de Papanicolaou. As seguintes razões foram relatadas pelas mulheres para nunca terem realizado o teste: não ser necessário ou não ter problemas ginecológicos (41,4%); vergonha ou desconforto físico (32,7%); dificuldades de acesso ao serviço de saúde (11,2%); problemas financeiros ou de transporte (6,0%); não sabia o motivo (5,2%); falta de interesse (4,3%); não conhecia o exame (2,6%); sem recomendação médica (2,6%) entre outras (6,9%). *Conclusões.* Apesar da alta cobertura do teste de Papanicolaou observada, o acesso e a utilização deste serviço preventivo não se mostraram equitativos, visto que as mulheres que realizaram o exame foram, predominantemente, aquelas de melhor nível sócio-econômico e com contato regular à assistência médica, sugerindo que a realização do teste está mais relacionada à oportunidade ou chance de sua provisão em conjunção a outras atividades assistenciais do que propriamente ao *status* de risco para o câncer cervical.

Descritores: saúde da mulher, rastreamento do câncer cervical, teste de Papanicolaou, estudo transversal, prevenção e controle

SUMMARY

Pinho AA. **Factors associated to use of the Papanicolaou test (Pap Test) among women in reproductive age at the municipality of São Paulo, SP, Brasil.** São Paulo; 2001. [MSc Dissertation - Faculty of Public health, São Paulo University].

In Brazil, the mortality rate from cervical cancer has remained constant and its incidence rate is still high among Brazilian women. Part of this is due to, probably, low and irregular coverage of Papanicolaou test *Objectives.* Investigate the coverage of Pap test among women in reproductive age, the factors associated to use of the test and the self-reported reasons by women to use or not use of the Pap Test. *Methods.* The data was collected during the multi-country survey about women's health and domestic violence, coordinated by World Health Organization and carried out in São Paulo city between April and June 2002 in a representative sample of female population aged between 15 and 49 years, randomly selected through a household-sample frame. *Results.* Overall, 86,0% of women reported having had at least one Pap smear during their lifetime; 77,0% reported a Pap test in the last 3 years, and 56,5% having had their last Pap smear in the past year before the interview. The factors associated to use of the Pap Test in the last three year were: aged between 35 and 49; more than three year after sexual initiation; was married or living with man; has ever undergone a HIV Test; has completed high school and 12 or more year of study; to use hormonal or cirurgical contraceptive methods; has had a medical appointment in the last month; self-reported health status as good, excellent or fair and to use condom with sexual partner against STDs. Sexual violence against women by intimate partner in the last year was negatively associated to use of the Pap test. The following reasons were given by those for having never had a Pap test: they believed there was no need for that or had no gynecological problems (41,4%); embarrassment or fear (32,7%); difficulties of getting an appointment or no healthcare access (11,2%); financial and transportation problems (6,0%); did not know the reason to not use of Pap test (5,2%); lack of interest (4,3%); did not know the Pap Test (2,6%); any medical recommendation (2,6%) and other reasons (6,9%). *Conclusions.* Despite high coverage of the Pap test, the use of this preventive service was different by socioeconomic level of women and regular physician contact, suggesting that use of Pap test is more common among women who have opportunities or chance of being screened during other assistencial activities than at those at risk to cervical cancer.

Keywords: women's health, cervical cancer *screening*, Papanicolaou test, cross-sectional study, prevention & control

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	
1.1. Câncer cérvico-uterino: tendências no Brasil e no mundo.....	1
1.2. O perfil clínico e epidemiológico do câncer cérvico-uterino.....	3
1.3. O teste de Papanicolaou na prevenção e controle do câncer cervical.....	10
1.4. A cobertura do teste de Papanicolaou no Brasil e no mundo.....	16
1.5. Modelo teórico proposto dos fatores associados ao acesso e utilização do teste de Papanicolaou.....	20
2. OBJETIVOS.....	24
3. METODOLOGIA.....	25
3.1. O delineamento do estudo.....	25
3.2. Os sujeitos da investigação.....	25
3.3. O plano de amostragem.....	26
3.4. A pesquisa de campo.....	33
3.5. O instrumento de pesquisa.....	38
3.6. Variáveis consideradas no estudo.....	38
3.7. A análise dos dados.....	45
3.8. Aspectos éticos da investigação.....	49
4. RESULTADOS.....	50
4.1. Caracterização sócio-demográfica e reprodutiva da amostra.....	51
4.2. Estimativa da proporção de mulheres que realizaram o teste de Papanicolaou.....	52
4.3. Estimativas de proporção e de associação entre a realização do teste de Papanicolaou e características selecionadas das mulheres.....	54
4.4. Modelo de regressão logística múltiplo.....	71
5. DISCUSSÃO.....	82
5.1. Questões de validade do estudo: Potencialidades e limites.....	82
5.2. A cobertura do teste de Papanicolaou no município de São Paulo.....	91
5.3. Fatores associados à realização do teste de Papanicolaou.....	96
5.4. <i>Escolha, chance ou obrigação?</i> Motivos para realização do teste.....	119
5.5. <i>"O triunfo e a tragédia"</i> do teste de Papanicolaou no município de São Paulo.....	137
6. CONCLUSÕES.....	142
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	144
8. ANEXOS.....	164

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

- Figura 1- Modelo teórico proposto dos fatores associados à realização do teste de Papanicolaou Página 21
- Figura 2 - Mapa do município de São Paulo com os 72 setores censitários selecionados para a pesquisa. Página 29
- Organograma 1- Taxas de respostas dos domicílios e das mulheres selecionadas. Município de São Paulo, 2000. Página 37
- Tabela 1- Comparações entre os diferentes programas nacionais de *screening* de câncer cervical conduzidos em sete países europeus (1963-1996). Página 14
- Tabela 2- Prevalência na realização do Teste de Papanicolaou em alguns países da América do Norte, América Latina e Europa (1989-1999). Página 16
- Tabela 3-Tamanho mínimo da amostra segundo a frequência esperada da realização do teste de Papanicolaou e erro máximo na precisão da estimativa de 2,5% e 5,0%. Página 26
- Tabela 4- Composição sócio-demográfica da amostra de mulheres entrevistadas de 15 a 49 anos no município de São Paulo, 2000. Página 51
- Tabela 5- Distribuição das mulheres que relataram realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida segundo características demográficas e sócio-econômicas. Município de São Paulo, 2000. Página 55
- Tabela 6- Distribuição das mulheres que relataram realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos segundo características demográficas e sócio-econômicas. Município de São Paulo, 2000. Página 56

Tabela 7- Distribuição das mulheres que relataram realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida segundo características sexuais e reprodutivas. Município de São Paulo, 2000. Página 60

Tabela 8- Distribuição das mulheres que relataram realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos segundo características sexuais e reprodutivas. Município de São Paulo, 2000. Página 61

Tabela 9- Distribuição das mulheres que relataram realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida segundo práticas relacionadas à saúde e *status* geral da saúde. Município de São Paulo, 2000. Página 63

Tabela 10- Distribuição das mulheres que relataram realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos segundo práticas relacionadas à saúde e *status* geral da saúde. Município de São Paulo, 2000. Página 64

Tabela 11- Distribuição das mulheres que relataram realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida segundo características relacionadas ao serviço de saúde. Município de São Paulo, 2000. Página 67

Tabela 12- Distribuição das mulheres que relataram realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos segundo características relacionadas ao serviço de saúde. Município de São Paulo, 2000. Página 68

Tabela 13- Distribuição das mulheres que relataram realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida segundo experiência de violência física e sexual pelo menos uma vez na vida e nos últimos doze meses. Município de São Paulo, 2000. Página 69

Tabela 14- Distribuição das mulheres que relataram realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos segundo experiência de violência física e sexual, pelo menos uma vez na vida e nos últimos doze meses. Município de São Paulo, 2000. Página 70

Tabela 15- Razões de Chances (ORs) ajustadas no modelo de regressão logística para a realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos. Página 77

Tabela 16- Razões de chances brutas e ajustadas e respectivos intervalos de confiança (95%) dos principais fatores associados à realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos. Município de São Paulo, 2000. Página 79

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. Câncer cérvico-uterino: tendências no Brasil e no mundo

Há tempos, o câncer de colo do útero vem ocupando um lugar de destaque nas taxas de morbi-mortalidade entre a população feminina, especialmente nos países em desenvolvimento, onde ocupa o 2º lugar dentre as neoplasias malignas mais freqüentes, perdendo somente para o câncer de mama. Em 1990, foram estimados 371.200 casos novos de câncer cervical invasivo no mundo, representando quase 10% de todos os cânceres entre a população feminina, sendo que 78% destes ocorreram em países em desenvolvimento (Parkin, Pisani e Ferlay, 1999).

As maiores taxas de incidência de câncer cervical padronizadas por idade encontram-se em países do Sudeste e Leste da África, América Central, América do Sul e Melanésia, alcançando valores em torno de 40 casos novos por 100.000 mulheres (Parkin, Whelan e Ferlay, 1997; Parkin, Pisani e Ferlay, 1999). Na América Latina, as maiores taxas de incidência (ajustada por idade) de câncer cervical, estimadas em 1990, foram observadas no Brasil, na cidade de Belém do Pará (64,8/100.000 mulheres), seguida por Peru, na cidade de Trujillo (53,5/100.000 mulheres) (Parkin, Whelan e Ferlay, 1997). Vale dizer que a taxa de incidência de câncer cervical estimada em 1990 para a cidade de Belém do Pará aproxima-se daquela observada na cidade de Harare (Zimbabwe) na África que tem uma das maiores taxas de incidência de câncer de colo do útero no mundo todo (67,2/100,000 mulheres).

Particularmente no município de São Paulo, a taxa de incidência de câncer de colo uterino padronizada por idade, em 1973, foi de cerca de 40/100.000 mulheres (Aleixo-Neto, 1991). Em 1983, esta taxa diminuiu para 26,7/100.000 mulheres (MS, 1999). Cabe lembrar que a introdução do teste de Papanicolaou, no Estado de São Paulo, fazendo parte de um programa de controle do câncer cérvico-uterino, ocorreu em meados da década de 70 e se ampliou com o surgimento do PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) em 1983. Após uma década, houve uma discreta redução na taxa de incidência para 23,6/100.000 mulheres, e já no início dos anos 90, esta taxa voltou a subir para 27,4/100.000 mulheres (MS, 1999).

Para dar uma idéia da magnitude deste problema em nosso meio, a taxa de incidência (padronizada por idade) de câncer cervical no município de São Paulo é similar àquelas observadas em países como Peru (Lima), Costa Rica, Índia (Bangalore) e Tailândia (Chiang Mai) (Parkin, Whelan e Ferlay, 1997), além de que, faz com que o

câncer cervical ocupe o 3º lugar dentre as neoplasias malignas mais freqüentes na população feminina paulista, perdendo somente para o câncer de pele (54,6 casos novos por 100,000 mulheres) e para o câncer de mama (78,8 casos novos por 100,000 mulheres) (MS, 1999).

Ao analisar a taxa de incidência de câncer de colo do útero no município de São Paulo no período de 1983 a 1993, segundo a faixa etária das mulheres acometidas pela doença, observa-se que não houve uma alteração significativa neste coeficiente, particularmente para as mulheres abaixo de 30 anos e acima de 60 anos. Uma discreta redução foi observada para os grupos intermediários, com um pico na faixa etária de 50 a 60 anos e um aumento na incidência a partir dos 65 anos (MS, 1999; SES-SP, 1998). Semelhante padrão foi observado em países como Dinamarca, Alemanha, Eslovênia, Suécia, Noruega e Colômbia, após a introdução de programas de rastreamento do câncer cervical de âmbito nacional ou regional (Gustafsson e col., 1997).

Quanto à taxa de mortalidade, segundo Eluf-Neto e Nascimento (2001) não houve nenhuma tendência à redução significativa no período de 1960 a 1993 em países da América Latina e Caribe, como Brasil, Colômbia, Cuba, Guatemala, Uruguai e Venezuela. No Brasil, particularmente no Estado de São Paulo, a taxa bruta de mortalidade por câncer de colo do útero se estabilizou em torno de 4,2/100.000 mulheres desde a década de 70 (SEADE, 2000), com um deslocamento de óbitos para as faixas etárias mais avançadas, acima de 70 anos (SES-SP, 1998). Somente no município de São Paulo em 1996, a taxa bruta de mortalidade foi de 5,1 óbitos por 100.000 mulheres (SES-SP, 1998). Porém, alguns autores acreditam que esta taxa possa estar subestimada, devido à notificação de óbitos por câncer de útero de localização não especificada, pois, dentre estes, haveria muitos casos de câncer de colo do útero (Lopes e col., 1995).

De maneira geral, pode-se dizer que não houve uma alteração significativa no perfil de morbi-mortalidade por câncer cérvico-uterino na população feminina brasileira, cujas taxas de incidência e mortalidade ainda permanecem em patamares elevados. As razões para tal quadro, observado também em muitos outros países da América Latina e Caribe, encontram-se, provavelmente, no perfil epidemiológico que esta doença adquire nestes países, quanto à freqüência dos fatores de risco, mas, principalmente, no grau de implementação de ações efetivas de curto e longo prazos tanto no plano técnico, no diagnóstico precoce da doença e tratamento das lesões detectadas, quanto nos planos educacional, social e político-econômico. O que se

observa é que tais ações têm se mostrado limitadas e incoerentes com as reais necessidades da população feminina de maior risco para a doença, a despeito do conhecimento de características epidemiológicas e fisiopatológicas do câncer cervical ter trazido possibilidades de intervenção técnica sobre a enfermidade e sua respectiva prevenção e controle. Mas, antes de prosseguir na tentativa de buscar elementos que possam explicar a permanência de tal quadro, cabe conhecer quais são estas características intrínsecas e extrínsecas ao processo de evolução da doença que lhe confere um *status* diferenciado dentre as neoplasias malignas que acometem a população feminina em geral.

1.2. O perfil clínico e epidemiológico do câncer cérvico-uterino

O câncer de colo do útero apresenta uma característica peculiar dentre outras neoplasias malignas, representada pelo período assintomático relativamente longo e passível de ser detectado precocemente. O período de evolução da doença, desde a sua fase assintomática até sua manifestação clínica é caracterizado pelo desenvolvimento progressivo de lesões cervicais de graus variados, a depender do comprometimento do epitélio escamoso ou glandular do colo do útero, e cuja progressão dependerá, além de fatores intrínsecos à patologia e ao indivíduo comprometido pela doença, de elementos externos promotores do desenvolvimento destas lesões.

Revisões na literatura sobre a chamada "história natural" do câncer cervical têm mostrado que a taxa de progressão de lesões cervicais de grau mais leve para lesões de grau moderado ou severo parece ocorrer em apenas 15% a 25% dos casos, num período de evolução de 2 a 4 anos, sendo mais provável, no entanto, a regressão de tais lesões, descrita ocorrer em mais de 70% dos casos, num período de 6 meses a 3 anos (Östör, 1993; Schiffman e Brinton, 1995; Holowaty e col., 1999). Já a taxa de progressão de uma lesão de grau moderado para uma lesão mais severa, como a neoplasia cervical intra-epitelial de grau III, entre elas o carcinoma *in situ*, parece ocorrer em 20% a 50% dos casos, num período de evolução variável de menos de 2 anos a 5 anos, ao passo que a probabilidade de regressão à normalidade é menor para as lesões de grau moderado do que para aquelas de grau mais leve (Östör, 1993; Holowaty e col., 1999).

Os fatores de risco postulados como responsáveis pelo desenvolvimento e progressão das lesões cervicais de baixo grau à lesões de alto grau ou invasivas estão inseridos em três grupos: o primeiro relacionado à presença de organismos virais,

particularmente o vírus Papiloma Humano (HPV); um grupo de fatores relacionados ao indivíduo, como a competência imunológica, fatores hormonais, nutricionais, fatores sexuais e reprodutivos, mecanismos traumáticos, etc., e um terceiro grupo, relacionado a fatores ambientais e sociais, como o tabagismo, uso de contraceptivos orais, infecções concorrentes e o nível sócio-econômico do indivíduo.

Dentre esses três grupos, o vírus Papiloma humano é hoje considerado o fator causal central na carcinogênese cervical, sendo sua infecção classificada pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC) como carcinogênica para os tipos virais 16 e 18, provavelmente carcinogênica para os tipos 31 e 33 e possivelmente carcinogênica para outros tipos virais, exceto 6 e 11 (IARC/WHO, 1995). A infecção pelo HPV é considerada hoje em dia uma das doenças sexualmente transmissíveis mais comuns entre a população em idade reprodutiva (Franco, Duarte-Franco e Ferenczy, 2001). Ley e col. (1991), por exemplo, encontraram uma prevalência de 46% de infecção por HPV em mais de 400 espécimes cervicais de mulheres americanas em idade reprodutiva.

A relação entre a infecção pelo HPV e o câncer cervical é consistente no mundo todo, como mostraram Bosch e col. (1995) ao investigarem a prevalência da infecção pelo HPV em espécimes cervicais consistentes com alterações neoplásicas invasivas, provenientes de 32 hospitais em 22 países, inclusive o Brasil. A prevalência de DNA viral nos 22 países participantes alcançou de 75% a 100%, sendo que mais da metade dos espécimes infectados correspondia à infecção pelos tipos virais de alto risco (16, 18, 31, 45). No Brasil, dos 46 espécimes investigados, 87% foram positivos para infecção por HPV, sendo que 52% correspondiam ao tipo viral 16; 8,7% ao tipo 18; 4,3% ao tipo 31 e 4,3% ao tipo 45. As estimativas de associação entre a infecção por HPV e a neoplasia cervical são de alta magnitude, alcançando riscos relativos ou *odds ratio* nos valores de 20 a 70 (Franco, Duarte-Franco e Ferenczy, 2001). Eluf-Neto e col. (1994), por exemplo, em estudo caso-controle realizado no Brasil, observaram que a *odds ratio* para câncer cervical associado aos tipos virais 16, 18, 31 e 33 foi de 69,7 (IC95%=28,7-169,6), sendo observado DNA viral em 84% dos espécimes cervicais consistentes com alterações neoplásicas.

A prevalência de infecção por HPV apresenta um pico em mulheres mais jovens, sexualmente ativas, normalmente na faixa etária dos 20 anos, correspondendo à idade média de mulheres com atipias celulares da cérvix consistentes com infecção por HPV ou com neoplasias intraepiteliais cervicais de grau I (NIC I) (Ley e col., 1991; Silveira e

Pessini, 1993; Björge e col., 1994; Kainz e col., 1995). Após esta faixa etária observa-se um declínio na prevalência da infecção por HPV com o aumento da idade, sugerindo que muitas infecções são transitórias, sendo raro encontrar o mesmo tipo viral em subseqüentes exames, já que o período de detecção da infecção por HPV é curto, de menos de 2 anos a 3 anos (Schiffman e Brinton, 1995; Franco, 1995). Para alguns autores tal transitoriedade pode ser devido à resposta imune do indivíduo e à supressão de infecções existentes, sendo observado que mais da metade dos casos de lesões cervicais leves e atípicas celulares consistentes com infecção por HPV, como já citado, regridem espontaneamente num período de 6 meses a 3 anos (Östör, 1993; Holowaty e col., 1999). Especula-se que o baixo risco de infecção por HPV entre mulheres mais velhas, a despeito do maior número cumulativo de parceiros sexuais durante a vida em comparação às mulheres mais jovens, seja devido à imunidade conferida pelas repetidas infecções prévias transitórias (Koutsky e col., 1992; Ho e col., 1994; Hankins e col., 1999).

Embora a maioria das infecções por HPV seja transitória, vários estudos prospectivos têm sugerido o papel do HPV, principalmente os tipos virais de alto risco (tipos 16 e 18), na progressão de lesões cervicais de baixo grau à lesões de alto grau ou invasivas. Koutsky e col. (1992), por exemplo, em um estudo prospectivo com 247 mulheres entre 16 e 50 anos de idade, observaram que dos 12% de casos de neoplasia intra-epitelial cervical de grau II e III desenvolvidos, 78% foram atribuídos às infecções por HPV, especialmente os tipos 16 e 18, sendo que todos esses casos de lesões cervicais foram detectados dentro de 24 meses após a detecção inicial do DNA viral. Tais lesões cervicais de grau moderado ou severo, consistentes com infecção persistente de tipos virais de alto risco, apresentam um pico no diagnóstico ao redor dos 30 anos de idade. Alguns co-fatores relacionados ao indivíduo (imunossupressão deficiente), ao ambiente (cigarro, uso de contraceptivos hormonais), ou co-infecções por outros agentes sexualmente transmissíveis podem influenciar a integração do DNA viral, especialmente os de alto risco, ao genoma humano, contribuindo para a progressão destas lesões pré-neoplásicas de grau moderado ou severo para formas invasivas, cujo pico no diagnóstico ocorre ao redor dos 40 a 50 anos de idade (Schiffman, 1992; Björge e col., 1994; Pinho e Iwama de Mattos, 2002).

Com a identificação do papel central do vírus Papiloma Humano (HPV) na carcinogênese cervical em diferentes estudos epidemiológicos, de sua transmissão via sexual, e da influência do comportamento sexual masculino na transmissão do agente

infeccioso, esclareceram-se os papéis dos fatores sexuais no risco de câncer cervical, como o número de parceiros sexuais na vida e idade no primeiro intercuro sexual que passam a ser entendidos dentro de uma cadeia causal da infecção pelo vírus Papiloma Humano, como potenciais elementos favorecedores à exposição viral. Cabe ressaltar, aqui, que a identificação de fatores de risco para o câncer cérvico-uterino nos estudos epidemiológicos, especialmente dos fatores relacionados ao comportamento sexual, como colocou Faerstein (1989), seguiu uma trajetória marcada de preconceitos morais, sexuais, étnicos e de classe, particularmente porque tinham como objeto de intervenção e controle o comportamento sexual das mulheres. Assim, termos como "promiscuidade sexual" e iniciação "precoce" da vida sexual passaram a fazer parte de discursos em saúde pública que se pretendiam científicos, porém com forte conotação moralizadora, revelando os limites da prática médico-sanitária ao instaurar ações de intervenção técnica sobre os indivíduos, especificamente sobre a sexualidade feminina.

Outro importante fator que tem sido consistentemente associado ao risco de câncer cervical é o nível sócio-econômico das mulheres, sendo que aquelas pertencentes a um estrato sócio-econômico mais baixo teriam um risco maior de desenvolver câncer de colo do útero. De Sanjosé e col. (1996), por exemplo, em dois estudos caso-controle envolvendo 760 mulheres residentes em duas regiões sócio-econômicas distintas da Espanha e Colômbia, sugeriram que as diferenças sócio-econômicas no risco de câncer cervical entre estas duas populações poderiam se dever a diferenças na prevalência de HPV, sendo esta maior entre a população colombiana, menos favorecida economicamente; aos contatos sexuais com profissionais do sexo entre parceiros de mulheres de baixa escolaridade e a menor realização do teste de Papanicolaou devido ao menor acesso aos serviços de saúde entre a população de baixo nível sócio-econômico.

Já o *status* de risco de outros fatores na carcinogênese cervical, como o uso de contraceptivos orais (COs), multiparidade e tabagismo tem sido controverso na literatura epidemiológica. Alguns estudos não têm encontrado associação entre uso de COs e câncer cervical após controle por variáveis sexuais e infecção por HPV (Koutsky e col., 1992; Eluf-Neto e col., 1994; Parazzini e col., 1998). Outros, contudo, têm observado um efeito residual do uso prolongado de COs no risco de câncer cervical, sendo proposto o papel dos COs como agentes promotores no processo de infecção pelo vírus Papiloma humano pelo menos *in vitro*, provavelmente por meio de um mecanismo hormônio-dependente (Schiffman e Brinton, 1995).

O efeito da paridade no risco de câncer cervical também é controverso, sendo que alguns autores não encontraram associação entre paridade e risco para neoplasia cervical, após controle por variáveis sexuais ou presença de infecção por HPV (Koutsky e col., 1992). No entanto, um efeito também residual da paridade no risco de câncer cervical já foi descrito por alguns autores, após o controle pelas mesmas variáveis (Eluf-Neto e col., 1994; Parazzini e col., 1998). Têm-se sugerido que a paridade poderia ter um efeito semelhante ao uso de COs na promoção da infecção por HPV através de um mecanismo hormônio-dependente ou mediado pela influência da gestação no sistema imunológico do indivíduo (Schiffman e Brinton, 1995; Parazzini e col., 1998).

Quanto ao risco de câncer cervical associado ao hábito de fumar, este também tem sido questionado por alguns estudos que após controlarem por variáveis relacionadas a práticas sexuais ou à presença de HPV não encontraram nenhuma associação entre tabagismo e câncer cervical (Eluf e col., 1994; Schiffman e Brinton, 1995; Parazzini e col., 1998), bem como nenhuma interação entre tabagismo e infecção por HPV no risco de câncer cervical (Eluf e col., 1994).

Mais recentemente, estudos epidemiológicos têm investigado o papel da imunossupressão no risco de infecção por HPV e no desenvolvimento e progressão de lesões cervicais, ganhando destaque o papel do vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV) na carcinogênese cervical, tendo em vista um número crescente de estudos investigando a prevalência de lesões cervicais e de infecção concomitante pelo HPV em mulheres soropositivas. Alguns autores têm observado que o grau de imunossupressão pela infecção por HIV adquire um importante papel direto e indireto, mediado pela infecção por HPV, no risco de câncer cervical, após o controle por fatores de risco comuns ao câncer cervical e à infecção por HIV. Ho e col. (1994) e Hankins e col. (1999), por exemplo, encontraram que contagens de células CD4 menores que 200 céls./mm³ em mulheres soropositivas se mostraram significativamente associadas ao maior risco de infecção por HPV em relação às mulheres soropositivas com contagem de células CD4 maiores que 500 céls./mm³ ou àquelas soronegativas.

O risco de infecção persistente por HPV, especialmente os tipos oncogênicos, parece também estar relacionado ao grau de imunossupressão por HIV. Sun e col. (1997), por exemplo, encontraram que o *status* sorológico positivo para infecção por HIV e contagem de células CD4 menores que 200 céls./mm³ estiveram significativamente associados à infecção persistente por HPV, definida como a detecção do mesmo tipo viral em dois ou mais exames consecutivos durante um período de 3 a 12

meses. Segundo os autores, a persistência de infecções por HPV em mulheres soropositivas preferivelmente a mulheres soronegativas poderia explicar a ocorrência de lesões cervicais frequentes em mulheres soropositivas, como tem sido observado por alguns estudos.

Outros autores, como Vermund e col. (1991), observaram um risco de 12,0 de mulheres soropositivas sintomáticas co-infectadas por HPV de desenvolverem lesões intraepiteliais cervicais em relação às mulheres soropositivas sintomáticas, porém não infectadas por HPV. Maiman e col. (1993) também notaram que o grau de imunossupressão parece estar relacionado à recorrência das lesões cervicais e ao seu grau de severidade. Num estudo com 84 mulheres com câncer cervical invasivo, os autores encontraram que 19% destas eram soropositivas, sendo que 82% apresentavam lesões persistentes ou recorrentes e com um estadió clínico mais avançado de câncer cervical do que as mulheres soronegativas.

Outro fator que potencialmente contribuiria para o risco de câncer cervical seria a ocorrência de episódios de violência contra mulher, especialmente os episódios de violência sexual, a despeito das limitadas investigações sobre esta associação. As repercussões das experiências de violência contra a mulher na saúde reprodutiva feminina são inúmeras e bem documentadas na literatura sobre o tema. A violência física e sexual parece aumentar o risco das mulheres para problemas ginecológicos, como a dor pélvica crônica, sangramento vaginal irregular, menstruação dolorosa, doença inflamatória pélvica e disfunção sexual, além do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), o vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV) (Plichta e Abraham, 1996; Heise, 1999) e, ainda pouco estudado, o risco de desenvolver displasias cervicais e o câncer cérvico-uterino. Coker e col. (2000), por exemplo, observaram que as mulheres que sofreram violência física e sexual por parceiro íntimo tiveram um risco de 7,0 de desenvolver câncer cervical em relação às mulheres que nunca haviam sofrido violência conjugal, controlado pelo número de parceiros sexuais, presença de doenças sexualmente transmissíveis, idade, tabagismo, escolaridade, idade na primeira relação sexual e número de gestações. Sugeriram ainda que o mecanismo pelo qual a violência conjugal estaria associada ao risco de câncer de colo do útero poderia ser direto ou indireto e dependente da forma de violência sofrida. Assim, o risco de câncer cervical entre as mulheres que sofreram violência sexual seria mediado pela presença de DSTs, inclusive a infecção por HPV, bem como pelo baixa imunidade decorrente do estresse crônico causado pela situação de violência. Ao passo

que o risco de câncer cervical para as mulheres que sofreram violência conjugal física seria mediado apenas pela baixa imunidade causada pelo estresse crônico.

Enfim, a despeito do conhecimento de todos estes fatores de risco que, direta ou indiretamente, contribuem para o desenvolvimento e progressão das lesões cervicais, somado ao prolongado tempo de evolução da doença que, juntos, permitiram o planejamento de estratégias de prevenção e controle do câncer de colo uterino, não houve, como vimos, uma alteração significativa nas taxas de incidência e mortalidade por câncer cervical entre a população feminina, particularmente nos países em desenvolvimento. Os esforços crescentes de investigar a fisiopatologia do vírus Papiloma humano no processo de carcinogênese cervical, a partir de técnicas cada vez mais sofisticadas e do dispêndio de recursos humanos e financeiros destinados para tal fim, não foi acompanhado, aparentemente, de igual esforço e eficiência para reverter o quadro epidemiológico da doença em nosso meio. Medidas de prevenção primária aos fatores de risco, como o uso de condom para se proteger da infecção por HPV ainda são escassas e questionadas quanto a sua efetividade em reduzir o risco de infecção por HPV e as medidas de prevenção secundária priorizadas pelos programas de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino, apesar do relativo sucesso que adquiriram em determinados países desenvolvidos, ainda apresentam vários obstáculos para a sua efetiva implementação em países em desenvolvimento.

1.3. O teste de Papanicolaou na prevenção e controle do câncer cervical

Como vimos, contribui para o câncer cervical ser uma doença passível de ser detectada precocemente o seu período assintomático relativamente longo, caracterizado pela presença de lesões pré-neoplásicas, cujo tratamento a tempo e adequado, as eliminaria por completo. Segundo Gates (2001), para que um método de *screening* ou rastreamento de cânceres, como o de colo do útero, seja factível e efetivo, deve-se considerar o ponto crítico no processo de evolução da doença, antes do qual a terapia é relativamente efetiva e após o qual passa a não ser mais efetiva, correspondendo, no caso de doenças como o câncer, ao tempo na evolução da doença em que ocorreriam as metástases locais ou distantes. Gates (2001) ainda menciona que a efetividade do *screening* dependerá se este ponto crítico ocorre antes, durante ou após o período assintomático. No caso específico do câncer de colo do útero, o fato de seu ponto crítico ocorrer justamente durante o período assintomático lhe confere um *status* privilegiado quanto à possibilidade de diagnóstico precoce, ao contrário do que ocorre, por exemplo, com o câncer de pulmão, cujo rastreamento não é efetivo, pois seu ponto crítico ocorre antes que a doença possa ser detectada precocemente por um teste de *screening* (Gates, 2001).

As estratégias de prevenção secundária ao câncer de colo do útero consistiriam 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 ou teste de Papanicolaou, colposcopia, cervicografia e, mais recentemente, os testes de detecção do DNA do vírus Papiloma humano em esfregaços citológicos ou espécimes histopatológicos. O exame colpocitológico ou 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 cérvico-uterino, sendo uma técnica amplamente difundida há mais de 40 anos, mesmo sem ter sido objeto de avaliação por meio de estudos experimentais, como os ensaios clínicos aleatorizados. Este método foi descrito pela primeira vez em 1941, por um anatomista americano de descendência grega, George Nicolas Papanicolaou, associado a um médico ginecologista, Herbert Traut que, juntos, sugeriram que o principal benefício do exame citológico a partir de esfregaços vaginais era o diagnóstico do câncer quando ele ainda não era suspeito clinicamente (Koss, 1992). Seis anos mais tarde, em 1947, J. Ernest Ayre propôs o esfregaço direto da cérvix como diagnóstico do câncer de colo do útero (Koss, 1992).

A técnica consiste na análise das células descamadas da mucosa do trato genital inferior, onde se recomenda a coleta triíplice: coleta de material celular do fundo de saco vaginal posterior e da exocérvice com a espátula de madeira de Ayre e a coleta de material da endocérvice com a escova de Ayre. O material coletado de cada uma das regiões poderá ser depositado em uma mesma lâmina, fixado e corado pelo método de Papanicolaou para posterior leitura e interpretação por um citotécnico e/ou citopatologista.

A "evidência" da efetividade do teste de Papanicolaou em reduzir as taxas de morbi-mortalidade 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, nos Estados Unidos e no Canadá; 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 (Franco, Duarte-Franco e Ferenczy, 2001).

Gustafsson e col. (1997), por exemplo, observaram que após a introdução de programas de rastreamento de câncer de colo do útero as taxas de incidência (padronizadas por idade) diminuíram em pelo menos 25% em 11 dos 17 países estudados, num período mínimo investigado de 15 anos, incluindo países da Europa, os EUA, Canadá e alguns países da América Latina. A maior redução nas taxas de incidência foi observada na Finlândia (84%), ao passo que em países como a Índia, Nova Zelândia, Singapura e Inglaterra, a redução nas taxas de incidência (padronizadas por idade) não ultrapassou 20%.

Day (1986), num estudo conduzido pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC), analisou dados provenientes de programas de *screening* realizados em oito países da Europa e América do Norte, nas décadas de 60 e 70, e observou que o índice de proteção relativa ao câncer cervical conferido pelo *screening* aumentava com a redução no intervalo desde o último teste realizado, e que a probabilidade de desenvolver câncer invasivo diminuía com o aumento na frequência do *screening*.

Estudos caso-controle realizados em diferentes países também mostraram o efeito protetor conferido pelo teste de Papanicolaou no risco das mulheres desenvolverem câncer de colo do útero. Eluf-Neto e col. (1994), por exemplo, em estudo caso-controle realizado no Brasil, observaram que o efeito protetor do teste de Papanicolaou aumentava com o número de testes realizados na vida, sendo que para as mulheres que

relataram a realização de 6 ou mais testes, a *odds ratio* (ajustada por outros fatores de risco) foi de 0,12 (IC95%=0,03-0,41). Herrero e col. (1992), em outro estudo caso-controle realizado em quatro países da América Latina, observaram que mais de 50% das mulheres com diagnóstico de câncer cervical nunca haviam realizado o teste de Papanicolaou, contra apenas 28% entre as mulheres sem a doença, correspondendo a um risco de 2,5 de câncer invasivo entre aquelas que nunca fizeram o teste. Os autores ainda notaram que as mulheres com estádios clínicos avançados da doença também tiveram um risco maior de nunca terem sido rastreadas ou terem longos intervalos desde o último teste realizado.

Tais estudos ainda sugeriram que para que os programas de *screening* tivessem algum impacto na redução das taxas de incidência e mortalidade por câncer cérvico-uterino, haveria a necessidade de orientar as ações de intervenção pela lógica epidemiológica do risco aliada à análise custo-benefício, isto é, alcançando as mulheres com maior risco para o câncer cérvico-uterino, sem perder de vista uma distribuição otimizada dos recursos financeiros, especialmente naqueles países com escassez de recursos. Assim, o planejamento das ações de prevenção e controle da doença, tem se orientado, prioritariamente, pela distribuição das lesões cervicais segundo as faixas etárias das mulheres mais acometidas pela doença, especialmente aquelas mais avançadas, entre 35 e 59 anos, e pela periodicidade do exame colpocitológico. O argumento que permeia a priorização desta faixa etária nos programas de rastreamento do câncer cervical é baseado em estudos que mostram que rastrear mulheres muito jovens não teria impacto na redução da incidência por câncer cervical, visto que neste grupo populacional as lesões predominantes são de baixo grau e mais da metade regride espontaneamente dentro de seis a dezoito meses (Soost e col., 1991). Ainda, como notou Day (1989), a partir de tendências temporais nas taxas de incidência por câncer cervical específicas por idade em diferentes países, o teste de Papanicolaou realizado entre 35 e 60 anos de idade tem se mostrado 30 vezes mais efetivo em detectar lesões cervicais destinadas a se tornarem invasivas do que se realizado aos 20 anos de idade, e 10 vezes mais efetivo do que quando realizado aos 25 anos de idade.

Têm-se priorizado também a periodicidade trienal do exame colpocitológico, baseado em estudos que sugerem que não há diferenças significantes na redução da incidência do câncer cervical quando se realizam exames com intervalos anuais ou trienais. Estudos de coorte e de caso-controle realizados em diferentes países mostram que o rastreamento de 100% da população feminina de 35 a 64 anos, anualmente ou

com intervalos trienais, apresenta resultados semelhantes quanto à redução na incidência do câncer cervical, 93,5% e 91,4%, respectivamente (Day, 1986). No entanto, o total de exames necessários para cobrir uma população, por exemplo, de 100.000 mulheres anualmente seria de três milhões, ao passo que para cobrir a mesma população, porém num intervalo trienal, o custo da ação seria reduzido para um terço deste total de exames (Day e col., 1986; Day, 1989). Sawaya e col. (2000) também notaram, num estudo de coorte realizado com 128.805 mulheres, que o risco de desenvolver lesões intraepiteliais cervicais de alto grau ou carcinoma invasivo era muito semelhante após um, dois ou três anos desde o último teste de Papanicolaou considerado normal.

Mas, cabe salientar que não há uma homogeneidade de ações e recomendações a respeito da melhor estratégia a ser seguida pelos programas de *screening*, cabendo aos diferentes países e regiões adaptá-las segundo as necessidades epidemiológicas e sociais de cada região e da disponibilidade de recursos financeiros. A Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, propõe para países com recursos financeiros limitados, o rastreamento de lesões cervicais pelo menos uma vez na vida em todas as mulheres com idade ao redor dos 40 anos. À medida que se disponha de mais recursos, pode-se rastrear lesões cervicais a cada 10 ou 5 anos em mulheres entre 35 e 55 anos de idade. Quando não há limitação de recursos, a OMS recomenda que a prevenção ideal do câncer de colo do útero seja feita anualmente, por 2 anos consecutivos, a partir dos 25 anos de idade e, caso esses exames sejam negativos, a cada 3 anos até os 60 anos de idade (WHO, 1988).

A tabela abaixo sintetiza a análise comparativa realizada por Linos e Riza (2000) entre diferentes programas nacionais de *screening* conduzidos em alguns países europeus, apresentando suas principais similitudes e diferenças nas estratégias implantadas de *screening*. A Finlândia, por exemplo, foi um dos países europeus pioneiros na implementação de um programa organizado de *screening* de âmbito nacional, iniciado no começo da década de 60, alcançando uma cobertura relativamente alta entre a população feminina pertencente à faixa etária de 30 a 60 anos, tendo grande impacto na redução das taxas de incidência por câncer cervical, como notado por Gustafsson e col. (1997).

Tabela 1- Comparações entre os diferentes programas nacionais de *screening* de câncer cervical conduzidos em sete países europeus (1963-1996).

País	Ano de início	Faixa etária "alvo"	Intervalo recomendado*	Cobertura
Alemanha	1971 (ex-Occidental) 1991 (ex-Oriental)	≥ 20 anos	1 ano	46-50%
Finlândia	1963	30-60 anos	5 anos	89,5%
França	1990 (4 programas em diferentes áreas)	25-65 anos	3 anos	22-69%
Inglaterra	1988	20-64 anos	3-5 anos	84%
Itália	1980 (Florença) 1992 (Turim) 1995 (restante)	25-64 anos	3 anos	74%
Países Baixos	1996	30-60 anos	5 anos	80%
Suécia	Metade dos anos 60	20-59 anos	3 anos	50-70%

Fonte: Linos e Riza (2000); * após um teste negativo; com exceção da França, cujo intervalo trienal é seguido após dois testes anuais negativos

Observa-se, ainda, que estes países seguem diferentes estratégias de *screening*, quanto à idade de início e término da coleta do material cérvico-uterino e de sua periodicidade, sendo que algumas estratégias assemelham-se entre si, como os programas conduzidos por países como a França, Itália e Inglaterra que priorizam a faixa etária dos 20 ao 65 anos e a periodicidade trienal na realização do exame; outros países como a Finlândia e Países Baixos priorizam faixas etárias mais restritas, entre 30 e 60 anos, e intervalos mais longos entre os exames; e há ainda países, como a Alemanha, que adotam a periodicidade anual e convidam todas as mulheres a partir dos 20 anos de idade a participarem dos programas de *screening*, não estabelecendo uma idade limite para seu término.

Já em países como os Estados Unidos e Canadá, por meio de organizações médico-preventivas, como a *American Cancer Society* (ACS), a *U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF) e a *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (CTFPHC), as recomendações são menos restritivas quanto ao início da coleta em programas de *screening*. A ACS e a USPSTF recomendam o início da coleta aos 18

anos ou logo após a iniciação sexual. A ACS recomenda a periodicidade anual e após dois ou três testes negativos (normais), tal frequência pode ser reduzida sob critério médico (Zoorob e col., 2001). A USPSTF recomenda a periodicidade trienal do exame, após dois ou três testes anuais negativos. Ambas organizações norte-americanas recomendam ainda a descontinuidade da participação nos programas de *screening* após os 65 anos de idade, caso os testes anteriores tenham sido consistentemente negativos (Zoorob e col., 2001). A CTFPHC e vários painéis canadenses de consenso nacional, por sua vez, recomendam que a coleta de material cérvico-vaginal para o teste de Papanicolaou se inicie aos 18 anos ou logo após a iniciação sexual, e após dois testes anuais negativos (normais), recomenda-se a periodicidade trienal até os 69 anos de idade, quando a coleta pode ser interrompida, caso não haja nenhum teste anterior alterado (Zoorob e col., 2001).

No Brasil, particularmente no Estado de São Paulo, a introdução do teste de Papanicolaou fazendo parte de um programa de controle do câncer cérvico-uterino ocorreu em meados da década de 70 e se ampliou com o surgimento do PAISM (Programa de Assistência Integral à Mulher) em 1983, que tinha como objetivos programáticos implantar ou ampliar as atividades de diagnóstico precoce do câncer cervical, promover ações educativas na prevenção da doença, estendendo, assim, a assistência à saúde da mulher para além dos limites do ciclo gravídico-puerperal (MS, 1984). Em 1988, o Ministério da Saúde passou a seguir a recomendação da Organização Mundial da Saúde para que o teste de Papanicolaou fosse realizado a cada três anos em mulheres entre 25 e 60 anos de idade, após dois exames anuais negativos. Mais recentemente, em 1996, o Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), implantou o programa "Viva Mulher", de âmbito nacional, envolvendo cinco capitais brasileiras, tendo como "população-alvo" as mulheres pertencentes à faixa etária mais restrita, entre 35 e 49 anos (MS, 1996). Após dois anos, em 1998, foi realizada a fase de intensificação da coleta durante a Campanha Nacional de Combate ao Câncer Cérvico-Uterino.

1.4. A cobertura do teste de Papanicolaou no Brasil e no mundo

Se em países desenvolvidos, o teste de Papanicolaou adquiriu o *status* de uma técnica de rastreamento efetiva e eficiente em reduzir as taxas de morbi-mortalidade por câncer cervical, o mesmo não foi observado nos países em desenvolvimento, cuja cobertura do teste ainda não alcançou níveis suficientes e coerentes com as necessidades da população feminina de maior risco para o câncer cervical, para promover algum impacto no quadro epidemiológico desta doença.

A tabela 2 apresenta a prevalência na realização do teste de Papanicolaou observada em diferentes países norte-americanos, europeus e latinos, incluindo o Brasil, a partir de estudos transversais de base populacional e institucional, localizados em revisão da literatura compreendendo o período de 1989 a 1999 (Pinho e França-Junior, 2000).

Tabela 2- Prevalência na realização do teste de Papanicolaou em alguns países da América Latina, América do Norte e Europa (1989-1999)

<i>País</i>	<i>Método e Amostra</i>	<i>Realização do Teste de Papanicolaou</i>	<i>Prevalência</i>
Brasil-SP (Pinotti e col., 1990)	Estudo transversal com amostra aleatória de 3703 usuárias de serviços públicos de saúde entre 15 e 49 anos	Alguma vez na vida	54,6% (60,9%-último ano)
Brasil (Lopes e col., 1995)	Estudo transversal de base populacional-1478 mulheres acima de 16 anos	Alguma vez na vida	64,0%
Brasil-SP (Nascimento e col., 1996)	Estudo transversal de base populacional-967 mulheres entre 15-59 anos	Alguma vez na vida Últimos três anos Último ano	68,9% 60,8% 41,3%
Brasil-RS (Karam e col., 1996)	Estudo transversal com amostra de 224 usuárias de serviços entre 15-55 anos	Alguma vez na vida	83,4% (72,2%-último ano)
Brasil-SP (Merigui e col., 1997)	Estudo transversal com amostra de 135 usuárias de serviços > 15 anos	Alguma vez na vida	68,9%
Brasil-RS (Dias da Costa e col., 1998)	Estudo transversal de base populacional-934 mulheres entre 20-69 anos	Últimos três anos	65,0%
México (Lazcano-Ponce e col., 1997)	Estudo transversal de base populacional-4208 mulheres entre 15-49 anos	Alguma vez na vida Último ano	64,2% (urbana) 30,0% (rural) 75,0% (urbano-rural)
México (Cancio e col., 1997)	Estudo transversal com amostra aleatória de 746 usuárias de serviços entre 28-65 anos	Últimos três anos Último ano	68,6% 41,4%
México (Hernandez-Hernandez e col., 1998)	Estudo transversal de base populacional-1215 mulheres entre 18-74 anos	Alguma vez na vida Últimos três anos	77,5% 35,5%
EUA (Harlan e col., 1991)	Estudo transversal de base populacional nacional-12868 mulheres ≥ 18 anos	Últimos três anos	73,3% brancas; 78,9% negras; 65,0% hispânicas

<i>País</i>	<i>Método e Amostra</i>	<i>Realização do Teste de Papanicolaou</i>	<i>Prevalência</i>
EUA (Kirkman-Liff e col., 1992)	Estudo transversal de base populacional-3100 adultos americanos e latinos	Alguma vez na vida Últimos dois anos	91,0% 68,0%
EUA (Bostick e col., 1993)	Estudo transversal de base populacional-2726 mulheres entre 25-74 anos	Alguma vez na vida Últimos dois anos	96,8% 80,9%
EUA (Wilcox e Mosher, 1993)	Estudo transversal de base populacional nacional-8450 mulheres entre 15-44 anos	Último ano	67,0%
EUA (Pérez-Stable e col., 1994)	Estudo transversal com amostra aleatória de usuárias de serviços-714 latinas e americanas entre 35-74 anos	Últimos três anos	86,7% latinas e 88,4% americanas
EUA, Canadá (Katz e col., 1994)	Estudo transversal de base populacional nacional-47453 mulheres entre 18-74 anos	Últimos dois anos	74,0% (Canadá); 76,4% (EUA)
EUA (Kottke e col., 1995)	Estudo transversal de base populacional por telefone-1019 mulheres ≥ 18 anos	Últimos três anos Último ano	89,0% 60,0%
EUA (Chavez e col., 1997)	Estudo transversal de base populacional por telefone-1225 mulheres latinas e americanas acima de 17 anos	Nos últimos três anos	89,6% (latinas) 64,8% (imigrantes) 92,7% (americanas)
EUA (McPhee e col., 1997)	Estudo transversal em 2 comunidades com 645 mulheres vietnamitas ≥ 18 anos	Alguma vez na vida	42,8%
EUA (O'Malley e col., 1997)	Estudo transversal de base populacional por telefone-1420 mulheres entre 18-74 anos (sete grupos étnicos)	Alguma vez na vida	74% a 94,7%
EUA (Wismer e col., 1998)	Estudo transversal de base populacional por telefone-818 mulheres coreanas > 17 anos	Alguma vez na vida Últimos três anos Último ano	63,0% 55,0% 34,7%
EUA (Risendal e col., 1999)	Estudo transversal de base populacional-519 mulheres indio-americanas > 18 anos	Alguma vez na vida Últimos três anos	95,0% 76,1%
EUA (Simões e col., 1999)	Estudo transversal de base populacional por telefone-1609 mulheres ≥ 18 anos	Últimos três anos Último ano	80,7% 63,2%
EUA (Mandelblatt e col., 1999)	Estudo transversal de base populacional por telefone-1420 mulheres negras e hispânicas entre 18-74 anos	Alguma vez na vida Últimos três anos	87,3% 62,0%
EUA (Zambrana e col., 1999)	Estudo transversal de base populacional nacional-2391 mulheres hispânicas acima de 17 anos	Últimos três anos	77,0%
Canadá (Camirand e col., 1995)	Estudo transversal de base populacional com 1799 mulheres entre 18-35 anos	Alguma vez na vida Último ano	88,1% 60,4%
Itália (Ronco e col., 1991)	Estudo transversal com amostra aleatória de 581 usuárias de serviços entre 18-69 anos	Alguma vez na vida Últimos três anos	52,8% 40,9%
Inglaterra (Schwartz e col., 1989)	Estudo transversal com amostra aleatória de 600 usuárias de serviços < 65 anos	Alguma vez na vida	77,0%

Embora haja diferenças metodológicas entre os estudos, quanto à representatividade da amostra, faixa etária das mulheres entrevistadas e do período investigado na realização do teste de Papanicolaou, se pelo menos uma vez na vida, nos últimos três anos ou no último ano anteriores à entrevista, pode-se abstrair, resumidamente, desta tabela algumas observações gerais a respeito da cobertura do teste de Papanicolaou entre as diferentes populações investigadas.

Observa-se que há uma predominância de estudos realizados em países desenvolvidos e poucos estudos realizados em países em desenvolvimento, justamente a região onde se concentram os casos de câncer de colo do útero. Em países como os Estados Unidos, a prevalência na realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida alcançou de 43% a 97%, sendo consideravelmente menor entre as minorias étnicas residentes nos EUA, como as mulheres vietnamitas, coreanas e indo-americanas e aquelas de origem latina ou hispânica, cuja cobertura do teste tem se mostrado inferior à cobertura entre as mulheres de origem anglo-saxônica. Alguns autores argumentam que a baixa cobertura entre esses grupos populacionais pode ser explicada pelo acesso diferenciado que eles têm aos serviços de saúde em geral e, em particular, aos serviços preventivos, dependente de características sócio-demográficas e culturais, como o tempo de residência nos EUA, o nível sócio-econômico, geralmente muito baixo entre esses grupos, as barreiras de língua, a falta de seguro-saúde, entre outras (Yi, 1996; Hubbell e col., 1996; Zambrana e col., 1999).

Nos países latinos foram relatadas prevalências mais baixas na realização do teste de Papanicolaou pelo menos uma vez na vida, como na zona rural de Oaxaca, no México (30%). Em outras localidades não ultrapassaram ao redor de 70% da população entrevistada, aproximando-se da cobertura observada entre as mulheres de origem latina ou hispânica e pertencentes às minorias étnicas residentes nos EUA. No Brasil, particularmente, apenas seis estudos foram identificados no período de 1989 a 1999, sendo que três foram realizados com uma amostra aleatória de base populacional. No município de São Paulo, o último inquérito epidemiológico realizado sobre a cobertura do teste de Papanicolaou data de 1987, em que os autores estimaram uma prevalência na realização do teste alguma vez na vida inferior a 70% entre a população feminina de 15 a 49 anos (Nascimento, Eluf-Neto e Rego, 1996).

Os poucos dados provenientes de estudos epidemiológicos realizados com uma amostra representativa da população feminina brasileira ainda sugerem que além da cobertura ser deficiente, ela está distribuída desigualmente entre a população usuária,

com a realização do teste concentrando-se, geralmente, entre os grupos de menor risco para o câncer cervical (Lopes e col., 1995; Nascimento, Eluf-Neto e Rego, 1996; Dias da Costa e col., 1998). Além disso, deve-se salientar a presença de um potencial viés de seleção na amostra de mulheres entrevistadas nestes estudos ao incluírem mulheres sem dados sobre o início da atividade sexual. Isto poderia levar a inclusão de mulheres que nunca tiveram relações sexuais e que, portanto, não preencheriam o critério para a realização do teste de Papanicolaou, superestimando a verdadeira porcentagem de mulheres que nunca realizaram o teste. Observou-se a presença deste viés de seleção também nos demais estudos estrangeiros apresentados, exceto em quatro estudos que incluíram na amostra somente as mulheres que já iniciaram a vida sexual.

Os dados brasileiros sobre a cobertura do teste de Papanicolaou, em conjunto àqueles provenientes de outros países da América Latina e de países desenvolvidos, como EUA e Canadá, apresentados anteriormente, sugerem que há diferenças no acesso e utilização do teste de Papanicolaou entre a população feminina, e que estas são mais pronunciadas para determinados subgrupos populacionais e, geralmente, descompassadas com as necessidades epidemiológicas da população usuária. Além disso, tais diferenças persistem, inclusive, em países desenvolvidos, cuja cobertura do teste de Papanicolaou, em geral, é relativamente alta. Na tentativa de identificar as origens dessas diferenças, vários estudos epidemiológicos, majoritariamente norte-americanos, têm caracterizado o perfil das usuárias do teste de Papanicolaou, sendo proposto que o acesso e a realização deste exame é dependente de um conjunto de características individuais das usuárias, como os aspectos sócio-demográficos e reprodutivos. Contudo, é escassa qualquer avaliação mais consistente, sobretudo nacional, que incorpore ou, ao menos, considere outros elementos que potencialmente possam explicar o acesso aos serviços preventivos, principalmente aqueles elementos relacionados ao contexto social e institucional do qual a usuária faz parte.

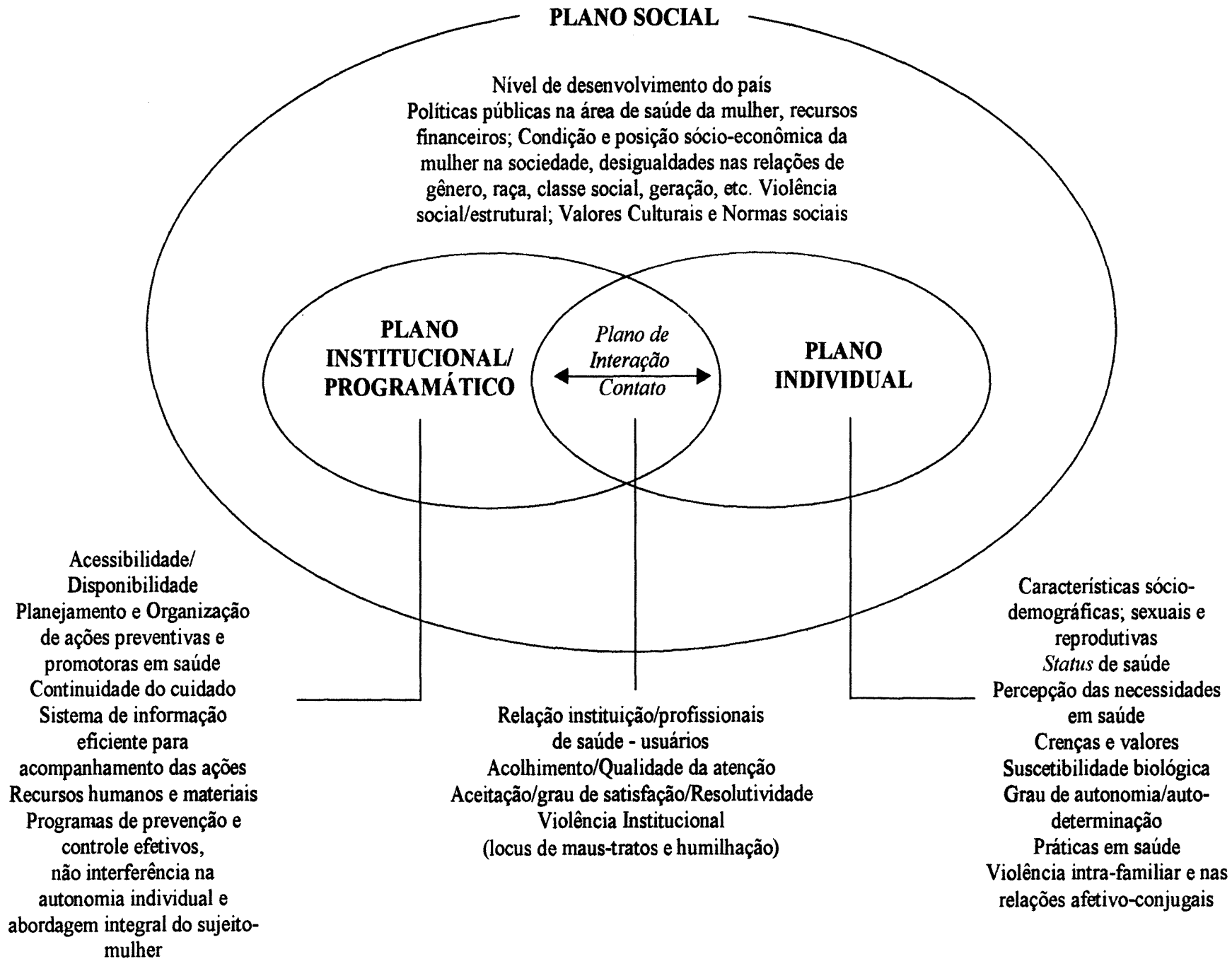
Pensando nisso, propõe-se analisar o acesso e a utilização de serviços preventivos, como o teste de Papanicolaou, sob a égide de um modelo "contextual", composto por três planos: individual, organizacional/programático e social, dispostos numa estrutura dinâmica e relacional, sendo proposto que a realização do teste de Papanicolaou é produto da interação desses três planos.

1.5. Modelo teórico proposto dos fatores associados ao acesso e utilização do teste de Papanicolaou

Neste modelo, representado pela figura 1, ter-se-ia um plano individual constituído por um conjunto de características das usuárias relacionadas à realização do teste de Papanicolaou, algumas selecionadas para investigação e que ao longo deste estudo serão analisadas detalhadamente, como aspectos sócio-demográficos, entre eles, a idade, o estado civil, a escolaridade (Cockburn e col., 1992; Calle e col., 1993; Nascimento, Eluf-Neto e Rego, 1996; Lantz e col., 1997), aspectos sexuais e reprodutivos, como início da vida sexual, número de gestações na vida, uso de métodos contraceptivos (Peters e col., 1989; Wilcox e Mosher, 1993; Hernandez-Hernandez, 1998); a disponibilidade sócio-econômica, logística e temporal das mulheres de acessar os serviços de saúde; as crenças e atitudes em relação ao câncer cérvico-uterino e ao exame colpocitológico (Hubbell e col., 1996; Lee, 2000); a auto-percepção e identificação das necessidades em saúde, da severidade e suscetibilidade à doença (Seow e col., 1995; Suarez e col., 1997; Lazcano-Ponce, 1999); entre outros. Destaca-se ainda neste plano, o papel da violência contra a mulher, especialmente aquela perpetrada no âmbito doméstico, por familiares ou parceiros, cujas repercussões para a saúde das mulheres e para o uso que fazem dos serviços vêm sendo recentemente estudadas. A violência física e sexual, como já citado, parece aumentar o risco das mulheres para problemas ginecológicos, além de influenciar o uso de serviços de saúde. As mulheres que sofrem ou sofreram violência física ou sexual parecem utilizar mais os serviços de saúde em geral, como mostra revisão feita por Heise (1994). Assim, tem-se como hipótese inicial que a utilização de serviços preventivos possa também ser influenciada pela experiência progressa ou atual de violência contra a mulher.

No plano organizacional ou programático encontram-se as características relacionadas à disponibilidade de serviços de saúde em relação à demanda, sua acessibilidade geográfica; à organização e otimização dos recursos financeiros disponíveis e dos recursos humanos e tecnológicos que atendam as necessidades da população usuária; ao planejamento de ações efetivas na prevenção e promoção à saúde, sob a forma de programas organizados de rastreamento do câncer cervical que primem pela não interferência na autonomia individual e pela abordagem integral do sujeito mulher.

FIGURA 1 - MODELO TEÓRICO DOS FATORES ASSOCIADOS AO ACESSO E UTILIZAÇÃO DO TESTE DE PAPANICOLAOU



Na intersecção desses dois planos, há o que poderíamos chamar de *subplano de interação* (contato), representado pela relação que se estabelece entre instituição/profissionais de saúde e usuárias, resultado da interação entre características individuais e aquelas relacionadas aos serviços e programas em atenção à saúde. Neste plano é que se caracteriza o tipo de acolhimento e resolutividade à demanda posta pelas mulheres, o grau de aceitação/satisfação do usuário ao serviço prestado, sendo *locus* potencial de muitas formas de violência institucional, entre elas, os maus-tratos ou humilhação sofridos durante atendimento em saúde, que podem acabar interferindo na busca por serviços preventivos.

Isoladamente ou em interação, os planos individual e organizacional/programático são consistentemente influenciados por outros elementos permissivos ou restritivos do plano social, relacionados ao nível de desenvolvimento sócio-econômico do país; à existência de políticas públicas efetivas em saúde e à distribuição de recursos financeiros destinados a esta área; à condição e posição social das mulheres; às desigualdades nas relações sociais de gênero¹, raça, classe social, geração, etc. e seus impactos na saúde e no cuidado à saúde; aos valores culturais e normas sociais sobre o corpo, à sexualidade, à reprodução, e cabe ressaltar, aqui, o papel da violência social ou estrutural, definida, por exemplo, por Minayo (1994), como aquela que *"se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte"*.

Juntos, esses três planos, sob o modelo "contextual" proposto, interagem para caracterizar o acesso e a utilização de serviços de saúde em geral e, em particular, dos serviços preventivos, devendo ser compreendidos numa análise que se pretenda totalizadora e não simpatizante de uma visão reducionista desta questão. Mas, cabe ressaltar que tal modelo não tem a pretensão de se tornar unívoco em sua construção, visto que caracterizar o acesso ao cuidado à saúde em geral é uma tarefa complexa, já que a própria definição de acesso à saúde tem sido objeto de extensos debates na literatura científica na tentativa de conceituá-la e operacionalizá-la e várias são as definições e propostas neste sentido. Tal modelo antes caracteriza-se como uma

¹Gênero, aqui, entendido como um constructo sociocultural em que diferenças sociais, culturais e políticas são sobrepostas a partir de diferenças biológicas percebidas entre homens e mulheres ou como definiu Joan Scott (1995), *"um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e como forma primária de dar significado às relações de poder"*.

proposta aglutinadora e intercambial de diversas contribuições de campos disciplinares como a epidemiologia, as ciências sociais, a economia, entre outros, que nos revelam que tomar as características e comportamentos individuais das usuárias como o cerne da questão sobre o acesso a serviços preventivos e que tais características e comportamentos são apartadas de um contexto social mais amplo é limitada. Porém, já precavendo os leitores de qualquer omissão feita aqui a algum elemento constituinte deste modelo, isto não significa o não reconhecimento do mesmo, pois se não foi possível empiricamente analisar tal modelo em sua plenitude devido a dificuldades operacionais e metodológicas deste estudo, ao menos, buscou-se considerá-lo no plano teórico como base de sustentação para as conclusões aqui alcançadas.

Enfim, tendo em vista o exposto, faz-se necessário conhecer os fatores associados à realização do teste de Papanicolaou, considerando os três planos propostos definidores do acesso e utilização de serviços preventivos, visando um planejamento mais coerente das ações de prevenção e promoção à saúde com as necessidades da população feminina. Além de que, no Brasil são poucos e deficientes os dados oficiais sobre a cobertura do exame de Papanicolaou e se baseiam, exclusivamente, no número de exames colpocitológicos realizados, anualmente, pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Muito menos há uma caracterização da população usuária do teste de Papanicolaou, a fim de avaliar se a cobertura do teste está sendo, ao menos, coerente com as necessidades epidemiológicas da população feminina. Espera-se, assim, que as informações de base populacional, levantadas neste trabalho, sejam capazes de elucidar os motivos para que o quadro epidemiológico do câncer cervical entre a população feminina no município paulista permaneça o mesmo há mais de três décadas e subsidiem ações que visem a reorganização da assistência clínico-ginecológica em todos os seus níveis de atenção à saúde, para que possa garantir o acesso a um atendimento *integral e universal* às mulheres.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

- I. Estimar a prevalência da realização do teste de Papanicolaou entre as mulheres em idade reprodutiva no município de São Paulo pelo menos uma vez na vida e tempo decorrido desde o último teste realizado;
- II. Identificar os fatores associados à realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida e nos últimos três anos e descrevê-los a partir dos subplanos de análise propostos,
- III. Descrever os principais motivos relatados pelas mulheres para terem realizado o último teste de Papanicolaou e os motivos relatados por aquelas que nunca realizaram o teste;

METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

3.1. O delineamento do estudo

Trata-se de um estudo específico incluído na pesquisa multicêntrica internacional: *Multi-country Study of Women Health and Domestic Violence* (WHO, 1998), coordenada pela Organização Mundial da Saúde e realizada em oito países: Brasil, Peru, Bangladesh, Japão, Tailândia, Ilhas do Pacífico, Namíbia e Tanzânia.

No Brasil, a pesquisa teve como local de estudo duas regiões distintas, um pólo urbano representado pelo município de São Paulo e um pólo urbano-rural representado pela zona da mata de Pernambuco. A pesquisa no Brasil esteve sob coordenação da Dra. Lilia Blima Schraiber do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com parcerias com as Organizações não-governamentais *Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde*, em São Paulo, e *SOS Corpo, Gênero e Cidadania*, em Recife, Pernambuco.

Para a realização deste estudo foi delineado um inquérito epidemiológico de corte transversal realizado nas duas regiões supra-mencionadas. Os dados apresentados referem-se somente ao Município de São Paulo.

3.2. Os sujeitos da investigação

A população de estudo foi composta por mulheres de 15 a 49 anos, residentes no Município de São Paulo, contatadas em seus domicílios selecionados aleatoriamente. A faixa etária de 15 a 49 anos foi previamente definida pela pesquisa multicêntrica, cujo objetivo principal era investigar a prevalência de violência doméstica contra mulheres e suas conseqüências para a saúde das mulheres em idade reprodutiva.

Para investigar a realização do teste de Papanicolaou e sua relação com características selecionadas das mulheres entrevistadas somente foram incluídas na análise as mulheres que já iniciaram a vida sexual, independentemente do tempo decorrido desde o seu início, seguindo as recomendações técnicas para a realização do exame.

3.3. O plano de amostragem

3.3.1. Dimensionamento da amostra

O cálculo do tamanho da amostra necessário para atingir os objetivos do presente recorte foi baseado no estudo de Nascimento, Eluf-Neto e Rego (1996), realizado no município de São Paulo em 1987, em que os autores, a partir de uma amostra representativa da população feminina de 15 a 59 anos, encontraram uma proporção de 68,9% na realização do teste de Papanicolaou pelo menos uma vez na vida e de 60,8% nos últimos três anos. Admitiu-se, inicialmente, que a prevalência na realização do teste de Papanicolaou estaria em torno de 70%, apesar de que após decorrido 13 anos deste último inquérito domiciliar, esperava-se encontrar uma prevalência maior na realização do teste, o que de fato ocorreu, como será descrito posteriormente. A tabela 3 apresenta algumas simulações do tamanho mínimo requerido para a amostra, considerando um intervalo de confiança de 95% e um erro máximo na precisão da estimativa de 2,5% ou 5,0%.

Tabela 3- Tamanho mínimo da amostra, segundo a frequência esperada da realização do teste de Papanicolaou e erro máximo na precisão da estimativa de 2,5% e 5,0%.

Frequência Esperada (p)	Precisão desejada (d)	Tamanho mínimo da amostra (n)
60,0%	2,5%	1473
60,0%	5,0%	369
70,0%	2,5%	1289
70,0%	5,0%	323
80,0%	2,5%	982
80,0%	5,0%	246

Obs.: Estas simulações foram realizadas no módulo STATCALC do programa EPI-INFO-6.04 (Dean, 1990), considerando um erro α de 5% ($z=1,96$).

Observa-se que com uma amostra de 1473 mulheres seria possível estimar com 95% de confiança e considerando um erro de 2,5% na precisão da estimativa, uma prevalência na realização do exame de Papanicolaou de 60,0%. Diminuindo a precisão da estimativa para 5,0%, seria necessária uma amostra mínima de 372 mulheres para estimar a mesma prevalência.

Com uma amostra de 1473 mulheres ainda seria possível obter estimativas de razão de *odds* (OR) mínimas, as quais seriam alcançadas com um poder do teste ($1-\beta$) de 80%, isto é, com uma chance de 80% de detectar diferenças entre as mulheres que realizaram o teste de Papanicolaou expostas e não-expostas a "fatores de risco", a um nível de significância de 5%. Para exemplificar, dado se a prevalência na realização do teste de Papanicolaou entre as mulheres não expostas a um fator de risco, por exemplo, faixa etária entre 15 e 24 anos, fosse semelhante àquela observada no estudo de Nascimento, Eluf-Neto e Rego (1996), em torno de 36%, esta amostra teria poder suficiente para detectar um aumento de 30% no risco das mulheres entre 15 e 24 anos não realizarem o teste de Papanicolaou (assumindo que 43,4% das mulheres expostas ao fator de risco, por exemplo, mulheres entre 35 e 44 anos, realizariam o teste de Papanicolaou). Isto corresponderia a uma razão de *odds* mínima de 1,35 que esta amostra teria poder para detectar. Um número adicional de lares (40%) foi incluído como margem de segurança relativa a eventuais perdas devido à ausência de resposta.

O tamanho da amostra calculado para a pesquisa multicêntrica ($n=1500$ mulheres) foi suficiente para acomodar o tamanho da amostra necessário para investigar a realização do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo.

3.3.2. Desenho da amostra

A estratégia amostral utilizada pela pesquisa multicêntrica foi por conglomerados em três estágios. A amostragem por conglomerados é uma técnica bastante utilizada em *surveys* e em grandes inquéritos domiciliares sobre demografia e saúde e consiste na seleção de a conglomerados ou *clusters* compostos por n elementos. A unidade amostral de seleção é o conglomerado e não o elemento. Assim, uma amostra de domicílios de uma cidade pode ser obtida pela seleção de uma amostra de setores censitários em vez de serem selecionados individualmente com uma amostragem aleatória simples, o que aumentaria o custo por elemento amostrado, além da dificuldade e inviabilidade de listar todos os domicílios e de sua localização na cidade (Kish, 1965; Carlin & Hocking, 1999).

A atualização constante do número de elementos dentro dos conglomerados, resultante do crescimento e movimentação da população ou por ocorrência de não resposta no processo de coleta dos dados, acaba gerando *clusters* com tamanhos diferentes. Essas alterações geram vários problemas, entre eles, o não-controle do

tamanho da amostra que passa a não ser mais fixo e dependente da probabilidade de seleção dos conglomerados maiores e menores (Kish, 1965), além de tornar a fração de amostragem, ou seja, a probabilidade f de um elemento x pertencer a amostra, não mais constante, resultando em uma amostra não equiprobabilística ou autoponderada.

Vários autores propõem algumas técnicas de seleção capazes de controlar o tamanho da amostra e mantê-la autoponderada, entre elas o sorteio em múltiplos estágios com probabilidade proporcional ao tamanho dos conglomerados (PPT) (Kish, 1965; Cochran, 1977). Nesta modalidade de sorteio, cada unidade do primeiro estágio, também chamada de unidade primária de amostragem (UPA) terá uma probabilidade de ser sorteada diretamente proporcional ao seu tamanho, sendo posteriormente dividida ou potencialmente divisível dentro de um segundo estágio, formando a unidade secundária de amostragem (USA), que também terá uma probabilidade de ser sorteada proporcional ao seu tamanho e condicional à probabilidade do primeiro estágio e, assim, sucessivamente (Kish, 1965).

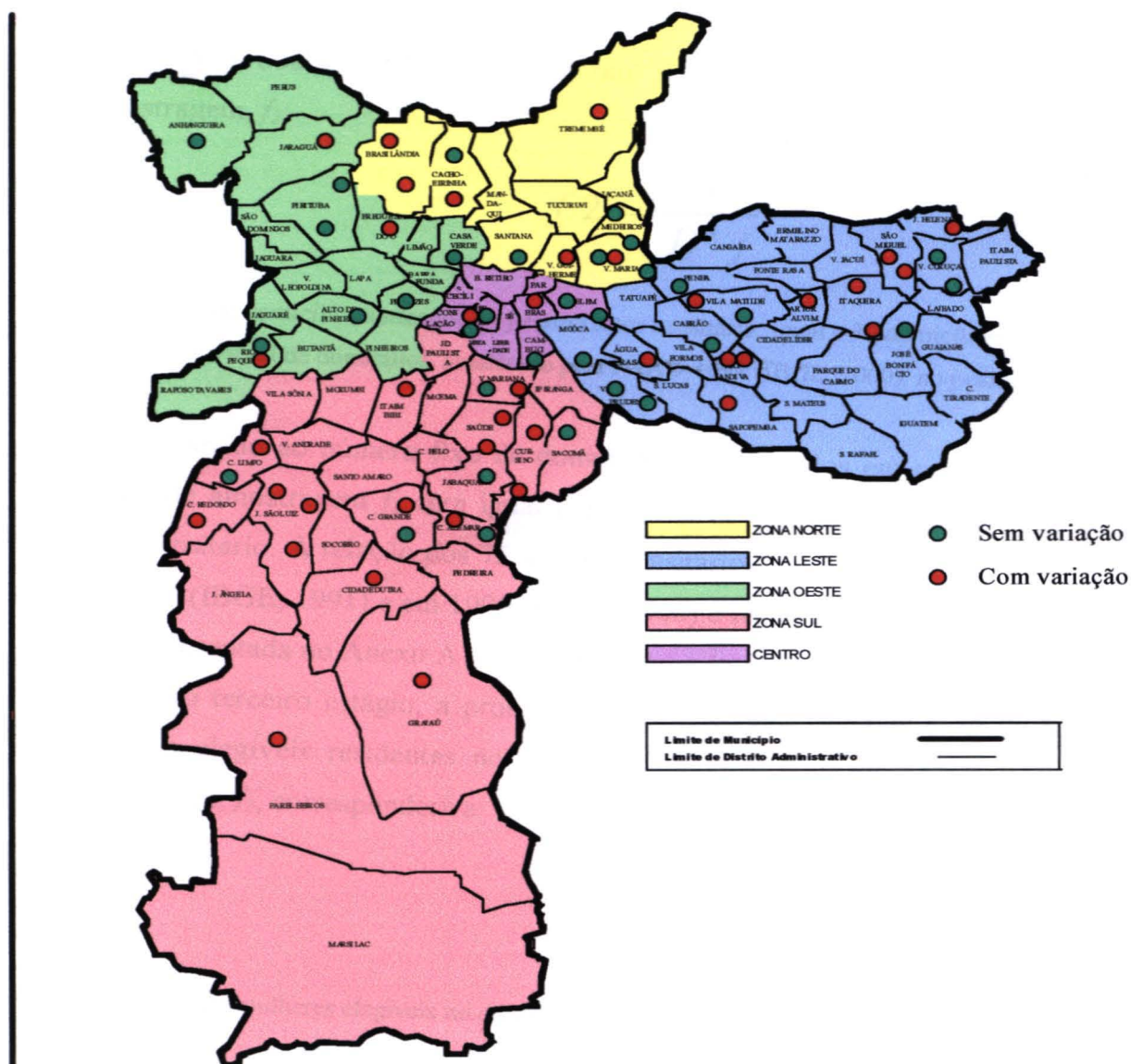
Neste estudo, o sorteio por conglomerados foi realizado em três estágios com probabilidade proporcional ao tamanho dos conglomerados, aqui representados pelos setores censitários (UPAs):

- 1º estágio: Sorteio sistemático de 72 setores censitários com intervalo igual a 3,65. Para efeito deste sorteio, utilizou-se uma amostra de 263 setores censitários, previamente selecionados com probabilidade proporcional ao tamanho pelo IBGE para efeito da realização da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) em 1995 (IBGE, 1996). Os 263 setores que constituem o cadastro amostral da PNAD foram ordenados segundo a proporção de chefes de família com escolaridade inferior a um ano (estratificação sócio-econômica implícita) e, a partir desta relação, 72 setores censitários foram sorteados, sistematicamente, com um intervalo igual a 3,65 ($INT=263/72=3,65$);
- 2º estágio: Foram sorteados, de modo sistemático, um número fixo de 30 domicílios em cada setor censitário, exceto no setor de Campo Limpo (53º setor censitário) ocupado de forma desordenada por uma "favela", que para manter a fração de amostragem constante foram sorteados 33 domicílios;

- 3º estágio: sorteio, em cada domicílio selecionado, de apenas uma mulher elegível (entre 15 e 49 anos completos) para ser entrevistada.

Dentre os 72 setores censitários sorteados no primeiro estágio, 40 tiveram seus croquis atualizados com o Cadastro da PNAD-1999 (IBGE, 2000). O mapa do Município de São Paulo com a amostra total dos 72 setores selecionados para a pesquisa é apresentado na figura a seguir:

Figura 2- Mapa do município de São Paulo com os 72 setores censitários selecionados para a pesquisa.



A probabilidade de seleção da UPA (setor censitário) no primeiro estágio, ou seja, sua fração de amostragem, f_1 , é dada pela expressão:

$$f_1 = \frac{a \cdot D_j}{\sum_j D_j} \quad (1.0)$$

Onde,

a = é o número de unidades primárias de amostragem (setores censitários) sorteadas com PPT, igual a 72;

$j = 1, 2, \dots, j$, onde j é o número total de UPAs na população;

D_j = número total de domicílios no j -ésimo setor censitário em 1991 (IBGE, 1991)

$\sum_j D_j$ = número total de domicílios no município de São Paulo (IBGE, 1991)

A probabilidade de seleção no segundo estágio é dada pela fração de amostragem, f_2 :

$$f_2 = \frac{d}{D'_j} \quad (2.0)$$

Onde,

d = número de domicílios sorteados no j -ésimo setor censitário, igual a 30 domicílios;

D'_j = número total de domicílios, atualizado pela PNAD-1999 (IBGE, 2000), no j -ésimo setor censitário

Devido ao número fixo de domicílios selecionados em cada setor censitário, a fração de amostragem f_2 será igual para todos os domicílios pertencentes ao j -ésimo setor censitário. A relação dos 72 setores censitários com o número total de domicílios em 1991 (IBGE, 1991) e em 1999 (IBGE, 2000) e respectivas frações de amostragem f_1 e f_2 é apresentada no Anexo A1.

No terceiro estágio, a probabilidade de seleção dependerá do número total de mulheres elegíveis residentes no d -ésimo domicílio sorteado. Assim, sua fração de amostragem, f_3 , corresponderá a:

$$f_3 = \frac{1}{M_d} \quad (3.0)$$

M_d = número de mulheres elegíveis no d -ésimo domicílio sorteado pertencente ao j -ésimo setor censitário

A probabilidade final de seleção, ou seja, a fração de amostragem final (f) foi obtida pela multiplicação sucessiva das frações de amostragem f_1 , f_2 e f_3 :

$$f = \left(\frac{aD_j}{\sum_j D_j} \right) \times \left(\frac{d}{D' j} \right) \times \left(\frac{1}{Md} \right) \quad (4.0)$$

3.3.3. Cálculo dos pesos amostrais

Como vimos, os elementos amostrados terão probabilidades desiguais de seleção, conduzindo à necessidade de se construir pesos amostrais que têm como função compensar essas diferenças na seleção da amostra. A atribuição de pesos amostrais aos indivíduos assegura que estimativas populacionais não viciadas sejam obtidas por ponderar aqueles indivíduos que têm baixa probabilidade de serem selecionados e vice-versa (Carlin & Hocking, 1999). O peso amostral associado a cada elemento amostrado é o inverso da probabilidade final do indivíduo ser selecionado, ajustado, se necessário, pela taxa de não-resposta nos setores censitários, a partir da atribuição de pesos aos respondentes para que compensem a ausência de resposta (Sousa, 2001).

Para o cálculo das estimativas de proporção e de associação foram consideradas duas ponderações: a primeira devido ao delineamento do estudo e a segunda devido à ausência de resposta.

O peso final atribuído a cada indivíduo será então definido como:

$$W' = W_1 \times W_2 \quad (5.0)$$

Onde,

W_1 = peso por delineamento do estudo

W_2 = peso por ausência de resposta

O peso por delineamento do estudo é calculado pelo inverso da probabilidade final de seleção (f) de cada indivíduo, ou seja, $1/f$. O peso por ausência de resposta é definido como o inverso da taxa de resposta global (TRg) referente aos domicílios e às mulheres em cada setor censitário, ou seja, $1/TRg$. A taxa de resposta global, por sua vez, é obtida pela multiplicação da taxa de resposta dos domicílios (TRd), obtida dividindo-se o número de domicílios entrevistados pelo número de domicílios ocupados

(elegíveis) em cada setor censitário, com a taxa de resposta das mulheres (TRm) obtida dividindo-se o número de mulheres entrevistadas pelo número de mulheres elegíveis em cada setor censitário. Logo, o peso por ausência de resposta (W_2) é definido como:

$$W_2 = \frac{1}{TRd \times TRm} \quad (6.0)$$

O peso final atribuído a cada indivíduo foi padronizado, a fim de assegurar que a soma total ponderada da amostra se igualasse ao total de mulheres entrevistadas na amostra (Sousa, 2001). A padronização dos pesos foi obtida pela multiplicação de cada peso atribuído ao indivíduo pelo fator:

$$t = \frac{\sum_j \sum_d x_{jd}}{\sum_j \sum_d W_{\text{não-padr}(jd)} x_{jd}} \quad (7.0)$$

Onde,

$\sum_j \sum_d x_{jd}$ = número total de mulheres entrevistadas, igual a 1172;

$\sum_j \sum_d W_{\text{não-padr}(jd)} x_{jd}$ = soma dos pesos amostrais finais, igual a 1591161,11

A obtenção dos pesos amostrais finais foi utilizada para a estimação dos parâmetros populacionais de proporção e de associação investigados. Os pesos por delineamento e por ausência de resposta são apresentados no Anexo A1.

3.4. A pesquisa de campo

3.4.1. Seleção e treinamento das equipes

Especial atenção foi dada à seleção e ao treinamento das equipes de campo, pois entende-se serem parte fundamental no bom andamento da pesquisa e controle de qualidade das informações coletadas. Optou-se, inicialmente, selecionar apenas mulheres, devido a sua maior aceitação em pesquisas domiciliares; com formação superior e que já tivessem trabalhado em grupos ou organizações não-governamentais conectadas com o movimento de mulheres ou em pesquisas em gênero e saúde da

mulher, favorecendo, assim, um maior envolvimento e sensibilização com o tema da pesquisa.

Ao todo, foram selecionadas 26 entrevistadoras, quatro supervisoras e quatro codificadoras, divididas em quatro equipes de campo. Após a seleção, o treinamento das equipes focalizou o manuseio e aplicação do questionário, bem como a preparação e logística do trabalho de campo. O treinamento das equipes incluía aulas teóricas e práticas, enfocando os objetivos da pesquisa, a importância da segurança, privacidade e confidencialidade das entrevistas; a abordagem e condução da entrevista; o papel da entrevistadora; simulações de entrevistas, percorrendo todas as seções do questionário; controle de qualidade das entrevistas; procedimentos de amostragem; seleção dos domicílios e entrevistadas e ênfase na dinâmica interpessoal para possibilitar um ambiente de cooperação e integração das equipes. Além de que, os pesquisadores de campo contavam com três manuais, todos desenvolvidos pela coordenação geral da pesquisa multicêntrica e utilizados durante o treinamento, sendo estes: manual de questão por questão; manual do entrevistador e manual da codificadora e supervisora de campo.

3.4.2. A experiência do pesquisador no campo

Vivenciar o trabalho de campo, a coleta de dados e a relação entrevistado-entrevistador são tarefas essenciais na prática epidemiológica e na prática de pesquisa em geral. Transformar todo esse espaço de interações e reconhecimentos intersubjetivos em dados empíricos torna-se uma tarefa complexa. Em tempos de crise na Epidemiologia Moderna, com críticas à subordinação do conhecimento epidemiológico à estatística, o reconhecimento do outro, do sujeito da ação por detrás dos números é um imperativo ético para o pesquisador em Epidemiologia.

Assim, procurei vivenciar ativamente este processo, atuando em diferentes níveis, como entrevistadora, integrando uma das equipes de campo, algumas vezes na codificação dos questionários, bem como nas atividades de recepção das equipes que incluía: re-verificação dos questionários, controle dos registros de campo para fins administrativos e logísticos (progresso no trabalho de campo, os retornos necessários, a produtividade da equipe e por entrevistadora e seus respectivos pagamentos).

Na análise dos dados... as lembranças, as histórias, os gestos, confundiam-se com os números e mostravam-me a pesquisa como um verdadeiro campo de saberes compartilhados entre diferentes sujeitos.

3.4.3. A logística e implantação da pesquisa de campo

A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2000. Os mapas dos setores censitários selecionados e os respectivos endereços dos domicílios foram distribuídos às equipes de campo, seguindo a estratégia implantada de percorrer os setores censitários no sentido anti-horário, segundo o mapa da região metropolitana de São Paulo (Figura 2). Percorreu-se, inicialmente, a região periférica da zona leste, em direção à região norte do município, após esta, a região oeste e, por fim, a região sul do município. Uma equipe ficou concentrada na região central do município.

No início da coleta de dados, as equipes trabalhavam integralmente durante a semana e também aos finais de semana, visto que muitas mulheres trabalhavam durante a semana. Já próximo do término da pesquisa, as equipes concentraram seus trabalhos no início da semana, na abertura de novos setores censitários e aos finais de semana, devido aos retornos ou entrevistas agendadas para esses dias. Esta estratégia foi muito útil para reduzir a taxa de não-resposta do estudo.

3.4.4. A elegibilidade dos domicílios e das entrevistadas

A definição de domicílio utilizada neste estudo seguiu à adotada pelo Programa Mundial em Demografia e Saúde (DHS) e outras pesquisas como o Censo, ou seja, um grupo de pessoas que normalmente vivem e se alimentam juntas (MacroInternational Inc, 1997). Os domicílios previamente selecionados, sem reposição, foram visitados pelas entrevistadoras. Qualquer adulto capacitado no domicílio pôde responder a entrevista sobre a residência por meio do formulário de seleção do domicílio, o qual também foi utilizado para listar todas as mulheres membros do domicílio, ou seja, que moravam normalmente no domicílio; aquelas que não viviam no domicílio, mas dormiam há pelo menos quatro semanas anteriores à coleta de dados; e as empregadas domésticas que geralmente dormiam cinco dias ou mais por semana no domicílio, e respectivas idades e relações com o chefe da família. Após a listagem, foram identificadas todas as mulheres elegíveis para a entrevista, ou seja, todas aquelas com idade entre 15 e 49 anos e membros atuais do domicílio. A média de mulheres elegíveis

por domicílio foi de 1,4 mulheres, sendo que em 68,7% dos domicílios havia apenas uma mulher elegível; em 23,5% havia até duas mulheres elegíveis e em 7,5% dos domicílios havia três ou mais mulheres elegíveis.

Por razões de segurança e confidencialidade exigidos pelo tema da pesquisa multicêntrica, apenas uma mulher elegível identificada no domicílio selecionado foi entrevistada. Nos casos em que mais de uma mulher elegível foi identificada, apenas uma mulher foi selecionada aleatoriamente. Este procedimento foi efetuado por meio de sorteio, sem reposição, em que os nomes de todas as mulheres elegíveis membros do domicílio eram escritos em pedaços de papéis, dobrados e colocados dentro de uma urna e a um membro do domicílio solicitava-se que retirasse um papel com o respectivo nome da mulher selecionada. Caso a mulher sorteada não estivesse na residência no momento da entrevista, o domicílio era novamente visitado no mínimo três vezes consecutivas em dias e horários diferentes a fim de encontrar a mulher selecionada.

3.4.5. O controle de qualidade das informações

Durante a coleta de dados foi operacionalizado o seguinte procedimento de controle de qualidade das entrevistas: a) observação de entrevistas pela codificadora de campo, a fim de avaliar e aprimorar o desempenho das entrevistadoras, b) realização de re-entrevistas pela supervisora de campo por meio de uma versão resumida do questionário ou o questionário completo, quando fosse necessário (cerca de 10% dos domicílios com mulheres elegíveis selecionadas foram revisitados por codificadores de campo); c) avaliação do desempenho das entrevistadoras por meio da taxa de resposta obtida nas entrevistas e checagem da consistência dos dados; d) *feedback* sobre os achados do controle de qualidade por meio de reuniões semanais entre supervisoras, codificadoras e entrevistadoras, a fim de aprimorar o trabalho de campo e a condução das entrevistas; e) supervisão semanal das equipes pela coordenação central da pesquisa.

3.4.6. As taxas de respostas dos domicílios e das mulheres elegíveis

Em grandes cidades como São Paulo, com altos índices de criminalidade, os inquéritos domiciliares encontram cada vez mais obstáculos e resistências por parte dos moradores, por isso o modo de abordagem aos domicílios torna-se um elemento essencial para garantir a participação dos moradores na pesquisa. Como estratégia para reduzir perdas devido à não-resposta, foram enviadas cartas de apresentação aos

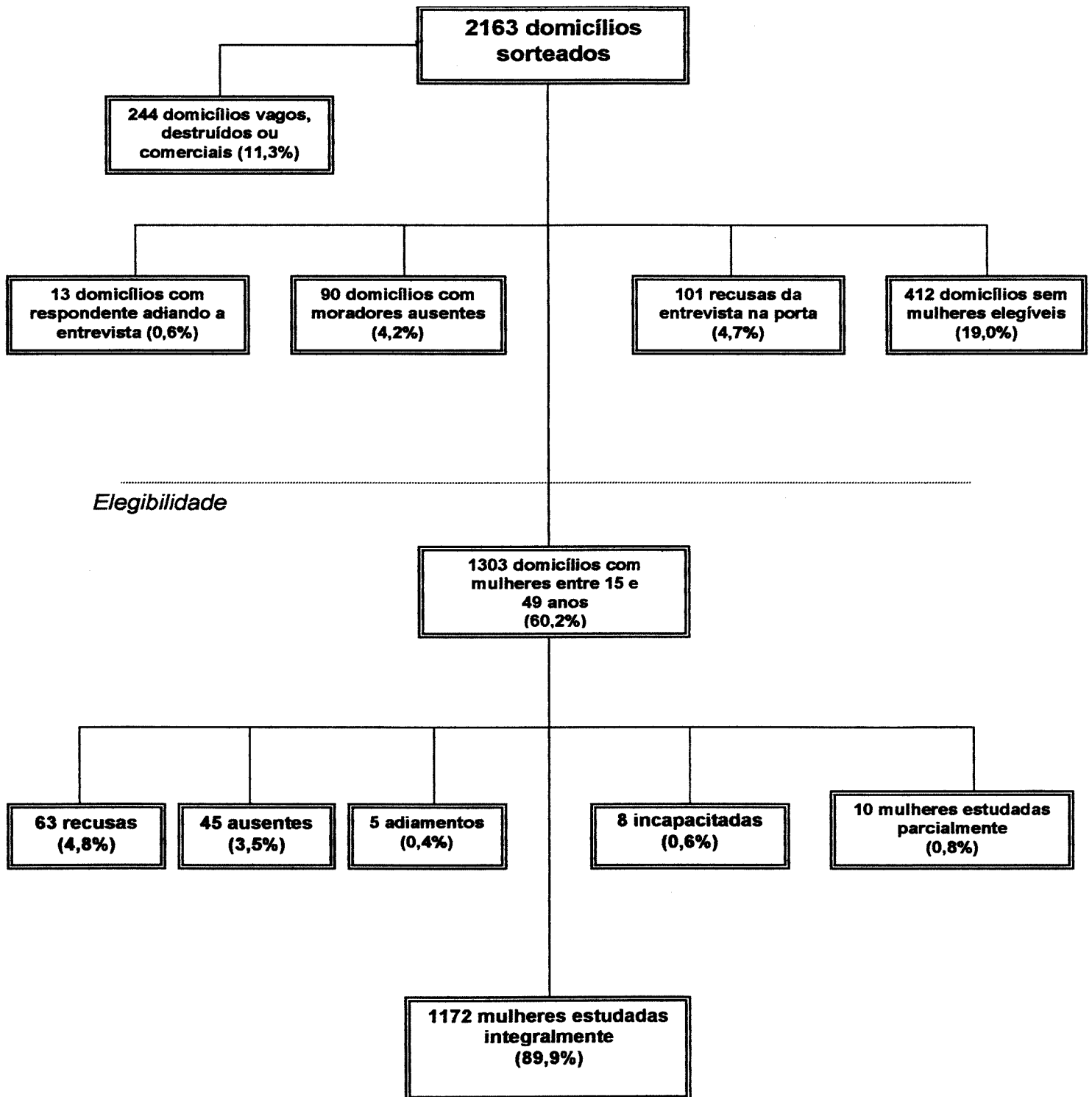
domicílios sorteados, previamente à coleta de dados, em que se explicavam os propósitos da pesquisa, fortalecendo seu aspecto de pesquisa acadêmica sobre saúde da mulher, a confidencialidade das informações coletadas e a importância da cooperação dos moradores, sem acarretar qualquer dano ou prejuízo pela sua participação. Além disso, a carta informava o nome e o telefone de contato da instituição e pesquisador responsável pela pesquisa para eventuais esclarecimentos. Cabe salientar que todas as entrevistadoras estavam devidamente identificadas com um crachá durante a abordagem aos domicílios.

Outra estratégia utilizada para amenizar as perdas por não-resposta foi o retorno do entrevistador ao domicílio com moradores e/ou mulheres elegíveis selecionadas não encontradas no dia da primeira visita. Esses domicílios foram revisitados, no mínimo, três vezes consecutivas em dias e horários diferentes ou agendados pela mulher elegível selecionada quando esta solicitava o adiamento da entrevista para dia e horário mais convenientes para ela. Instruções explícitas foram dadas às entrevistadoras para que não repusessem o domicílio sorteado, caso este não fosse encontrado ou não correspondesse a um domicílio; estivesse destruído ou vago; bem como não substituíssem outra mulher elegível no domicílio, caso a mulher sorteada não fosse encontrada ou recusasse a entrevista.

Ao todo foram visitados 2163 domicílios. Destes, 1303 eram domicílios com mulheres elegíveis (60,2%); 412 eram domicílios onde não residiam mulheres elegíveis (19,0%); 244 eram domicílios vagos, destruídos ou comerciais (11,3%); em 103 domicílios os moradores não estavam presentes após um número mínimo de três visitas consecutivas ao domicílio e em 101 domicílios os moradores recusaram a entrevista na porta (4,6%). Dos 1303 domicílios com mulheres elegíveis foi possível realizar 1172 entrevistas integralmente (89,9%). Em 121 domicílios (9,3%), as mulheres elegíveis não foram estudadas devido à recusa, adiamento, ausência ou por estar incapacitada. Nos dez domicílios restantes (0,7%), as mulheres elegíveis foram estudadas apenas parcialmente devido ao pedido de interrupção da entrevista.

A taxa de resposta dos domicílios e das mulheres em cada setor censitário são apresentadas no Anexo A3. O organograma 1 apresenta o resultado das entrevistas do domicílio e das mulheres elegíveis.

Organograma 1. Taxas de respostas dos domicílios e das mulheres selecionadas. Município de São Paulo, 2000.



3.5. O instrumento de pesquisa

As questões elaboradas para investigar a realização ou não do teste de Papanicolaou pelas entrevistadas foram incorporadas ao formulário elaborado pela Organização Mundial da Saúde em conjunto com os pesquisadores dos países envolvidos na pesquisa multicêntrica especificamente na Seção 2 (Anexo A2) sobre questões gerais de saúde e uso de serviços de saúde.

O instrumento original foi traduzido e adaptado à língua e cultura nacional e pré-testado quanto à clareza e linguagem empregada e quanto à facilidade de aplicação e extensão. Ele é composto por um formulário de seleção dos domicílios com mulheres elegíveis (entre 15 e 49 anos de idade); um formulário sobre a residência e outro sobre Saúde da Mulher e Experiências de Vida, ao todo composto por 12 seções (Anexo A2).

3.6. Variáveis consideradas no estudo

3.6.1. Variáveis dependentes:

Foram consideradas como variáveis dependentes a *realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida e realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos* anteriores à realização da entrevista. Cabe salientar que, a fim de garantir a qualidade das informações teve-se a precaução de explicar, previamente à pergunta sobre a realização do teste de Papanicolaou, o que era o exame, sua finalidade e como era feito o procedimento. As entrevistadoras foram treinadas para dar a seguinte explicação, também expressa no questionário:

"...vamos agora falar sobre o Papanicolaou: o médico ou enfermeiro coloca um aparelho, chamado espéculo ou bico de pato em sua vagina para abri-la e olhar por dentro. Ele colhe um material do útero, põe na lâmina e manda para o laboratório. O exame serve para descobrir o câncer de colo do útero. Depois você recebe o resultado em outra consulta." Você já fez alguma vez esse exame preventivo ou exame de Papanicolaou? (Anexo A2).

Foram também analisadas as razões referidas pelas mulheres para terem realizado ou não o teste de Papanicolaou. Os motivos referidos pelas mulheres para terem realizado o último exame foram categorizados dentro de 4 grupos, baseados na literatura, a seguir:

- 1) *demanda espontânea*, ou seja, a entrevistada procurou o serviço para fazer o exame de Papanicolaou;
- 2) *recomendação médica* ou como parte de outro procedimento assistencial (durante o pré-natal; durante o planejamento familiar, etc.),
- 3) *presença de queixas ginecológicas*;
- 4) *outras razões*

Os motivos referidos pelas mulheres para nunca terem realizado o exame de Papanicolaou foram categorizados dentro de 10 grupos, também baseados na literatura, a seguir:

- 1) Não era necessário, sou saudável ou não tenho problemas ginecológicos;
- 2) não conhecia o exame, não sabia de sua finalidade ou importância;
- 3) teve dificuldade para marcar uma consulta/não tinha vaga;
- 4) problemas com a distância do serviço, falta de transporte ou dificuldade financeira;
- 5) é muito embaraçoso, desconfortável fazer o exame ou tem vergonha;
- 6) falta de interesse, descuido ou não teve vontade;
- 7) não conhecia o exame, sua finalidade ou importância;
- 8) não recebeu recomendação médica;
- 9) não sabia o motivo para não ter realizado o exame;
- 10) outros

Investigou-se também entre as mulheres que já haviam realizado o teste de Papanicolaou o recebimento do resultado do último teste realizado como uma medida de continuidade e qualidade do cuidado prestado e acessibilidade ao serviço de saúde. Esta variável foi categorizada dicotomicamente em sim e não.

3.6.2. *Variáveis Explanatórias:*

Essas variáveis foram reunidas em torno de cinco grandes blocos, cada um representando um subplano de análise inserido no modelo teórico proposto inicialmente. Assim, os blocos das características sócio-demográficas, sexuais e reprodutivas, das práticas em saúde e *status* de saúde e da presença de episódio de violência conjugal foram considerados pertencentes ao plano individual de análise (Figura 3) e o bloco das

características relacionadas aos serviços de saúde pertencente ao plano de análise organizacional/programático. Por fim, considerou-se todos esses blocos inseridos no plano macro-social de análise dos fatores associados à realização do teste de Papanicolaou (Figura 3).

Mas, cabe salientar que devido ao caráter relacional entre os diferentes planos de acesso propostos, torna-se difícil enquadrar cada variável investigada num plano específico. Assim, por exemplo, considerou-se a variável *contato recente com profissional de saúde* devido à presença de algum problema de saúde, uma medida inserida tanto no plano individual, relacionada ao auto-reconhecimento, percepção, identificação das necessidades em saúde, e à disponibilidade sócio-econômica, logística e temporal das mulheres, quanto uma medida inserida no plano organizacional, relacionada à disponibilidade de serviços em relação à demanda, sua acessibilidade geográfica, à disponibilidade e organização dos recursos materiais e humanos, etc. Outro exemplo seria o da variável *episódio de violência conjugal*, considerada uma medida do plano individual, mas, acima de tudo, inserida no plano macro-social, como reflexo das desigualdades nas relações sociais de gênero.

A seguir, descrevem-se os cinco blocos ou subplanos de análise investigados:

1) Características sócio-demográficas:

- *Idade*: Foram criadas sete categorias, de 15 a 19 anos; 20 a 24 anos; 25 a 29 anos; 30 a 34 anos; 35 a 39 anos; 40 a 44 anos e 45 a 49 anos.
- *Escolaridade*: Foram criadas cinco categorias, nenhuma escolaridade ou até o primário completo (4 anos); até o ginásio completo (8 anos); até o colegial completo (11 anos) e nível superior incompleto ou completo (12 anos ou mais de estudo).
- *Estado Marital*: Foram criadas cinco categorias, casadas; em união consensual; separadas, divorciadas ou viúvas; solteiras com parceiro sexual regular e solteiras sem parceiro sexual regular. Pôde-se com esta subdivisão entre as mulheres solteiras, investigar a realização do teste de Papanicolaou neste grupo, controlando pela presença de atividade sexual. Para a análise de regressão logística univariada e múltipla, as categorias casadas e em união consensual foram agrupadas em uma única categoria;

- *Nível sócio-econômico:* Para a classificação sócio-econômica das mulheres, adotou-se o critério de classificação da ABIPEME (Associação Brasileira de Institutos de Pesquisas de Mercado) (ABIPEME, 2001), utilizado em outras pesquisas em saúde reprodutiva, como a PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde), o qual é composto por cinco classes sócio-econômicas, A, B, C, D e E, construídas a partir da somatória de pontos adquiridos pela combinação do nível de instrução do chefe da família, adaptado neste estudo para a instrução da entrevistada, independentemente de ela ser ou não o chefe da família, e posse de bens de consumo duráveis (eletroeletrônicos e eletrodomésticos). Para a análise univariada, as classes A e B foram agrupadas em um única categoria.

Optou-se, aqui, por uma medida individual de *status* sócio-econômico das mulheres preferivelmente às medidas usuais de classe social baseadas na situação conjugal, em que a figura do chefe de família é representado exclusivamente pelo homem, o marido, a partir da medida de seu nível de escolaridade. Tais medidas não têm acompanhado a nova tendência que se configura com a participação da mulher na vida pública e no sustento da família, a partir de sua participação no mercado de trabalho que, segundo dados da Fundação SEADE (2000) vem progressivamente aumentando nos últimos anos, passando de 47,3% em 1994 para 52,0% em 1999, um aumento observado mesmo entre aquelas com cônjuges. Isto pode estar contribuindo para a melhoria de sua condição sócio-econômica e, conseqüentemente, maior oportunidade de acesso aos serviços preventivos em saúde.

- *Fonte de Rendimento Próprio:* Investigou-se se a entrevistada apresentava ou não uma fonte de rendimento próprio proveniente de emprego formal; atividades informais; trabalhos temporários ou outras fontes como pensões e aposentadorias, pensões alimentícias, aluguéis de imóveis, etc. Não ter uma fonte de rendimento foi considerada a categoria de referência;

2) Características sexuais e reprodutivas:

- *idade de início da atividade sexual:* Foram criadas três categorias, início da atividade sexual aos 14 anos ou menos; entre 15 e 19 anos e acima dos 19 anos. Estes pontos de corte foram estabelecidos baseados na literatura epidemiológica dos fatores de risco para o câncer cervical, com o intuito de

investigar a realização do teste de Papanicolaou entre mulheres que iniciaram "precocemente" a atividade sexual, descrito pela literatura como um dos fatores de risco potenciais para o desenvolvimento de lesões cervicais;

- *tempo decorrido desde o início da atividade sexual*: Foram criadas duas categorias, três anos ou menos desde o início da atividade sexual e mais de três anos de atividade sexual;
- *História reprodutiva*: Foram investigadas duas variáveis sobre a história reprodutiva das mulheres: gravidez alguma vez na vida e número de gestações, categorizada em nenhuma gestação, apenas uma e duas ou mais gestações.
- *Uso de método contraceptivo*: Foram investigadas duas variáveis: uso atual ou anterior de algum método contraceptivo e tipo de método utilizado atualmente. Esta última categorizada em nenhum método, métodos de barreira (camisinha, diafragma), métodos naturais (tabela, coito interrompido e abstinência sexual); métodos hormonais (pílulas, injetáveis ou implantes hormonais), métodos cirúrgicos (esterilização feminina e masculina) e DIU (dispositivo intra-uterino).

3) Práticas relacionadas à saúde e avaliação do *status* geral da saúde:

- *realização alguma vez na vida do teste para detecção do vírus da Imunodeficiência humana adquirida (HIV)*;
- *uso de condom masculino alguma vez na vida com parceiro mais recente ou atual para se proteger contra doenças*;
- *tabagismo*: Foram criadas três categorias, nunca fumou, ex-fumante e fumante atual;
- *Uso freqüente de álcool*: Foram criadas cinco categorias, ingestão de álcool quase todos os dias, uma ou duas vezes por semana, uma a três vezes por mês, pelo menos uma vez por mês e nunca ingerem bebida alcóolica. As duas primeiras categorias foram consideradas como uso freqüente de álcool;
- *Auto-avaliação da saúde geral*: Foi perguntado às entrevistadas se elas consideravam seu estado de saúde *excelente, bom, regular, fraco* ou *muito fraco* nas últimas quatro semanas.

- *Presença de transtorno mental comum (TMC) ou distúrbios psiquiátricos menores (DPM)*: Foi utilizado o instrumento *Self-Report Questionnaire (SRQ-20)* composto por vinte questões com resposta do tipo sim/não (Harding e col., 1980), cujo ponto de corte estabelecido para caso suspeito de transtorno mental comum foi o escore de sete ou mais respostas positivas (Mari e col., 1986);
 - *presença de corrimento vaginal nas últimas quatro semanas* anteriores à realização da entrevista;
- 4) Características relacionadas ao acesso aos serviços de saúde:
- *consulta com algum profissional de saúde nas últimas quatro semanas* anteriores à realização da entrevista;
 - *dificuldades de acesso ao serviço de saúde nas últimas quatro semanas*: As dificuldades de acesso ao serviço de saúde relatadas pelas entrevistadas foram agrupadas em três categorias devido à semelhança das respostas, lembrando que tal questão admitia múltiplas respostas:
 - a) *dificuldades de acesso geográfico*, relacionado à distância do serviço de saúde, à falta de transporte ou às dificuldades de locomoção;
 - b) *dificuldades de acesso financeiro* ou de disponibilidade de tempo, muitas vezes mencionada como falta de tempo, pois trabalha o dia todo ou porque não tem com quem deixar os filhos;
 - c) *dificuldades de acesso organizacional* ou *funcional*, relacionadas às dificuldades encontradas no serviço de saúde, como longo período de espera para ser atendida ou marcar uma consulta, burocracia, não ter vaga, não saber onde ir, etc.

Posteriormente, para investigar a associação entre a realização do teste de Papanicolaou e a presença de dificuldades de acesso ao serviço, essas três categorias foram agrupadas, criando-se a variável dicotômica (0,1) *presença ou não de dificuldades de acesso ao serviço de saúde nas últimas quatro semanas*;

- *história de maus-tratos ou humilhação em atendimento em serviço de saúde alguma vez na vida*: Perguntou-se às entrevistadas se alguma vez na vida foram vítimas de maus-tratos ou humilhação em atendimento em serviço de saúde. Para aquelas que responderam que sim, perguntou-se em que tipo de atendimento médico ocorreu o episódio, se durante o pré-natal; durante o parto; em atendimento ginecológico; em atendimento na clínica médica; em serviço de emergência ou em outro tipo de atendimento. Para fins da análise de regressão logística foram criadas, posteriormente, duas categorias para essa variável: episódio de maus-tratos ou humilhação em qualquer tipo de atendimento em serviço de saúde e nenhum episódio (categoria de referência);

5) Experiência de violência doméstica contra a mulher física e/ou sexual:

Como parte de um estudo sobre Violência Doméstica contra a Mulher e suas repercussões para a saúde, investigou-se também a relação entre experiência de violência doméstica física ou sexual perpetrada por companheiro atual ou anterior alguma vez na vida e nos últimos doze meses e a realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida e nos últimos três anos. Foi considerado caso positivo de violência física perpetrada por companheiro atual ou anterior alguma vez na vida e nos últimos doze meses qualquer resposta afirmativa às questões 705a e 705b (Anexo A2) e como caso positivo de violência sexual perpetrada por companheiro atual ou anterior alguma vez na vida e nos últimos doze meses qualquer resposta afirmativa às questões 706a e 706b (Anexo A2). As questões utilizadas para investigar a prevalência de violência contra mulher por parceiro íntimo foram baseadas no instrumento *Conflict Tactics Scale-CTS* (WHO, 1998).

3.7. A análise dos dados

3.7.1. Entrada e processamento dos dados

Um tela de entrada e verificação dos dados foi desenvolvida pela coordenação geral da pesquisa multi-países, utilizando o programa estatístico EPI-INFO versão 6.04 (Dean, 1990). Foi realizada uma dupla entrada dos dados dos questionários que posteriormente foram verificados quanto à consistência e correções necessárias através do módulo *validate* do programa EPI-INFO. A entrada dos dados ocorreu concomitantemente com a coleta de dados, possibilitando, quando necessário, o retorno da entrevistadora ao campo para obtenção ou correção das informações.

3.7.2. Análise estatística

3.7.2.1. Estimação de parâmetros em delineamentos complexos

Em delineamentos complexos, como a amostragem por conglomerados com probabilidade proporcional ao tamanho (PPT), os elementos e as variáveis de interesse dentro dos conglomerados não têm distribuição idêntica e independente entre si e as probabilidades de seleção não são iguais, acarretando um aumento na variância dos estimadores, pois o número de seleções independentes se reduz de n para a conglomerados (Kish, 1965; Korn & Graubard, 1995). Logo, para estudos que utilizam a estratégia amostral por conglomerados, como a que foi utilizada no presente estudo, o cálculo das estimativas dos parâmetros populacionais de proporção e de associação e seus respectivos erros-padrão devem levar em consideração o efeito do delineamento, visto o incremento na variância dos estimadores utilizados e, conseqüentemente, a perda da precisão do estudo (Kish, 1965; Lemeshow e col., 1998; Carlin & Hocking, 1999; Sousa, 2001).

O estimador de proporção populacional que é dado por Y/N , representando a proporção de casos positivos da variável de interesse na amostra total, em delineamentos complexos passa a ser tratado como o estimador razão:

$$r = \frac{y}{x} = \frac{\sum_{j=1}^J \sum_{d=1}^{d_j} \sum_{m=1}^{x_{jd}} w_{jdm} y_{jdm}}{\sum_{j=1}^J \sum_{d=1}^{d_j} \sum_{m=1}^{x_{jd}} w_{jdm} x_{jdm}} \quad (8.0)$$

Onde,

$y =$ é a soma ponderada dos casos positivos da variável de interesse, ou seja, realização do teste de Papanicolaou;

$x =$ é a soma ponderada do total de elementos observados;

$W_{jdm} =$ peso final aplicado à m -ésima mulher observada;

$Y_{jdm} =$ é o valor observado da variável de interesse para a m -ésima mulher no d -ésimo domicílio, no j -ésimo setor censitário (conglomerado) e pode assumir os valores 0 (não possui a característica) ou 1 (possui a característica);

$X_{hdm} =$ assume o valor 1 para a contagem do número de mulheres;

$J =$ é o número total de setores censitários sorteados na amostra;

$d_j =$ é o número de domicílios no j -ésimo setor censitário;

$x_{jd} =$ é o número de mulheres no d -ésimo domicílio no j -ésimo setor censitário

Quanto à variância do estimador razão, existem vários procedimentos para estimá-la em delineamentos complexos, entre eles está o método de linearização de Taylor, também conhecido como método delta (Hamilton, 1998; Lemeshow e col., 1998; Sousa, 2001). Para maiores detalhes sobre esta técnica ver Kish (1965) ou Cochran (1977). A variância do estimador razão é dada pela expressão (Silva, 1998):

$$v(r) = \frac{1-f}{\left[\begin{array}{c} a \\ \sum_j x_j \end{array} \right]} \times a \left[\text{var}(y) + r^2 \text{var}(x) - 2r \text{cov}(y, x) \right]$$

sob as condições de $n \geq 30$ e os coeficientes de variação das médias de x e y menores de 10%.

Onde:

$a =$ número de unidades primárias de amostragem (conglomerados)

$f =$ fração de amostragem

$y =$ é o estimador pontual, não viciado, do total da população para a variável y

$x =$ é o tamanho da amostra de elementos

$r =$ estimador razão

$\text{var}(y) =$ variância estimada de y

$\text{var}(x) =$ variância estimada de x

$\text{cov}(y, x) =$ covariância entre x e y

Quanto às estimativas ponderadas dos coeficientes β de regressão logística para dados que utilizam a amostragem por conglomerados com PPT, essas são calculadas usando o método da pseudo-máxima verossimilhança. Isto acontece, pois, como vimos, em delineamentos complexos as observações individuais não são mais independentes e distribuídas aleatoriamente, portanto, a função de verossimilhança não é mais definida como o produto da distribuição das probabilidades de y em função de x em cada observação e , conseqüentemente, não representa mais a verdadeira função de verossimilhança para a amostra, passando a ser chamada de pseudo-máxima verossimilhança (Hamilton, 1998). A estimação da variância dos coeficientes β de regressão logística para dados de delineamentos complexos também pode ser calculada usando o método de linearização de Taylor (Sousa, 2001).

Todas as estimativas de proporção e de associação e respectivos erros-padrão, aqui apresentadas, foram calculadas considerando o plano de amostragem por conglomerados e os pesos amostrais. Para obtenção dessas estimativas foi utilizado o programa estatístico STATA 6.0 (StataCorp., 1997), que contém um comando específico para a análise de dados provenientes de inquéritos epidemiológicos que utilizam estratégias de amostragem complexas, em que lhe são fornecidas o nome da variável representando a unidade primária de amostragem (UPA), neste caso o setor censitário, bem como os pesos amostrais finais atribuídos às mulheres observadas (W_{jdm}).

3.7.2.2. Plano empírico de análise

Inicialmente, foi realizada uma caracterização da amostra de mulheres entrevistadas quanto aos seus aspectos sócio-demográficos e reprodutivos. Após essa caracterização inicial, foram calculadas as proporções, com respectivos intervalos de confiança de 95%, de mulheres que já realizaram o teste de Papanicolaou pelo menos uma vez na vida, nos últimos três anos e no último ano anterior à pesquisa. Por meio do teste de associação do Qui-quadrado de Pearson, baseado na estratégia amostral utilizada¹, foram estimadas as medidas de proporção da realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida e nos últimos três anos segundo as variáveis de

¹ O teste de associação do qui-quadrado (χ^2) de Pearson e de tendência linear para estudos que utilizam uma amostragem por conglomerados ou que trabalhem com dados ponderados é transformado numa estatística F - Fisher-Snedocor (Hamilton, 1998).

interesse. Para os fatores que permitem ordenação, foi utilizado o teste Qui-quadrado (χ^2) para tendência linear¹.

A seguir, foram estimadas, a partir da análise de regressão logística não-condicional, as medidas de associação *odds ratio* (OR) brutas e ajustadas por todas as variáveis presentes no modelo logístico e respectivos intervalos de confiança de 95%, para as variáveis dependentes *realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida e nos últimos três anos*.

Inicialmente, uma análise univariada foi realizada para cada variável dependente considerada em que se pôde selecionar as variáveis de interesse para a entrada no modelo de regressão logística múltipla, segundo sua significância estatística. Esta, por sua vez, foi avaliada por meio do teste Wald e não pelo teste da razão de verossimilhança comumente utilizado, visto que a função de verossimilhança não é a verdadeira verossimilhança em estudos que utilizam delineamentos complexos por conglomerados ou dados ponderados (Sribney, 2001). Assim, foram selecionadas para o ajuste no modelo de regressão logística múltipla todas as variáveis que tiveram um p menor ou igual a 0,20 no teste Wald de significância dos coeficientes de regressão.

A entrada no modelo de regressão seguiu a estratégia *stepwise forward selection*, ou seja, seleção progressiva de variáveis passo-a-passo. A entrada no modelo obedeceu a uma ordem crescente no valor de p no teste Wald. A permanência das variáveis no modelo obedeceu ao critério de significância estatística dos seus coeficientes de regressão ($p < 0,05$), ajustados por outras variáveis de confusão e de alterações nas medidas de efeito *odds ratio* brutas e ajustadas maiores ou iguais a 10% (Greenland, 1989). As variáveis categóricas foram transformadas em variáveis "dummy", isto é, cada categoria foi transformada em uma variável dicotômica (0,1) antes de serem incorporadas ao modelo de regressão logística.

Cabe lembrar que para investigar a realização do teste de Papanicolaou e sua relação com as características das mulheres entrevistadas somente foram incluídas na análise, como já mencionado, as mulheres que já iniciaram a vida sexual, independentemente do tempo decorrido desde o seu início. Sendo assim, foram excluídas 120 mulheres (10,2%) da amostra, pois não haviam iniciado sua vida sexual e mais duas mulheres por não apresentarem informações relativas ao início da atividade sexual. Além disso, uma mulher foi excluída por não apresentar informações relativas à realização do teste de Papanicolaou. Para a descrição da amostra quanto a seus aspectos sócio-demográficos e reprodutivos; para a descrição das prevalências na realização do

teste de Papanicolaou e para a análise de regressão logística univariada e múltipla ocorreu um ajuste no tamanho final da amostra, visto a ocorrência de dados ignorados para as variáveis *uso de camisinha* (um dado ignorado) e *nível sócio-econômico* (dois dados ignorados). O tamanho final da amostra estudada, por conseguinte, foi de 1046 mulheres.

3.8. Aspectos éticos da investigação

Especial atenção foi dada a este tópico devido ao estudo estar inserido em uma pesquisa, cujo tema central era violência doméstica contra a mulher e suas conseqüências para a saúde. Principalmente, a confidencialidade e a segurança deveriam estar resguardadas às entrevistadas e entrevistadores. Sendo assim, várias medidas foram recomendadas pela coordenação geral da pesquisa multicêntrica e adotadas pelas equipes locais, entre elas: a garantia de privacidade durante a entrevista domiciliar, a não identificação pessoal da entrevistada nos questionários, a segurança física das informantes e entrevistadoras, suporte psicológico às entrevistadoras e suportes assistencial, psicológico, social, jurídico e médico às entrevistadas, por meio das parcerias com as Organizações não-governamentais de assistência às mulheres em situação de violência e com os serviços especializados disponíveis e previamente acordados no atendimento às mulheres com ou sem história de violência.

No início de todas as entrevistas as participantes eram informadas oralmente sobre o propósito e a natureza do estudo, bem como sobre o local e a coordenação da pesquisa. A partir da leitura do Formulário de Consentimento Informado (Anexo A2) às entrevistadas ressaltava-se o caráter confidencial e voluntário da pesquisa, bem como da natureza delicada e pessoal de algumas questões, cuja abordagem poderia favorecer um espaço de troca de experiências e contribuições a outras mulheres vivendo sob a mesma situação. Ao término da leitura do formulário, perguntava-se às informantes sobre qualquer dúvida que tivessem sobre a pesquisa e duração da mesma e se elas concordavam ou não em serem entrevistadas. Caso a entrevistada concordasse com a entrevista, a entrevistadora anotava no formulário o consentimento da informante, bem como assinava uma declaração informando a leitura do formulário, ao invés da assinatura da entrevistada, evitando assim sua posterior identificação e correspondência com o questionário.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. Características sócio-demográficas e reprodutivas da amostra

A comparação da composição sócio-demográfica da amostra de 1046 mulheres com a amostra original do estudo (n=1172 mulheres) é apresentada na tabela 4.

Observa-se que a amostra de 1046 mulheres refletiu a amostra de origem, exceto em relação à idade e estado marital, em que observa-se uma queda na porcentagem de mulheres pertencentes à faixa etária de 15 a 19 anos e uma diminuição no número de mulheres solteiras sem parceiro sexual regular. Atribui-se a esta discrepância à exclusão das mulheres que nunca tiveram atividade sexual, pois a maioria destas (66,8%) pertencia à faixa etária mais jovem, de 15 a 19 anos e 100% eram solteiras sem parceiro sexual.

Nota-se ainda na amostra com e sem a exclusão das mulheres virgens, uma distribuição etária relativamente homogênea, excetuando a faixa etária de 15 a 19 anos, com uma proporção um pouco maior de mulheres mais jovens, entre 20 e 29 anos, e de mulheres pertencentes à faixa etária de 35 a 39 anos. Além disso, a maioria das mulheres entrevistadas era casada (42,3%); possuía até onze anos de estudo (33,5%) (colegial completo); pertencia ao grupo sócio-econômico C (39,2%) e possuía uma fonte de rendimento próprio (65,2%). Cabe ressaltar que das 680 mulheres que relataram ter uma fonte de rendimento, esta era proveniente do emprego formal (assalariadas, autônomas ou empregadas domésticas) entre 437 mulheres (64,5%); 122 mulheres (17,3%) possuía uma fonte de rendimento proveniente de atividades informais; 71 (10,7%) de trabalhos temporários e 125 entrevistadas (18,4%) possuíam como fonte de rendimento pensões e aposentadorias, pensões alimentícias, aluguéis de imóveis e outros rendimentos.

Quanto à região de residência, 33,5% das mulheres entrevistadas residiam na região sul do município paulista; 27,0% residiam na região leste; 17,9% na região norte; 14,1% na região oeste e 7,3% na região central do município.

Tabela 4- Composição sócio-demográfica da amostra de mulheres entrevistadas de 15 a 49 anos no município de São Paulo, 2000.

Variável	Amostra (n=1172)			Amostra (n=1046)		
	N	%	IC95%	N	%	IC95%
<i>Idade (anos)</i>						
15-19	157	18,8	15,8-21,7	80	10,4	8,1-12,7
20-24	174	15,4	13,3-17,5	157	15,6	13,2-18,0
25-29	201	14,7	12,1-17,4	194	16,6	13,5-19,7
30-34	171	12,6	10,4-14,9	161	13,9	11,4-16,5
35-39	191	14,3	12,1-16,4	183	15,9	13,4-18,5
40-44	158	12,9	11,2-14,6	155	14,7	12,8-16,6
45-49	120	11,1	8,4-13,8	116	12,6	9,6-15,8
<i>Escolaridade (anos)</i>						
0 a 4 anos*	194	15,5	12,5-18,6	187	17,4	13,7-21,0
5 a 8 anos	335	27,5	23,9-31,0	300	27,1	23,2-31,0
9 a 11 anos	392	35,3	31,9-38,6	333	33,5	30,0-37,1
12 anos ou mais	251	21,7	16,6-26,8	226	21,9	16,2-27,7
<i>Estado marital</i>						
casada	490	36,2	32,5-39,9	486	42,3	38,0-46,7
União consensual	191	13,3	11,1-15,6	191	15,7	12,9-18,4
Separada/divorciada/ viúva	105	9,1	7,1-11,2	104	10,6	8,3-12,9
Solteira com parceiro sexual regular	155	15,5	13,2-17,8	155	18,3	15,7-20,8
Solteira sem parceiro sexual regular	231	25,7	22,9-28,5	110	12,9	10,5-15,4
<i>Nível sócio-econômico¹</i>						
Classe A/B	374	34,5	28,1-41,0	330	33,7	27,2-40,4
Classe C	463	39,2	35,6-42,8	412	39,2	35,5-42,9
Classe D	272	21,1	16,9-25,4	250	21,9	17,5-26,3
Classe E	61	5,1	3,2-7,0	54	4,9	3,1-6,7
<i>Fonte de Rendimento</i>						
Sim	756	64,1	60,3-67,9	680	65,2	61,5-68,8
Não	416	35,8	32,0-39,7	366	34,8	31,1-38,5

*Incluem as mulheres analfabetas e aquelas que sabem ler e escrever, mas não frequentaram a escola; ¹dado ignorado para duas mulheres na amostra de origem; IC95%= Intervalo de Confiança de 95%

Quanto às características sexuais e reprodutivas da amostra de 1046 mulheres, observou-se que a idade média de início da vida sexual foi de 18,5 anos, sendo que 58,3% das mulheres iniciaram entre 15 e 19 anos; 32,1% com 20 anos ou mais e a minoria (9,5%) iniciou sua vida sexual aos 14 anos ou menos. Oitocentos e nove mulheres (73,9%) já engravidaram alguma vez na vida, sendo que 221 (27,1%) tiveram apenas uma gestação e a maioria (73,0%) duas ou mais gestações. À época da pesquisa, 40 mulheres (3,5%) estavam grávidas. Das 744 mulheres (67,3%) que possuíam filhos vivos, 261 (33,4%) tinham apenas um filho e 483 mulheres (66,6%) tinham dois ou mais filhos vivos.

Quando perguntadas se à época da pesquisa ou anteriormente já tentaram evitar gravidez, 938 mulheres (88,3%) responderam que sim, sendo que 678 mulheres (63,1%) usavam algum método contraceptivo atualmente. Destas, 253 (36,0%) relataram como principal método contraceptivo os métodos hormonais (pílulas ou injeções); 205 (31,1%) relataram o método cirúrgico (esterilização feminina ou masculina); 161 (24,9%) métodos de barreira (camisinha); 41 (5,5%) métodos naturais (tabela, coito interrompido) e 10 mulheres (1,1%) relataram usar o dispositivo intra-uterino (DIU). Oito mulheres (1,2%) relataram outros métodos, entre eles, a abstinência sexual. Ressalta-se que entre as mulheres que faziam uso de métodos cirúrgicos, a maioria tinha entre 35 e 49 anos (83,6%) e era casada (70,2%) e entre aquelas que usavam métodos hormonais, 41,6% apresentavam entre 25 e 34 anos e 43,8% eram casadas.

4.2. Estimativa da proporção de mulheres que realizaram o teste de Papanicolaou

Das 1046 mulheres entrevistadas, 930 (86,1% e IC95% =83,6-88,6) relataram já ter feito o teste de Papanicolaou alguma vez na vida. Destas, 591 (65,5% e IC95%=62,4-68,8) realizaram o teste há menos de um ano; 246 (24,2% e IC95%=21,1-27,3) realizaram há um a três anos; 61 mulheres (6,9% e IC95%=4,8-9,1) entre mais de três anos a cinco anos atrás e 31 mulheres (3,2% e IC95%=2,1-4,4) realizaram o teste há mais de cinco anos. Uma mulher não soube responder o tempo desde o último teste realizado. Ao considerar a realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos, 837 mulheres (77,3% e IC95%=74,1-80,5) relataram ter realizado o exame neste período.

Considerando a amostra original do estudo, sem a exclusão das mulheres que nunca tiveram relação sexual, a proporção de mulheres que já fizeram o teste pelo menos uma vez na

vida foi menor, 74,5% (IC95%=71,3-77,6) e nos últimos três anos, 66,8% (IC95%=63,4-70,3).

A média de idade das mulheres que relataram já ter realizado o teste de Papanicolaou alguma vez na vida foi significativamente maior (33,6 anos) do que daquelas que nunca realizaram-no (23,5 anos) ($p < 0,0001$). O mesmo foi observado para as mulheres que realizaram o teste nos últimos três anos (33,4 anos) comparadas àquelas que não o fizeram (28,2 anos) ($p < 0,0001$).

Quando perguntadas se haviam recebido o resultado do último teste de Papanicolaou, 806 mulheres (87,0% e IC95%=84,4-89,6) responderam que sim, contra 119 mulheres (13,0% e IC95%=10,4-15,6) que não haviam recebido o resultado do último teste realizado.

Perguntou-se também às entrevistadas o principal motivo para terem realizado o último teste de Papanicolaou. Mais da metade, 55,5% (513 mulheres), relataram a procura espontânea pelo teste, mencionada, muitas vezes, de rotina para prevenir o câncer. A maioria destas mulheres pertencia à faixa etária de 35 a 49 anos (53,2%); 31,7% tinham até o colegial completo e 27,9% tinham 12 anos ou mais de estudo; 47,0% eram casadas; 39,4% pertenciam ao grupo sócio-econômico A ou B e 68,7% possuíam uma fonte de rendimento própria. Já para 232 mulheres (24,9%), o principal motivo relatado foi a recomendação médica para realizar o exame, sendo que 46,4% destas mulheres tinham entre 35 e 49 anos e 30,6% entre 25 e 34 anos; 25,8% tinham até o ginásio completo e 28,8% até o colegial completo; 51,8% eram casadas e 41,7% pertencia ao grupo sócio-econômico C.

Cento e setenta e duas mulheres (18,2%) relataram a presença de queixas ginecológicas como principal motivo para a realização do último teste de Papanicolaou, sendo que 37,4% tinham entre 35 e 49 anos, estendendo-se para a faixa etária de 25 a 34 anos (36,9%); 28,1% tinham até o ginásio completo e 36,1% até o colegial completo; 38,5% eram casadas e 39,7% pertencia ao grupo sócio-econômico C. Ressalta-se que 44,1% das mulheres que relataram a presença de queixas ginecológicas, apresentaram corrimento vaginal no último mês anterior à entrevista. Treze mulheres (1,3%) relataram outras razões para terem realizado o último teste.

Para as 116 mulheres (13,8% e IC95%=11,3-16,3) que relataram nunca ter realizado o teste de Papanicolaou, perguntou-se quais foram os motivos para não o terem feito, entre eles: não achar necessário/ser saudável ou não ter problemas ginecológicos (41,4%); fazer o exame é embaraçoso/desconfortável, tem medo ou vergonha (32,7%); teve dificuldades no serviço de saúde para marcar uma consulta ou não tinha vaga (11,2%); problemas com a distância do serviço de saúde, falta de transporte, dificuldades financeiras ou falta de tempo (6,0%); não sabia o motivo para não ter realizado o teste (5,2%); falta de interesse/descuido ou não teve

vontade (4,3%); não conhecia o exame/não sabia de sua finalidade ou importância (2,6%); não recebeu recomendação médica (2,6%) e outros (6,9%).

4.3. Estimativas de proporção e de associação entre a realização do teste de Papanicolaou e características selecionadas das mulheres

4.3.1. Características sócio-demográficas

A distribuição das mulheres que realizaram o teste de Papanicolaou alguma vez na vida e nos últimos três anos, segundo características sócio-demográficas é apresentada nas tabelas 5 e 6. Para a análise univariada, estabeleceu-se um novo ponto de corte para a variável idade, agregando a categoria de 20 a 24 anos à categoria de referência e a categoria de 30 a 34 anos à categoria de 25 a 29 anos. As demais faixas etárias foram agrupadas em uma única categoria de 35 a 49 anos, pois não houve diferenças estatisticamente significantes entre estas faixas etárias quanto à realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida e nem nos últimos três anos. Este novo ponto de corte foi mantido para a entrada no modelo de regressão logístico múltiplo.

Observa-se que 61,4% das mulheres entre 15 e 24 anos relataram ter feito o teste de Papanicolaou alguma vez na vida. Esta proporção aumentou nitidamente para as demais faixas etárias, atingindo o pico entre as mulheres de 35 a 49 anos (96,2%) (χ^2 de tendência=127,23; $p<0,0001$) (Tabela 5). Semelhante tendência foi observada entre as mulheres que relataram ter realizado o teste nos últimos três anos, porém numa proporção menor (χ^2 de tendência=39,76; $p<0,0001$) (Tabela 6).

As estimativas de *odds ratios* (ORs) para a realização do teste alguma vez na vida e nos últimos três anos foram estatisticamente significantes ($p<0,05$) para todas as categorias da variável *dummy* idade, atingindo valores menores quando investigada a realização do teste nos últimos três anos (Tabela 6).

Tabela 5- Distribuição das mulheres que relataram realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida segundo características demográficas e sócio-econômicas. Município de São Paulo, 2000.

Variáveis	Total	Realização do Teste de Papanicolaou		OR [§]	IC95%*
		Nº	%		
<i>Idade (anos)</i>					
15-24 ^a	237	157	61,4	1,00	-
25-34	157	122	72,1	8,18	4,58-14,63
35-49	454	440	96,2	16,00	8,94-28,66
<i>F[§]=67,88; p<0,0001</i>					
<i>Escolaridade (anos)</i>					
0 a 4 anos ^{1,a}	187	172	88,3	1,00	-
5 a 8 anos	300	258	82,7	0,63	0,34-1,19
9 a 11 anos	333	283	81,8	0,59	0,30-1,17
12 anos ou mais	228	217	95,3	2,67	1,06-6,66
<i>F=5,51; p=0,0019</i>					
<i>Estado Marital</i>					
Solteira sem parceiro ^a	110	76	64,2	1,00	-
Solteira com parceiro	155	120	76,1	1,78	0,92-3,42
Separada/divorciada/viúva	104	97	91,3	5,84	2,05-16,59
Casada/União consensual	677	637	93,2	7,71	4,08-14,53
<i>F=14,46; p<0,0001</i>					
<i>Nível sócio-econômico</i>					
Classe E ^a	54	46	81,3	1,00	-
Classe D	250	214	81,7	1,03	0,40-2,61
Classe C	412	365	85,9	1,40	0,56-3,49
Classe A/B	330	305	90,0	2,07	0,79-5,38
<i>F=2,01; p=0,1204</i>					
<i>Fonte de Rendimento</i>					
Não ^a	366	312	81,1	1,00	-
Sim	680	618	88,8	1,85	1,25-2,73
<i>F=9,88; p=0,0024</i>					

^acategoria de referência; ¹Incluem as mulheres analfabetas e aquelas que sabem ler e escrever, mas não frequentaram a escola; [§]OR= Razão de chances (*Odds ratio*); *IC95%= Intervalo de confiança de 95%; [§]F= estatística F (teste Wald)

Tabela 6- Distribuição das mulheres que relataram realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos segundo características demográficas e sócio-econômicas. Município de São Paulo, 2000.

Variáveis	Total ²	Realização do Teste de Papanicolaou		OR [§]	IC95%*
		Nº	%		
<i>Idade (anos)</i>					
15-24 ^a	237	150	58,6	1,00	-
25-34	157	122	72,1	3,46	2,24-5,35
35-49	454	440	96,2	3,86	2,62--5,68
<i>F[§]=27,22; p<0,0001</i>					
<i>Escolaridade (anos)</i>					
0 a 4 anos ^{1,a}	186	147	75,3	1,00	-
5 a 8 anos	300	225	69,7	0,75	0,48-1,18
9 a 11 anos	333	262	76,8	1,09	0,66-1,78
12 anos ou mais	226	203	89,0	2,66	1,46-4,84
<i>F=6,40; p=0,0007</i>					
<i>Estado Marital</i>					
Solteira sem parceiro ^a	110	67	58,5	1,00	-
Solteira com parceiro	155	112	71,7	1,79	0,99-3,25
Separada/divorciada/viúva	103	73	70,2	1,67	0,81-3,42
Casada/União consensual	677	585	84,6	3,89	2,16-7,01
<i>F=7,34; p=0,0002</i>					
<i>Nível sócio-econômico</i>					
Classe E ^a	54	36	65,2	1,00	-
Classe D	249	183	68,5	1,16	0,57-2,37
Classe C	412	329	76,8	1,76	0,85-3,67
Classe A/B	330	289	85,5	3,14	1,48-6,67
<i>F=5,65; p=0,0016</i>					
<i>Fonte de Rendimento</i>					
Não ^a	366	289	74,6	1,00	-
Sim	679	548	78,8	1,26	0,90-1,77
<i>F=1,90; p=0,1728</i>					

^acategoria de referência; ¹Incluem as mulheres analfabetas e aquelas que sabem ler e escrever, mas não freqüentaram a escola; [§]OR= Razão de chances (*Odds ratio*); ²dado ignorado para uma mulher ^{*}IC95%= Intervalo de confiança de 95%; [§]F= estatística F (teste Wald)

Quanto à escolaridade, não foi observada uma tendência linear entre as categorias para a variável dependente realização do teste alguma vez na vida, ao passo que para a realização do teste nos últimos três anos, o χ^2 de tendência linear foi significativo ($\chi^2=9,87$; $p<0,01$), com uma proporção maior de mulheres com nenhuma escolaridade ou até o primário completo relatando a realização do exame nos últimos três anos, diminuindo para as mulheres com até o ginásio completo e, a partir de então, um aumento gradativo na realização do teste, atingindo o pico entre as mulheres com nível superior (Tabelas 5 e 6).

Na análise univariada, as estimativas de ORs não foram estatisticamente significantes para as categorias de 5 a 8 anos de estudo e de 9 a 11 anos de estudo, apresentando nível de significância apenas para a categoria de 12 anos ou mais de estudo, cujas estimativas de *odds ratios* apresentaram valores semelhantes para ambas as variáveis dependentes (Tabelas 5 e 6). Ressalta-se que 70,5% das mulheres com nenhuma escolaridade ou até o primário completo são mulheres pertencentes à faixa etária de 35 a 49 anos, em que se observam as maiores taxas na realização do teste de Papanicolaou. Logo, o efeito da variável escolaridade na estimativa de *odds ratio* pode estar sendo confundido pela variável idade.

Entre as mulheres casadas ou em união consensual a realização do teste foi alta para ambas variáveis dependentes, 93,2% e 84,6%, respectivamente (Tabelas 5 e 6), comparadas à categoria de referência, ou seja, mulheres solteiras sem parceiro sexual regular. É interessante observar que as mulheres separadas, divorciadas ou viúvas apresentaram uma proporção relativamente alta na realização do teste alguma vez na vida, semelhante à proporção observada entre as mulheres casadas. No entanto, ao investigar a realização do teste nos últimos três anos, a proporção de mulheres separadas, divorciadas ou viúvas que realizaram o teste foi menor, 70,2%. Cabe salientar que estas mulheres estavam sem parceiro sexual regular à época da pesquisa. Entre as mulheres solteiras, pôde-se diferenciar aquelas com parceiro sexual regular, mas que não coabitavam, das mulheres sem parceiro sexual regular quanto à realização do teste de Papanicolaou. As mulheres solteiras sem parceiro sexual regular apresentaram uma proporção significativamente menor na realização do teste alguma vez na vida e nos últimos três anos, 64,2% e 58,5%, respectivamente. Já as mulheres solteiras com parceiro sexual regular, apesar de apresentarem uma proporção maior na realização do teste comparadas às mulheres solteiras sem parceiro, a estimativa de OR para esta categoria não foi estatisticamente significativa ($p>0,05$) para ambas variáveis dependentes (Tabelas 5 e 6). Cabe ressaltar que 57,1% das mulheres solteiras com parceiro sexual regular são mulheres mais jovens, entre 15 e 24 anos, que apresentaram as menores taxas na realização do teste de

Papanicolaou e que, portanto, seu efeito nas estimativas de *odds ratios* pode estar sendo confundido pela variável idade, entre outras variáveis de confusão.

Observou-se, ainda, que quanto melhor o estrato sócio-econômico, maior a proporção de mulheres que relataram ter realizado o teste de Papanicolaou alguma vez na vida (χ^2 de tendência=7,27; $p<0,01$) e nos últimos três anos (χ^2 de tendência=24,41; $p<0,0001$). Não foi observada associação estatisticamente significativa entre estrato sócio-econômico e a realização do teste alguma vez na vida na análise univariada. Porém, quando investigada a variável dependente realização do teste nos últimos três anos, observou-se associação estatisticamente significativa ($p<0,05$) entre estas duas variáveis (Tabela 6). As mulheres pertencentes às classes A ou B apresentaram uma maior proporção na realização do teste de Papanicolaou, 85,5%, comparadas às mulheres pertencentes à classe E (65,2%) ($p<0,01$).

As mulheres que possuíam uma fonte de rendimento próprio relataram uma proporção maior na realização do exame alguma vez na vida, comparadas àquelas que não possuíam ($p<0,01$), porém quando investigada a realização do teste nos últimos três anos, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre essas duas categorias (Tabela 6).

4.3.2. Características sexuais e reprodutivas

A relação entre a realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida e nos últimos três anos e algumas características sexuais e reprodutivas das mulheres entrevistadas é apresentada nas tabelas 7 e 8.

Observa-se que quanto menor a idade na primeira relação sexual, menor a proporção de mulheres que relataram já ter realizado o teste de Papanicolaou alguma vez na vida (χ^2 de tendência=14,22; $p<0,001$) e nos últimos três anos (χ^2 de tendência=11,03; $p<0,001$). Na análise univariada, a variável *idade de início da atividade sexual* se mostrou associada de maneira estatisticamente significativa com ambas as variáveis dependentes (Tabelas 7 e 8). As mulheres que iniciaram a vida sexual com 20 anos ou mais apresentaram uma proporção maior na realização do teste comparadas às mulheres que iniciaram aos 14 anos ou menos. A estimativa de OR para a categoria de 15 a 19 anos ao iniciar a vida sexual não foi estatisticamente significativa ($p>0,05$) para ambas variáveis dependentes (Tabelas 7 e 8).

O tempo decorrido desde o início da atividade sexual se mostrou um importante fator associado à realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida ($F=88,50$; $p<0,0001$) e nos últimos três anos ($F=69,19$; $p<0,0001$) e foi considerada uma importante variável de controle, já que está presente na maioria das recomendações técnicas para o início da coleta

do material cérvico-vaginal para o teste de Papanicolaou. As mulheres com três anos ou menos desde o início da atividade sexual relataram uma proporção significativamente menor na realização do teste alguma vez na vida e nos últimos três anos, 43,5% e 40,9%, respectivamente, comparadas àquelas com mais de três anos desde o início da atividade sexual (Tabelas 7 e 8). Como esperado, as mulheres com três anos ou menos desde o início da atividade sexual eram mais jovens, entre 15 e 24 anos (95,0%). A estimativa de OR para a variável tempo desde o início da vida sexual foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para ambas variáveis dependentes.

A história reprodutiva das mulheres também se mostrou associada de maneira estatisticamente significativa à realização do teste de Papanicolaou. As mulheres que já engravidaram alguma vez na vida relataram uma proporção significativamente maior ($p < 0,0001$) na realização do teste alguma vez na vida (93,0%) e nos últimos três anos (82,6%) comparadas àquelas que nunca engravidaram (Tabelas 7 e 8). Observou-se também que as mulheres que tiveram duas ou mais gestações relataram uma proporção maior na realização do teste na vida comparadas àquelas com apenas uma gestação. Já para a variável dependente realização do teste nos últimos três anos, não houve diferenças estatisticamente significantes entre as categorias *apenas uma gestação* e *duas ou mais gestações*. Não foi observada associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre a variável gravidez atual e realização do teste de Papanicolaou na vida e nos últimos três anos.

As estimativas de ORs para as categorias da variável *dummy número de gestações* mantiveram-se estatisticamente significantes ($p < 0,05$) quando investigada a realização do exame de Papanicolaou nos últimos três anos (Tabela 8). Cabe ressaltar que, como esperado, as mulheres com duas ou mais gestações eram mais velhas, pertencentes à faixa etária de 35 a 49 anos (66,6%) e que, portanto, seu efeito nas estimativas de *odds ratios* pode estar sendo confundido pela variável idade, entre outras variáveis de confusão.

Tabela 7- Distribuição das mulheres que relataram realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida segundo características sexuais e reprodutivas. Município de São Paulo, 2000.

Variáveis	Total	Realização do Teste de Papanicolaou		OR [§]	IC95%*
		Nº	%		
<i>Início da vida sexual</i>					
≤ 14 anos de idade ^a	88	71	76,6	1,00	-
15-19 anos de idade	610	534	84,8	1,69	0,75-3,83
≥ 20 anos de idade	348	325	91,4	3,26	1,29-8,17
<i>F^δ=4,02; p=0,0223</i>					
<i>Tempo de vida sexual</i>					
≤ 3anos ^a	108	49	43,5	1,00	-
> 3 anos	938	881	92,8	16,73	9,21-30,40
<i>F=88,50; p<0,0001</i>					
<i>Gravidez na vida</i>					
Não ^a	237	170	66,6	1,00	-
Sim	809	760	93,0	6,68	3,98-11,22
<i>F=53,63; p<0,0001</i>					
<i>Gravidez Atual</i>					
Não ^a	1006	895	86,1	1,00	-
Sim	40	35	87,4	1,12	0,44-2,84
<i>F=0,06; p=0,8109</i>					
<i>Número de gestações</i>					
Nenhuma ^a	238	170	65,8	1,00	-
Apenas uma	222	199	87,9	3,79	2,05-6,98
Duas ou mais	589	563	94,9	9,72	5,18-18,24
<i>F=26,01; p<0,0001</i>					
<i>Método contraceptivo</i>					
Não ^a	108	79	69,9	1,00	-
Sim	938	851	88,3	3,24	1,90-5,51
<i>F=19,33; p<0,0001</i>					
<i>Tipo de método</i>					
Nenhum ^a	368	307	79,3	1,00	-
Barreira/naturais	210	183	83,9	1,30	0,77-2,21
Hormonais/ Cirúrgico/DIU	468	440	92,4	3,06	1,84-5,07
<i>F=9,74; p=0,0002</i>					

^acategoria de referência; [§]OR= Razão de Chances (*Odds ratio*); *IC95%= Intervalo de confiança de 95%; ^δF= estatística F (teste Wald)

Tabela 8- Distribuição das mulheres que relataram realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos segundo características sexuais e reprodutivas. Município de São Paulo, 2000.

Variáveis	Total ¹	Realização do Teste de Papanicolaou		OR [§]	IC95%*
		Nº	%		
<i>Início da vida sexual</i>					
≤ 14 anos de idade ^a	88	61	65,9	1,00	-
15-19 anos de idade	610	482	76,1	1,65	0,93-2,92
≥ 20 anos de idade	347	294	82,9	2,50	1,36-4,58
<i>F=4,70; p=0,0122</i>					
<i>Tempo de vida sexual</i>					
≤ 3anos ^a	108	46	40,9	1,00	-
> 3 anos	937	791	83,0	7,05	4,41-11,26
<i>F=69,19; p<0,0001</i>					
<i>Gravidez na vida</i>					
Não ^a	237	158	62,5	1,00	-
Sim	808	679	82,6	2,84	1,89-4,25
<i>F=26,41; p<0,0001</i>					
<i>Gravidez Atual</i>					
Não ^a	1005	803	77,0	1,00	-
Sim	40	34	85,1	1,70	0,71-4,08
<i>F=1,49; p=0,2259</i>					
<i>Número de gestações</i>					
Nenhuma ^a	237	158	62,5	1,00	-
Apenas uma	221	181	80,3	2,45	1,41-4,24
Duas ou mais	587	498	83,4	3,01	1,97-4,58
<i>F=13,67; p<0,0001</i>					
<i>Método contraceptivo</i>					
Não ^a	108	69	60,8	1,00	-
Sim	937	768	79,5	2,50	1,58-3,94
<i>F=16,12; p=0,0001</i>					
<i>Tipo de método</i>					
Nenhum ^a	368	265	68,8	1,00	-
Barreira/naturais	209	170	77,9	1,60	0,98-2,60
Hormonais/ Cirúrgico/DIU	468	402	84,4	2,45	1,65-3,66
<i>F=10,13; p=0,0001</i>					

^acategoria de referência; [§]OR= Razão de Chances (*Odds ratio*); *IC95%= Intervalo de confiança de 95%; [°]F= estatística F (teste Wald); ¹dado ignorado para uma mulher

O uso atual ou anterior de algum método contraceptivo também se mostrou associado de maneira estatisticamente significativa à realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida ($F=19,33$; $p<0,0001$) e nos últimos três anos ($F=16,12$; $p<0,001$). As mulheres que usavam à época da entrevista ou anteriormente alguma método contraceptivo relataram uma proporção maior na realização do teste comparadas àquelas que não usavam nenhum método ou nunca usaram. Quanto à associação entre o tipo de método utilizado e a realização do teste de Papanicolaou, cabe salientar que para fins de análise de regressão logística univariada e múltipla, esta variável foi re-categorizada. As categorias métodos naturais e métodos de barreira foram agrupadas em uma única categoria. A categoria métodos hormonais foi agregada à categoria métodos cirúrgicos, pois à semelhança destes, pelo menos teoricamente, exigiria o contato com profissional médico ou instituição de saúde para obtenção/realização ou recomendação do método contraceptivo. As mulheres que usavam o DIU foram agrupadas à categoria métodos hormonais ou cirúrgicos, pois 100% destas mulheres já haviam realizado o teste de Papanicolaou pelo menos uma vez na vida ou nos últimos três anos, além do pequeno número de casos (10 mulheres). Cabe ainda salientar que o método de abstinência sexual referido por oito mulheres como principal método contraceptivo foi considerado como método natural.

Ao proceder a análise univariada, observou-se que as mulheres que faziam uso, atualmente, de métodos hormonais ou cirúrgicos relataram uma proporção maior na realização do teste na vida e nos últimos três anos, 92,4% e 84,4%, respectivamente, comparadas às mulheres que não faziam uso de nenhum método contraceptivo ou aquelas que faziam uso de métodos naturais ou de barreira (Tabelas 7 e 8). As estimativas de ORs para a variável tipo de método contraceptivo somente foram estatisticamente significantes ($p<0,05$) para a categoria métodos hormonais ou cirúrgicos/DIU para ambas variáveis dependentes.

4.3.3. Práticas em saúde e Status geral de saúde

A distribuição das mulheres que realizaram o teste de Papanicolaou alguma vez na vida e nos últimos três anos, segundo práticas relacionadas à saúde e estado geral da saúde é apresentada nas tabelas 9 e 10.

Tabela 9- Distribuição das mulheres que relataram realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida segundo práticas relacionadas à saúde e *status* geral da saúde. Município de São Paulo, 2000.

Variáveis	Realização do Teste de Papanicolaou				
	Total	Nº	%	OR [§]	IC95%*
<i>Teste anti-HIV</i>					
Não ^a	582	488	79,9	1,00	-
Sim	464	442	94,7	4,55	2,75-7,55
<i>F^o=35,94; p<0,0001</i>					
<i>Uso de camisinha</i>					
Não ^a	584	536	89,4	1,00	-
Sim	462	394	82,6	0,56	0,36-0,87
<i>F=6,80; p=0,0111</i>					
<i>Tabagismo</i>					
Nunca fumou ^a	552	479	83,2	1,00	-
Ex-fumante	196	181	90,7	1,98	0,99-3,94
Fumante	298	270	88,6	1,58	0,88-2,82
<i>F=2,52; p=0,0878</i>					
<i>Uso freqüente de álcool</i>					
Não ^a	932	826	85,6	1,00	-
Sim	114	104	89,9	1,50	0,66-3,42
<i>F=0,98; p=0,3265</i>					
<i>Auto-avaliação da saúde</i>					
Fraca/muito fraca ^a	51	42	77,1	1,00	-
Regular	268	246	90,1	2,69	0,93-7,81
Excelente/boa	727	642	85,3	1,71	0,68-4,29
<i>F=1,99; p=0,1444</i>					
<i>Presença de corrimento vaginal</i>					
Não ^a	773	686	85,8	1,00	-
Sim	273	244	87,1	1,12	0,65-1,91
<i>F=0,17; p=0,6831</i>					
<i>Presença de TMC^{1,2}</i>					
Não ^a	696	621	86,5	1,00	-
Sim	349	308	85,3	0,90	0,56-1,46
<i>F=0,18; p=0,6690</i>					

^acategoria de referência; ¹dado ignorado para uma mulher; ²Transtorno Mental Comum; [§]OR= Razão de Chances (Odds ratio); *IC95%= Intervalo de confiança de 95%; F= estatística F (teste Wald)

Tabela 10- Distribuição das mulheres que relataram realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos segundo práticas relacionadas à saúde e *status* geral da saúde. Município de São Paulo, 2000.

Variáveis	Realização do Teste de Papanicolaou				
	Total ¹	Nº	%	OR [§]	IC95%*
<i>Teste anti-HIV</i>					
Não ^a	581	428	70,3	1,00	-
Sim	464	409	87,0	2,84	2,07-3,89
<i>F^δ=44,08; <0,0001</i>					
<i>Uso de camisinha</i>					
Não ^a	584	477	78,9	1,00	-
Sim	461	360	75,6	0,83	0,61-1,13
<i>F=1,43; p=0,2353</i>					
<i>Tabagismo</i>					
Nunca fumou ^a	552	441	75,8	1,00	-
Ex-fumante	196	163	81,8	1,43	0,95-2,16
Fumante	297	233	77,1	1,07	0,69-1,65
<i>F=1,57; p=0,2157</i>					
<i>Uso freqüente de álcool</i>					
Não ^a	931	753	77,5	1,00	-
Sim	114	84	76,2	0,93	0,58-1,49
<i>F=0,08; p=0,7723</i>					
<i>Auto-avaliação da saúde</i>					
Fraca/muito fraca ^a	51	34	58,8	1,00	-
Regular	268	213	77,0	2,35	1,25-4,42
Excelente/boa	726	590	78,7	2,58	1,35-4,89
<i>F=4,42; p=0,0156</i>					
<i>Presença de corrimento vaginal</i>					
Não ^a	772	624	77,4	1,00	-
Sim	273	213	77,0	0,97	0,67-1,42
<i>F=0,02; p=0,8945</i>					
<i>Presença de TMC^{1,2}</i>					
Não ^a	695	567	78,7	1,00	-
Sim	349	269	74,5	0,79	0,52-1,19
<i>F=1,27; p=0,2634</i>					

^acategoria de referência; ¹dado ignorado para uma mulher; ²Transtorno Mental Comum; [§]OR= Razão de Chances (*Odds ratio*); *IC95%= Intervalo de confiança de 95%; ^δF= estatística F (teste Wald).

Às mulheres foi perguntado se alguma vez na vida realizaram o teste para detecção do vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida (HIV), 464 mulheres responderam que sim (42,1% e IC95%=38,6-45,5). Destas, 94,7% mencionaram já ter realizado o teste de Papanicolaou pelo menos uma vez na vida e 87,0% nos últimos três anos. Na análise univariada, a variável realização do teste para HIV se mostrou associada de modo estatisticamente significativa à realização do teste de Papanicolaou na vida e nos últimos três anos (Tabelas 9 e 10). Salienta-se que ao analisar a relação entre a realização do teste para HIV e história de gravidez, observou-se que 83,8% das mulheres que relataram já ter feito o teste para HIV já engravidaram alguma vez na vida, enquanto que para aquelas que nunca fizeram o teste esta proporção foi significativamente menor (66,6%) ($p < 0,0001$).

Na análise univariada, o uso de condom se mostrou associado negativamente à realização do teste de Papanicolaou. As mulheres que relataram usar camisinha com parceiro atual ou mais recente para se proteger de doença apresentaram uma proporção menor na realização do teste. A estimativa de *odds ratio* para a variável uso de camisinha somente apresentou nível de significância ($p < 0,05$) quando investigada a realização do teste de Papanicolaou na vida (Tabela 9).

Não foi observada associação estatisticamente significativa entre tabagismo e realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida ($F=2,52$; $p=0,088$) e nem nos últimos três anos ($F=1,57$; $p=0,216$) na análise univariada (Tabelas 9 e 10), apesar de que as mulheres que se auto-definiram como ex-fumantes ou fumantes atuais apresentaram uma proporção maior na realização do teste comparadas àquelas que se auto-definiram como não-fumantes. Também não foi observada associação estatisticamente significativa entre uso freqüente de álcool e realização do teste de Papanicolaou. O teste Wald para esta variável foi de 0,98 ($p=0,326$) quando investigada a realização do exame na vida e de 0,08 ($p=0,772$) quando investigada a realização do teste nos últimos três anos (Tabelas 9 e 10).

Quanto à variável auto-avaliação do *status* geral da saúde, não foi observada associação estatisticamente significativa com a realização do teste alguma vez na vida ($F=1,99$; $p=0,144$), apesar das mulheres que auto-avaliaram seu estado de saúde como regular apresentarem uma proporção maior na realização do teste de Papanicolaou comparadas àquelas que consideraram sua saúde fraca ou muito fraca (Tabela 9). Já quando investigada a realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos, a variável *dummy status geral da saúde* se mostrou associada de maneira estatisticamente significativa ($F=4,42$; $p=0,015$), sendo que as mulheres que auto-avaliaram sua saúde como boa/excelente ou regular apresentaram proporções maiores na realização do teste, comparadas àquelas que auto-avaliaram seu estado

de saúde como fraco ou muito fraco (Tabela 10). Cabe salientar que não houve diferenças estatisticamente significantes entre as categorias estado de saúde bom ou excelente e estado de saúde regular quanto à realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos. As estimativas de *odds ratios* foram semelhantes e estatisticamente significantes ($p < 0,05$) para as duas categorias da variável *dummy status* geral de saúde (Tabela 10).

Quanto às variáveis presença de transtorno mental comum e presença de corrimento vaginal nas últimas quatro semanas anteriores à entrevista, não foi observada associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) com a realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida e nem nos últimos três anos na análise univariada (Tabelas 9 e 10).

4.3.4. Características relacionadas ao acesso aos serviços de saúde

A distribuição das mulheres que realizaram o teste de Papanicolaou alguma vez na vida e nos últimos três anos segundo características relacionadas ao uso de serviços de saúde é apresentada nas tabelas 11 e 12.

Observou-se uma associação estatisticamente significativa entre consulta com profissional de saúde nas últimas quatro semanas anteriores à entrevista e a realização do teste de Papanicolaou na vida ($F=4,25$; $p=0,043$) e nos últimos três anos ($F=14,23$; $p < 0,001$). As mulheres que se consultaram com algum profissional de saúde nas últimas quatro semanas relataram uma proporção significativamente maior na realização do teste quando comparadas àquelas que não se consultaram (Tabelas 11 e 12).

Perguntou-se também às entrevistadas se nas últimas quatro semanas anteriores à entrevista houve alguma vez que precisaram ou procuraram um serviço de saúde, mas tiveram algum tipo de dificuldade para ir ou para ser atendida. Duzentos e trinta e três mulheres (22,0%) relataram algum tipo de dificuldade ao procurarem atendimento em serviço de saúde, sendo que 186 mulheres relataram apenas um tipo de dificuldade (79,8%) e 48 mulheres relataram dois ou mais tipos (20,6%). O tipo de dificuldade de acesso mais referida foi a organizacional ou funcional (57,8%), muitas vezes, mencionada como greve no serviço, pois à época da pesquisa havia tido paralisações nos serviços de saúde públicos do município de São Paulo. O segundo tipo de dificuldades mais mencionado foi aquele relacionado ao custo financeiro do acesso aos serviços de saúde e a não ter disponibilidade de tempo para procurar atendimento devido à carga horária do trabalho ou não ter com quem deixar os filhos (34,3%). As dificuldades de acesso geográfico foram mencionadas em 6,1% das vezes e outras dificuldades em 1,7%.

Não foi observada na análise univariada associação estatisticamente significativa entre ter tido dificuldades de acesso ou utilização do serviço de saúde nas últimas quatro semanas e realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida ($F=0,18$; $p=0,672$) e nem nos últimos três anos ($F=2,09$; $p=0,152$).

Tabela 11- Distribuição das mulheres que relataram realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida segundo características relacionadas ao serviço de saúde. Município de São Paulo, 2000.

Variáveis	Total	Realização do Teste de Papanicolaou			
		Nº	%	OR [§]	IC95%*
<i>Consulta médica no último mês</i>					
Não ^a	706	616	84,2	1,00	-
Sim	340	314	90,2	1,72	1,02-2,89
$F^{\delta}=4,25$; $p=0,0430$					
<i>Dificuldade de acesso</i>					
Não ^a	813	725	86,5	1,00	-
Sim	233	205	84,9	0,87	0,47-1,63
$F=0,18$; $p=0,6724$					
<i>Mau atendimento em serviços</i>					
Não ^a	696	616	86,1	1,00	-
Sim	350	314	86,1	0,99	0,62-1,60
$F=0,00$; $p=0,9969$					

^a categoria de referência; [§]OR= Razão de Chances (*Odds ratio*); *IC95%= Intervalo de confiança de 95%; F^{δ} = estatística F (teste Wald)

Tabela 12- Distribuição das mulheres que relataram realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos segundo características relacionadas ao serviço de saúde. Município de São Paulo, 2000.

Variáveis	Realização do Teste de Papanicolaou				
	Total ¹	Nº	%	OR [§]	IC95%*
<i>Consulta médica no último mês</i>					
Não ^a	705	536	73,3	1,00	-
Sim	340	301	85,7	2,18	1,44-3,29
<i>F[§]=14,23; p=0,0003</i>					
<i>Dificuldade de acesso ao serviço</i>					
Não ^a	812	657	78,6	1,00	-
Sim	233	180	73,0	0,74	0,48-1,12
<i>F=2,09; p=0,1525</i>					
<i>Mau atendimento em serviços</i>					
Não ^a	695	551	76,8	1,00	-
Sim	350	286	78,4	1,09	0,69-1,72
<i>F=0,17; p=0,6853</i>					

^a categoria de referência; [§]OR= Razão de Chances (*Odds ratio*); *IC95%= Intervalo de confiança de 95%; [§]F= estatística F (teste Wald); ¹dado ignorado para uma mulher

Às mulheres também foi perguntado se alguma vez na vida foram humilhadas ou queixaram-se de maus-tratos pelo serviço de saúde. Trezentos e cinquenta mulheres (32,0%) responderam que sim, sendo que o serviço de urgência/emergência foi o local mais mencionado onde ocorreram os maus-tratos (39,3%), seguido pela clínica médica (27,8%); atendimento ginecológico (12,4%); atendimento durante o parto (4,5%); atendimento de pré-natal (3,2%); atendimento de recepção no serviço de saúde (6,9%) e atendimentos na pediatria, internação, vacinação, etc. (5,5%). Também não foi observada associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) na análise univariada entre história de maus-tratos ou humilhação durante atendimento em serviço de saúde e realização do teste de Papanicolaou na vida ou nos últimos três anos (Tabelas 11 e 12). Cabe salientar ainda que não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre história de maus-tratos em atendimento ginecológico e em outros tipos de atendimento quanto à realização do teste de Papanicolaou na vida ou nos últimos três anos.

4.3.5. Episódio de violência conjugal física ou sexual contra a mulher

A distribuição das mulheres que realizaram o teste de Papanicolaou alguma vez na vida e nos últimos três anos, segundo história de episódio de violência física ou sexual perpetrada por companheiro atual ou anterior alguma vez na vida e no último ano anterior à entrevista é apresentada nas tabelas 13 e 14. Observa-se que na análise univariada episódio de violência física perpetrada pelo companheiro atual ou anterior alguma vez na vida se mostrou associada de maneira estatisticamente significativa à realização do teste na vida ($F=11,27$; $p=0,001$), porém não permaneceu associada quando investigada a realização do teste nos últimos três anos. As mulheres que relataram história de violência física conjugal tiveram uma proporção maior na realização do teste (92,7%) comparadas àquelas que nunca sofreram violência física conjugal (84,2%) ($p=0,001$) (Tabela 13).

Tabela 13- Distribuição das mulheres que relataram realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida segundo experiência de violência física e sexual pelo menos uma vez na vida e nos últimos doze meses. Município de São Paulo, 2000.

Variáveis	Realização do Teste de Papanicolaou				
	Total	Nº	%	OR [§]	IC95%*
<i>Violência física na vida</i>					
Não ^a	791	692	84,2	1,00	-
Sim	255	238	92,7	2,38	1,42-3,98
$F^{\delta}=11,27$; $p=0,0013$					
<i>Violência física no último ano</i>					
Não ^a	983	877	86,4	1,00	-
Sim	63	53	81,1	0,67	0,35-1,30
$F^{\delta}= 1,44$; $p=0,2347$					
<i>Violência sexual na vida</i>					
Não ^a	951	842	85,6	1,00	-
Sim	95	88	91,9	1,91	0,71-5,15
$F=1,71$; $p=0,1952$					
<i>Violência sexual no último ano</i>					
Não ^a	1022	910	86,3	1,00	-
Sim	24	20	74,5	0,46	0,15-1,45
$F=1,81$; $p=0,1830$					

^a categoria de referência; [§]OR= Razão de Chances (*Odds ratio*); *IC95%= Intervalo de confiança de 95%; F^{δ} = estatística F (teste Wald)

Tabela 14- Distribuição das mulheres que relataram realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos segundo experiência de violência física e sexual pelo menos uma vez na vida e nos últimos doze meses. Município de São Paulo, 2000.

Variáveis	Total ¹	Realização do Teste de Papanicolaou			
		N ^o	%	OR [§]	IC95%*
<i>Violência física na vida</i>					
Não ^a	791	635	76,5	1,00	-
Sim	254	202	80,2	1,24	0,86-1,79
$F^{\delta} = 1,44; p = 0,2348$					
<i>Violência física no último ano</i>					
Não ^a	982	790	77,5	1,00	-
Sim	63	47	74,4	0,84	0,46-1,54
$F^{\delta} = 0,31; p = 0,5814$					
<i>Violência sexual na vida</i>					
Não ^a	950	764	77,4	1,00	-
Sim	95	73	76,5	0,95	0,50-1,78
$F = 0,03; p = 0,8733$					
<i>Violência sexual no último ano</i>					
Não ^a	1021	823	77,8	1,00	-
Sim	24	14	51,5	0,30	0,15-0,62
$F = 11,17; p = 0,0013$					

^a categoria de referência; [§]OR= Razão de Chances (*Odds ratio*); *IC95%= Intervalo de confiança de 95%; F^{δ} = estatística F (teste Wald); ¹dado ignorado para uma mulher

Não foi observada associação estatisticamente significativa entre história de violência sexual conjugal alguma vez na vida e realização do teste de Papanicolaou na vida ($F=1,71$; $p=0,195$) e nem nos últimos três anos ($F=0,03$; $p=0,873$) (Tabelas 13 e14).

Quando investigada a relação entre história de episódio de violência física, bem como de violência sexual no último ano anterior à entrevista e realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida, observa-se que também não houve associação estatisticamente significativa entre essas duas variáveis na análise univariada (Tabela 13). No entanto, é interessante observar que quando investigada a realização do teste de Papanicolaou nos

últimos três anos, história de violência sexual perpetrada pelo companheiro atual ou anterior no último ano se mostrou associada negativamente à realização do teste ($F=11,17$; $p=0,001$) (Tabela 14). A estimativa de *odds ratio* bruta para história de violência sexual no último ano foi de 0,30 ($p=0,001$) (Tabela 14). As mulheres que relataram história de violência sexual no último ano apresentaram uma proporção menor na realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos (51,5%) comparadas àquelas que não sofreram violência sexual no último ano (77,8%) ($p<0,001$). Cabe ressaltar que, embora não sendo o objetivo do presente estudo, quando investigada a variável dependente realização do teste de Papanicolaou no último ano, a variável episódio de violência sexual no último ano permaneceu estatisticamente significativa ($F=10,4$; $p=0,002$) (dados não mostrados).

Não foi observada associação estatisticamente significativa entre história de violência física perpetrada pelo companheiro atual ou anterior no último ano e realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos ($F=0,31$; $p=0,581$) (Tabela 14) e nem para a realização do teste no último ano ($F=0,32$; $p=0,574$) (dados não mostrados).

4.4. Modelo de regressão logística múltiplo

Após a construção dos dois modelos de regressão logística múltipla específico para cada variável dependente, observou-se que eles foram semelhantes quanto às variáveis que permaneceram no modelo após o ajuste, exceto para a variável consulta médica no último mês que permaneceu associada à realização do teste nos últimos três anos, mas não quando investigada a realização do exame alguma vez na vida (Anexo A4). Assim, optou-se por apresentar e descrever os resultados de um único modelo de regressão logística, escolhendo como variável dependente a realização do teste nos últimos três anos, seguindo a recomendação técnica nacional sobre o intervalo para a realização do teste de Papanicolaou, e utilizada pela maioria dos estudos nacionais e internacionais sobre o tema.

As duas primeiras variáveis a entrar no modelo foram *tempo desde o início da atividade sexual* e a variável *dummy idade* que apresentaram na análise univariada os valores de 69,19 ($p<0,0001$; 1 grau de liberdade - gl.) e de 27,22 ($p<0,0001$; 2 gl.), respectivamente, no teste Wald de significância estatística dos coeficientes β de regressão. Estas variáveis foram consideradas importantes variáveis de controle por estarem associadas diretamente à realização do teste de Papanicolaou.

Observa-se uma alteração significativa na estimativa de OR da variável tempo de vida sexual em relação à análise univariada, após o ajuste pela variável idade, passando de 7,05

para 4,77 ($p < 0,0001$ e $IC95\% = 2,46-9,26$) (Tabela 15). Quanto à variável *dummy* idade, a estimativa de OR para a categoria de 35 a 49 anos passa de 3,86 para 1,69 ($p = 0,054$ e $IC95\% = 0,99-2,88$) e a estimativa de OR para a categoria de 25 a 34 anos perde significância estatística, após ajuste pela variável tempo de vida sexual. O teste Wald para as variáveis tempo de vida sexual e idade ajustadas no modelo foi de 29,43 ($p < 0,0001$; 3 gl.).

A terceira variável a ser testada no modelo foi a variável *dummy* número de gestações preferivelmente à história de gravidez na vida, pois devido à alta colinearidade ($r = 0,88$) entre essas duas variáveis, não puderam permanecer conjuntamente no modelo. Embora observado alterações significativas nas estimativas de ORs da variável número de gestações, esta perde o nível de significância ao ser ajustada no modelo com as demais variáveis. O teste Wald para a variável número de gestações foi de 0,69 ($p = 0,507$; 2 gl.). Além disso, não foram observadas alterações importantes nas demais estimativas de ORs das variáveis presentes no modelo. Logo, optou-se por excluir a variável número de gestações do modelo.

A próxima variável a ser testada foi estado marital, cujas estimativas de ORs sofreram alterações significativas ao serem ajustadas pelas variáveis idade e tempo de vida sexual (Tabela 15). A estimativa de OR para a categoria separada/divorciada ou viúva perde a significância estatística ao ser ajustada no modelo; para a categoria solteira com parceiro sexual passa de 1,79 para 1,99 ($p = 0,04$ e $IC95\% = 1,03-3,86$) e para a categoria casada ou em união consensual, a estimativa de OR passa de 3,89 para 1,94 ($p = 0,04$ e $IC95\% = 1,03-3,68$). É interessante observar que o efeito da categoria solteira com parceiro sexual regular assemelha-se ao efeito da categoria casada ou em união consensual quando ajustada pelas demais variáveis presentes no modelo, sugerindo a importância da presença de atividade sexual regular como preditor para a realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos. Quanto às demais variáveis, não foram observadas alterações significantes em suas estimativas de ORs. O teste Wald para a variável estado marital foi de 3,39 ($p = 0,011$; 3 gl.) e para o modelo com todas as variáveis ajustadas foi de 14,58 ($p < 0,0001$; 6 gl.).

Ao adicionar a variável realização do teste para HIV ao modelo, observa-se uma alteração significativa em sua estimativa de OR em relação à análise univariada, passando de 2,84 para 2,40 ($p < 0,0001$ e $IC95\% = 1,61-3,57$). Observa-se também que o efeito da variável tempo desde o início da atividade sexual é atenuado na presença da variável realização do teste para HIV. Ressalta-se que 81% das mulheres que iniciaram a vida sexual há três anos ou menos nunca fizeram o teste para HIV contra apenas 18,8% que iniciaram a vida sexual há três anos ou menos e já fizeram o teste para HIV alguma vez na vida ($p < 0,0001$). A categoria de 35 a 49 anos da variável *dummy* idade também sofre uma alteração, acima de 10%, em sua

estimativa de OR quando a variável teste para HIV é adicionada ao modelo. Não foram observadas alterações significativas nas demais estimativas de ORs das variáveis presentes no modelo. O teste Wald para a variável realização do teste para HIV foi de 19,31 ($p < 0,0001$; 1 gl.) e para o modelo com todas as variáveis ajustadas foi de 16,06 ($p < 0,0001$; 7 gl.).

A próxima variável a ser testada foi tipo de método contraceptivo utilizado atualmente pelas mulheres, cuja estimativa de OR passa de 1,60 para 1,41 ($p = 0,204$ e $IC95\% = 0,82-2,40$) para a categoria métodos naturais ou de barreira, permanecendo sem nível de significância e de 2,45 para 1,67 ($p = 0,02$ e $IC95\% = 1,09-2,55$) para a categoria métodos hormonais ou cirúrgicos/DIU, permanecendo estatisticamente significativa (Tabela 15). Não foram observadas alterações significativas nas demais estimativas de ORs das variáveis presentes no modelo, exceto para a variável *dummy* estado marital, cujo efeito na realização do teste de Papanicolaou é atenuado quando ajustada pela variável tipo de método contraceptivo. As estimativas de ORs das categorias casada ou em união consensual e solteira com parceiro sexual regular perdem significância estatística após o ajuste pela variável tipo de método contraceptivo. O teste Wald para a variável tipo de método contraceptivo obteve um valor no limite do nível de significância estatística ($F = 3,11$ e $p = 0,05$; 2 gl.), sendo que a categoria métodos hormonais ou cirúrgicos permaneceu estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Optou-se, assim, manter esta variável no modelo por ser considerada um importante preditor para a realização do teste de Papanicolaou segundo a literatura epidemiológica sobre o tema. O teste Wald para o modelo ajustado pelas variáveis idade, tempo de vida sexual, estado marital, realização do teste HIV e tipo de método contraceptivo foi de 13,83 ($p < 0,0001$; 9 gl.).

Ao adicionar ao modelo a variável uso atual ou anterior de método contraceptivo, não foram observadas alterações significativas nas estimativas de ORs das demais variáveis, além de que esta variável perde significância estatística quando ajustada num modelo com a presença da variável tipo de método contraceptivo, devido à colinearidade entre essas duas variáveis ($r = 0,42$). Logo, optou-se por excluí-la do modelo, cuja variável dependente é a realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos e manter apenas a variável tipo de método contraceptivo utilizado atualmente. Cabe ressaltar que no modelo final de regressão logística para a variável dependente realização do teste alguma vez na vida, optou-se por manter a variável uso atual ou anterior de método contraceptivo ao invés da variável *dummy* tipo de método contraceptivo utilizado atualmente, pois esta não permaneceu estatisticamente significativa (Anexo A4).

Em seguida, testou-se a variável *dummy* anos de escolaridade, sendo observada uma alteração significativa em suas estimativas de ORs comparadas à análise univariada,

principalmente para a categoria de 9 a 11 anos de estudo, cuja estimativa de OR passa de 1,09 para 2,11 ($p < 0,01$ e $IC95\% = 1,25-3,57$), tornando-se estatisticamente significativa e para a categoria 12 anos ou mais de estudo, cuja estimativa de OR passa de 2,66 na análise univariada para 3,82 ($p < 0,0001$ e $IC95\% = 1,91-7,66$) quando ajustada no modelo, permanecendo estatisticamente significativa (Tabela 15). A categoria de 5 a 8 anos de estudo, apesar de sofrer alteração em sua estimativa de OR, permaneceu sem nível de significância.

As estimativas de ORs para as categorias da variável *dummy* estado marital também foram ajustadas quando a variável anos de escolaridade entrou no modelo, principalmente a categoria casada ou em união consensual, cuja estimativa de OR retorna ao nível de significância estatística. Quanto às demais variáveis, não foram observadas alterações significativas em suas estimativas de ORs (Tabela 15). O teste Wald para a variável *dummy* anos de escolaridade foi de 7,33 ($p < 0,001$; 3 gl.) e para o modelo com todas as variáveis ajustadas foi de 14,05 ($p < 0,0001$; 12 gl.).

Quando a variável *dummy* estrato sócio-econômico foi adicionada ao modelo, observa-se que não há alterações significativas nas estimativas de ORs das demais variáveis, exceto para a variável *dummy* anos de escolaridade, cujas estimativas de ORs para as categorias de 9 a 11 anos de estudo e 12 anos ou mais de estudo perdem significância estatística com a entrada da variável nível sócio-econômico. Além disso, a variável *dummy* estrato sócio-econômico perde significância estatística quando ajustada no modelo. O teste Wald para esta variável foi de 1,11 ($p = 0,352$, 3 gl.). Isto se deve à presença da variável anos de escolaridade no modelo, já que nível sócio-econômico está fortemente associado à escolaridade e apresentam alta colinearidade ($r = 0,62$). Além de que, a própria classificação do nível sócio-econômico adotada no estudo, já contém, em sua definição, a variável anos de escolaridade, pois é composta por uma somatória de pontos adquiridos pela combinação do nível de instrução da entrevistada e posse de bens de consumo. Logo, optou-se manter apenas a variável anos de escolaridade no modelo ao invés da variável estrato sócio-econômico, evitando assim o efeito de colinearidade entre as duas variáveis. Cabe ressaltar ainda, que 77,1% das mulheres com 12 anos ou mais de estudo pertenciam às classe A ou B e 64,4% das mulheres com até o primário completo pertenciam às classes D ou E.

Sendo assim, prosseguiu-se a modelagem, até aqui com seis variáveis ajustadas no modelo, adicionando a variável consulta com profissional de saúde no último mês anterior à entrevista, cuja estimativa de OR passa de 2,18 na análise univariada para 1,76 ($p < 0,01$ e $IC95\% = 1,16-2,66$), quando ajustada no modelo com as demais variáveis (Tabela 15). Não foram observadas alterações acima de 10% nas demais estimativas de ORs das variáveis

presentes no modelo. O teste Wald para a variável consulta médica foi de 7,45 ($p < 0,01$; 1 gl.) e para o modelo com todas as variáveis ajustadas, ou seja, idade, tempo de vida sexual, estado marital, teste para HIV, tipo de método contraceptivo, anos de escolaridade e consulta médica foi da ordem de 14,23 ($p < 0,0001$; 13 gl.).

A seguir, adicionou-se a variável episódio de violência sexual no último ano anterior à entrevista, que na análise univariada se mostrou associada negativamente à realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos. Ao ser testada no modelo de regressão logística múltiplo, permaneceu estatisticamente significativa, obtendo uma estimativa de OR no valor de 0,31 ($p = 0,016$ e $IC95\% = 0,12-0,80$) (Tabela 15). O teste Wald para esta variável foi de 6,04 ($p = 0,016$; 1 gl.) e para o modelo com todas as variáveis ajustadas foi de 12,93 ($p < 0,0001$; 14 gl.). Não foram observadas alterações significativas nas demais estimativas de ORs das variáveis presentes no modelo.

A próxima variável a ser testada foi *status* geral da saúde, cujas categorias estado de saúde bom ou excelente e estado de saúde regular foram agrupadas, estabelecendo um novo ponto de corte antes de sua entrada ao modelo, em função de não terem sido observadas diferenças estatisticamente significantes ($p = 0,649$) entre essas duas categorias quanto à realização do teste de Papanicolaou na análise univariada. Observa-se, após a sua entrada, que não há grandes alterações em sua estimativa de OR em relação à análise univariada, permanecendo estatisticamente significativa (Tabela 15). A estimativa de OR para a categoria estado de saúde bom/excelente ou regular passa de 2,51 para 2,96 ($p = 0,001$ e $IC95\% = 1,57-5,56$) comparada à categoria de referência, ou seja, estado de saúde fraco ou muito fraco. O teste Wald para a variável *status* geral de saúde foi de 11,79 ($p = 0,001$; 1 gl.) e para o modelo com todas as variáveis ajustadas foi de 11,90 ($p < 0,0001$; 15 gl.). Quanto às demais variáveis presentes no modelo, não foram observadas alterações significantes em suas estimativas de ORs.

Ao adicionar a variável idade de início da atividade sexual no modelo, sua estimativa de OR não permaneceu estatisticamente significativa. O teste Wald para esta variável foi de 0,05 ($p = 0,954$; 2 gl.), além de que não foram observadas alterações significantes nas demais estimativas de ORs das variáveis presentes. Logo, optou-se excluir esta variável do modelo.

Quando as variáveis dificuldades de acesso ao serviço de saúde e fonte de rendimento próprio foram adicionadas ao modelo, não foram também observadas alterações significantes nas estimativas de ORs das demais variáveis, além de que não apresentaram nível de significância estatística quando ajustadas no modelo. Logo, estas duas variáveis foram excluídas.

A última variável a ser testada foi uso de condom com parceiro atual ou anterior para se proteger de doença, que apesar de apresentar na análise univariada um valor de p no teste Wald acima de 0,20, optou-se por testá-la, visto sua permanência no modelo de regressão logística para a variável dependente realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida (Anexo A4). Observou-se na análise univariada que a variável uso de camisinha se mostrou associada negativamente à realização do teste de Papanicolaou, apresentando uma estimativa de OR bruta no valor de 0,83 ($p=0,235$ e $IC95\%=0,61-1,13$). Ao entrar no modelo, sua estimativa de OR sofre uma alteração significativa em relação à análise univariada, tornando-se associada positivamente à realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos ($OR=1,56$; $p=0,039$ e $IC95\%=1,02-2,37$) (Tabela 15). Esta alteração em sua estimativa de OR quando ajustada no modelo sugere que o efeito da variável uso de camisinha estava sendo confundido, principalmente pelas variáveis idade e estado marital na análise univariada, já que 70,3% das mulheres mais jovens, entre 15 e 24 anos, e 68,5% das mulheres solteiras com ou sem parceiro sexual regular relataram usar camisinha com parceiro atual ou mais recente para se proteger de doença, grupos em que foram observadas as menores taxas na realização do teste de Papanicolaou. O teste Wald para a variável uso de camisinha foi de 4,44 ($p=0,038$; 1 gl.) e para o modelo final com todas as variáveis ajustadas foi de 11,54 ($p<0,0001$; 16 gl.).

Baseados numa análise estratificada inicial dos dados, dois termos de interação foram testados no modelo de regressão logística múltipla para a variável dependente realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida: estado marital e realização do teste para detecção de HIV, bem como número de gestações e realização do teste para detecção de HIV. Para a variável dependente realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos, foram testados o segundo termo acima mencionado e a interação entre estado marital e número de gestações. Nenhum dos termos de interação permaneceram estatisticamente significantes após o ajuste pelas demais variáveis presentes nos respectivos modelos de regressão logística.

O modelo final de regressão logística para a variável dependente realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos, ajustado por todas as variáveis presentes é apresentado na Tabela 15.

Tabela 15- Razões de Chances (ORs) ajustadas no modelo de regressão logística para realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos.

Variáveis Explanatórias	Análise Univariada	2	3	4	5	6	7	8	9	Modelo final
Idade										
25-34 anos	3,46	1,59 ^d	1,69 ^d	1,76 ^d	1,74 ^d	1,64 ^d	1,61 ^d	1,58 ^d	1,61 ^d	1,70 ^d
35-49 anos	3,86	1,69 ^d	1,88 ^c	2,33 ^b	2,31 ^b	2,20 ^c	2,12 ^c	2,16 ^c	2,14 ^c	2,37 ^b
Tempo de relação sexual mais de 3 anos										
	7,05	4,77 ^a	4,54 ^a	3,59 ^b	3,56 ^b	3,59 ^a	3,54 ^b	3,58 ^b	3,54 ^b	3,69 ^a
Estado Marital										
Solteira com parceiro	1,79		1,99 ^c	1,97 ^c	1,52 ^d	1,83 ^d	1,83 ^d	1,85 ^d	1,83 ^d	1,91 ^d
Separada/divorciada/viúva	1,67		0,69 ^d	0,62 ^d	0,57 ^d	0,83 ^d	0,90 ^d	0,92 ^d	0,97 ^d	1,08 ^d
Casada/União consensual	3,89		1,94 ^c	1,73 ^c	1,33 ^d	2,13 ^c	2,13 ^c	2,21 ^c	2,27 ^c	2,72 ^c
Teste para HIV										
	2,84			2,40 ^a	2,42 ^a	2,15 ^a	2,06 ^b	2,08 ^b	2,06 ^b	1,98 ^b
Tipo de Método contraceptivo										
Naturais/barreira	1,60				1,41 ^d	1,29 ^d	1,34 ^d	1,28 ^d	1,29 ^d	1,32 ^d
Hormonais/cirúrgicos	2,45				1,67 ^c	1,58 ^c	1,63 ^c	1,55 ^d	1,60 ^c	1,61 ^c
Escolaridade										
5-8 anos	0,75					1,06 ^d	1,06 ^d	1,03 ^d	1,05 ^d	1,06 ^d
9-11 anos	1,09					2,11 ^b	2,13 ^b	1,99 ^c	1,98 ^c	2,01 ^c
12 anos ou mais	2,66					3,82 ^a	3,75 ^a	3,43 ^b	3,37 ^b	3,42 ^b
Consulta médica no último mês										
	2,18						1,76 ^b	1,88 ^b	1,89 ^b	1,81 ^c
Status geral da saúde										
Bom/excelente/regular	2,51							2,84 ^b	2,96 ^b	2,88 ^b
Violência sexual no último ano										
	0,30								0,29 ^c	0,27 ^b
Uso de camisinha										
	0,83									1,56 ^c
Teste Wald (estatística F)^a										
	-	29,43	14,58	16,06	13,83	14,05	14,23	12,93	11,90	11,54
n										
	1045	1045	1045	1045	1045	1045	1045	1045	1045	1045

^ap<0,0001; ^bp<0,001; ^cp<0,01; ^dp>0,05

A tabela 16 resume as estimativas de OR brutas e ajustadas pelo modelo de regressão logística dos fatores que se mostraram associados, independentemente, à realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos, segundo os blocos de variáveis explanatórias investigadas.

Observa-se na Tabela 16 que os fatores que se mostraram associados positivamente à realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos após ajuste pelo modelo de regressão logística foram: ter entre 35 e 49 anos de idade ($OR_{ajust.}=2,37$); ser casada ou estar em união consensual ($OR_{ajust.}=2,72$); ter até o colegial completo ($OR_{ajust.}=2,01$) ou 12 anos ou mais de estudo ($OR_{ajust.}=3,42$); ter mais de três anos desde o início da atividade sexual ($OR_{ajust.}=3,69$); usar algum método contraceptivo hormonal ou cirúrgico atualmente, bem como o dispositivo intra-uterino (DIU) ($OR_{ajust.}=1,61$); ter realizado o teste para detecção do vírus HIV pelo menos uma vez na vida ($OR_{ajust.}=1,98$); usar camisinha com parceiro atual ou mais recente para se proteger de doença ($OR_{ajust.}=1,56$); relatar um estado de saúde bom, excelente ou regular ($OR_{ajust.}=2,88$) e ter se consultado com profissional de saúde no último mês ($OR_{ajust.}=1,81$). Episódio de violência sexual no último ano anterior à entrevista se mostrou associado negativamente à realização do teste de Papanicolaou ($OR_{ajust.}=0,27$), após ajuste pelas demais variáveis presentes no modelo.

Tabela 16- Razões de chances brutas e ajustadas e respectivos intervalos de confiança (95%) dos principais fatores associados à realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos. Município de São Paulo, 2000.

Variáveis Explanatórias	Realização do teste de Papanicolaou (%)	OR _{bruta}	OR _{ajustada}	IC95%*
Idade				
15-24 anos ^a	58,6	1,00	1,00	-
25-34 anos	83,1	3,46	1,69	0,95-3,02
35-49 anos	84,5	3,86	2,37	1,24-4,52
Estado Marital				
Solteira sem parceiro ^a	58,5	1,00	1,00	-
Solteira com parceiro	71,7	1,79	1,91	0,93-3,93
Separada/divorciada/viúva	70,2	1,67	1,08	0,45-2,55
Casada/União consensual	84,6	3,89	2,72	1,26-5,88
Escolaridade (anos de estudo)				
0-4 anos ^a	75,3	1,00	1,00	-
5-8 anos	69,7	0,75	1,06	0,63-1,78
9-11 anos	76,8	1,09	2,01	1,18-3,44
12 anos ou mais	89,0	2,66	3,42	1,67-7,00
Tempo de vida sexual				
3 anos ou menos ^a	40,9	1,00	1,00	-
Mais de 3 anos	83,0	7,05	3,69	1,84-7,40
Tipo de método contraceptivo				
nenhum ^a	68,8	1,00	1,00	-
Naturais/barreira	77,9	1,60	1,32	0,74-2,35
Hormonais/cirúrgicos/DIU	84,4	2,45	1,61	1,03-2,53
Teste anti-HIV				
Não ^a	70,3	1,00	1,00	-
Sim	87,0	2,84	1,98	1,29-3,05
Uso de camisinha contra DSTs				
Não ^a	78,9	1,00	1,00	-
Sim	75,6	0,83	1,56	1,02-2,37
Status geral de saúde				
Fraca ou muito fraca ^a	58,8	1,00	1,00	-
Bom/excelente/regular	78,2	2,51	2,88	1,48-5,58
Consulta médica no último mês				
Não ^a	73,3	1,00	1,00	-
Sim	85,7	2,18	1,81	1,16-2,85
Violência sexual no último ano				
Não ^a	77,8	1,00	1,00	-
Sim	51,5	0,30	0,27	0,10-0,71

^acategoria de referência; OR_{bruta}= Razão de odds bruta; OR_{ajustada}= Razão de odds ajustada por demais variáveis presentes no modelo final de regressão logística; IC95%= Intervalo de confiança de 95%.

Os resultados do modelo final de regressão logística foram transformados em probabilidades preditas de realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos através da seguinte equação (Kleinbaum et al., 1988):

$$\text{Pr ob}(y = 1) = \frac{1}{1 + \exp^{-L}}$$

Onde,

y= variável dependente - realização do teste de Papanicolaou:

y=0 não realizou o teste

y=1 realizou o teste nos últimos três anos

L= função logística derivada do modelo final de regressão (Kleinbaum e col., 1988):

$$L = \beta_0 + \sum_{j=1}^K \beta_j X_{ij}$$

Onde,

β_0 = Termo constante

β_1 = coeficientes de regressão estimados que maximizam a probabilidade de y=1

$X_{ij} = X_{i1}, X_{i2}, \dots, X_{ik}$ = valores das K variáveis explanatórias específicas para o i-ésimo indivíduo da amostra

i = 1, 2, ..., 1045 indivíduos

j = 0, 1, ..., K coeficientes de regressão estimados

Assim, substituindo os termos da equação acima pelos parâmetros estimados no modelo final de regressão logística para a variável dependente realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos, têm-se que:

$$L = -3,2864 + 0,8645 X_{i1} + 1,3058 X_{i2} + 1,0000 X_{i3} + 0,6858 X_{i4} + 0,4804 X_{i5} + 0,4445 X_{i6} + 0,7012 X_{i7} + 1,2298 X_{i8} + 0,5970 X_{i9} + 1,0585 X_{i10} + [-1,3028 X_{i11}]$$

Onde,

X_{i1} = variável *dummy* idade (1= 35 a 49 anos, 0=15 a 34 anos)

X_{i2} = tempo de vida sexual (1= >3 anos, 0= ≤ 3 anos)

X_{i3} = variável *dummy* estado marital (1=casada ou em união consensual, 0= solteira com e sem parceiro sexual, separada, divorciada ou viúva)

X_{i4} = realização do teste para HIV (1=sim, 0=não)

X_{i5} = variável *dummy* tipo de método contraceptivo (1=métodos hormonais/cirúrgicos, 0=nenhum método e métodos naturais ou de barreira)

X_{i6} = uso de camisinha (1=sim, 0=não)

X_{i7} = variável *dummy* escolaridade_1 (1= 9-11 anos de estudo, 0= 0-12 anos ou mais de estudo)

X_{i8} = variável *dummy* escolaridade_2 (1= 12 anos ou mais de estudo, 0 =0-11 anos de estudo)

X_{i9} = consulta médica no último mês (1=sim, 0=não)

X_{i10} = *status* geral da saúde (1= bom, excelente ou regular, 0= fraco ou muito fraco)

X_{i11} = episódio de violência sexual no último ano (1=sim, 0=não)

Substituindo os termos X_{ij} por 1 tem-se que:

$L = 3,7783$; logo:

$$\text{Prob}(y=1) = \frac{1}{1 + \exp^{-3,7783}} = 0,98$$

O modelo final de regressão logística prediz uma probabilidade de 0,98 da realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos dada a presença das variáveis ajustadas no modelo. Portanto, num cenário onde as mulheres apresentam as seguintes características: têm entre 35 e 49 anos; com mais de três anos desde o início da vida sexual; são casadas ou estão em união consensual; já realizaram o teste para detecção de HIV alguma vez na vida; têm entre 9 e 11 anos de estudo ou 12 anos ou mais; usam métodos contraceptivos hormonais ou cirúrgicos, consultaram-se com profissional de saúde no último mês, relataram um estado de saúde bom, excelente ou regular; usam camisinha com parceiro atual ou mais recente para se proteger de doença e entre aquelas que não tiveram episódio de violência sexual conjugal no último ano anterior à entrevista, a probabilidade predita de ter realizado o teste de Papanicolaou nos últimos três anos foi de 0,98 ou 98%.

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

5.1. Questões de validade do estudo: potencialidades e limites

A comparação de alguns dados sócio-demográficos da amostra com aqueles provenientes da população feminina do município paulista, bem como da região metropolitana ou do Estado de São Paulo, mostra-nos uma representatividade da amostra estudada de mulheres em idade reprodutiva. Em 1998, segundo dados da Fundação SEADE (SEADE, 1999a), estimou-se que a população feminina entre 15 e 49 anos no município paulista apresentava a seguinte distribuição: 15,5% de mulheres entre 15 e 19 anos; 15,8% entre 20 e 24 anos; 15,3% entre 25 e 29 anos; 14,9% entre 30 e 34 anos; 14,4% entre 35 e 39 anos; 13,0% entre 40 e 44 anos e 10,9% de mulheres entre 45 e 49 anos. Quanto à escolaridade, parece ter havido uma melhoria no nível de instrução da população em geral, de 15 anos e mais, na capital e região metropolitana de São Paulo. Segundo dados da Contagem Populacional (IBGE, 1997), em 1996, a população feminina no município paulista apresentava o seguinte perfil de escolaridade: 25,1% com nenhuma escolaridade ou ensino fundamental incompleto; 31,1% com ensino fundamental completo; 26,6% com ensino médio completo e 15,9% com 12 anos ou mais de estudo (superior incompleto ou completo).

Em 1998, segundo a Pesquisa de Condições de Vida realizada na região metropolitana de São Paulo pela Fundação SEADE (SEADE, 1999b), houve uma tendência à redução na parcela de jovens, homens e mulheres, de 15 a 17 anos, com instrução equivalente ao ensino fundamental incompleto e, conseqüentemente, um aumento na freqüência ao ensino médio. Já para as pessoas entre 18 e 24 anos houve um aumento na conclusão do ensino médio, e para aquelas entre 25 e 39 anos um aumento no ingresso ao ensino superior. Para as pessoas com 40 anos e mais houve uma modesta melhoria no número médio de anos de estudo. Esta tendência também foi observada entre a população economicamente ativa em 1999, em especial a feminina (SEADE, 2000). A diminuição observada no presente estudo, realizado em 2000, na parcela de mulheres com nível de instrução equivalente ao ensino fundamental completo, e um respectivo aumento na parcela que concluiu o ensino médio e ingressou ao ensino superior, em comparação aos dados de 1996 da Contagem Populacional, pode ser reflexo da tendência à melhoria do nível de instrução da população em geral, já observada na região metropolitana em 1998.

Quanto ao estrato sócio-econômico da amostra de mulheres entrevistadas, este se assemelha aos dados disponibilizados pela Associação Nacional de Empresas de Pesquisa de Mercado, em levantamento sócio-econômico realizado na região metropolitana de São Paulo em 1996, mostrando que 33,0% da população pertencia ao grupo sócio-econômico A ou B, cuja renda mensal média estende-se de R\$1.614,00 à R\$5.894,00; 36,0% pertencia ao grupo C, cuja renda mensal média é de R\$844,00; 28,0% pertencia ao grupo D, cuja renda mensal média é de R\$435,00 e 3,0% ao grupo E, mais desfavorecido, cuja renda mensal média é de R\$229,00 (ANEP, 2001). Além disso, pode-se dizer que, na amostra, a taxa de participação feminina no mercado de trabalho formal foi de 41,7%, aproximando-se da taxa de participação feminina na região metropolitana de São Paulo em 1999, que foi de 52,0% (SEADE, 2000).

A situação conjugal observada se aproxima dos dados obtidos, em 1996, pela Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS (Macro International Inc., 1997), em que 47,4% das mulheres de 15 e 49 anos entrevistadas eram casadas; 12,7% estavam em união consensual; 9,3% eram separadas, viúvas ou divorciadas e 30,6% eram solteiras com ou sem parceiro regular.

Deve-se salientar que a representatividade alcançada pela amostra foi garantida pelas baixas taxas de não-resposta tanto dos domicílios quanto das mulheres elegíveis e de sua distribuição aleatória, por exemplo, entre as diferentes faixas etárias das mulheres participantes do estudo. A distribuição etária das mulheres elegíveis se manteve proporcional com a das mulheres entrevistadas (dados não mostrados). A taxa global de resposta no estudo, obtida pela multiplicação da taxa de resposta do domicílio com a taxa de resposta da mulher elegível selecionada no domicílio, foi de 80,3%. Ao analisar a taxa de resposta da mulher elegível por setor censitário (Anexo A3), observou-se que em 62 setores, esta foi superior a 80%. A recusa da mulher elegível selecionada e a recusa total do domicílio foram as principais causas de não-resposta no estudo, 4,8% e 4,7%, respectivamente.

Além disso, a consideração da estratégia de amostragem utilizada no plano de análise dos dados permitiu a estimação de parâmetros populacionais não-viciados, como a prevalência na realização do teste de Papanicolaou e medidas de associação entre a realização do teste e algumas características selecionadas da população feminina em idade reprodutiva. Evitou-se, assim, a subestimação da variância dos estimadores, o que levaria a apresentação de intervalos de confiança aparentemente menores, visto que ao assumir a estratégia de amostragem aleatória simples na análise dos dados, tem-se como

hipótese que as unidades de observação são independentes e identicamente distribuídas, o que não é verdade para dados provenientes de amostras por conglomerados (Wang, Yu e Lin, 1997).

O efeito do delineamento por conglomerados no aumento da variância dos estimadores resulta da distribuição física da população em conglomerados e que tal distribuição geralmente não é aleatória, pois os conglomerados tendem a apresentar alguma homogeneidade, ou seja, os indivíduos dentro dos conglomerados tendem a ser semelhantes entre si, quanto a alguns comportamentos e atitudes. Segundo Kish (1965), esta homogeneidade pode ser devido à exposição conjunta a influências de determinadas características dentro dos conglomerados; aos efeitos de interação entre os indivíduos; ou a um conjunto desses fatores, salientando-se que tal homogeneidade é específica para determinadas variáveis e populações.

Para examinar o efeito do delineamento no incremento da variância devido à homogeneidade dentro dos conglomerados, pode-se calcular uma medida do *efeito do desenho* (*deff*), calculado comparando-se a variância estimada pelo processo por conglomerados em relação à variância estimada caso o delineamento fosse por amostragem aleatória simples (Silva, 1998; Carlin e Hocking, 1999). As medidas de efeito do desenho na estimação dos principais parâmetros de proporção, aqui, investigados, ou seja, realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida, nos últimos três anos e no último ano anterior à entrevista, alcançaram os valores de 1,41, 1,61 e 1,45, respectivamente.

Quando *deff* é igual ou muito próximo de 1 representa que não houve um aumento na variância do estimador de proporção devido ao procedimento de amostragem por conglomerados e que o grau de homogeneidade dentro dos *clusters* é muito baixo. A variância do estimador de proporção pode, então, ser estimada como se o processo fosse por amostragem aleatória simples (Cordeiro, 2001). Quando *deff* é maior que 1 significa que o grau de homogeneidade dentro do conglomerado não pode ser desprezado, pois acarretará na subestimação da variância introduzida pelo procedimento de amostragem por conglomerados e, conseqüentemente, na perda de precisão das estimativas (Cordeiro, 2001). Como visto, o efeito de desenho estimado foi maior ou igual a 1,40, sugerindo um alto grau de homogeneidade dentro dos conglomerados quanto à realização do exame de Papanicolaou. De fato, isto pode ser deduzido quando se observa que mais de 70% das mulheres elegíveis selecionadas em cada conglomerado já realizaram o exame alguma vez na vida ou nos últimos três anos,

com exceção de 17 setores censitários, cuja proporção na realização do teste esteve entre 50% e 70%. Logo, a amostragem por conglomerados por múltiplos estágios utilizada neste estudo deve ser levada em consideração na estimação dos parâmetros investigados.

Além disto, o conhecimento prévio da medida do efeito de desenho terá importantes implicações no cálculo do tamanho amostral, pois este pode ser definido como o que seria necessário caso o processo de amostragem fosse aleatório simples, multiplicado pelo efeito de desenho. Assim, com base nos resultados obtidos, sugere-se que em amostras de conglomerados para estimativas de proporção na realização do teste de Papanicolaou em regiões urbanas com características semelhantes as do município de São Paulo, o efeito de desenho estimado esteja entre 1,40 e 1,61. Isto implicaria aumentar em torno de 40% a 60% o tamanho necessário da amostra caso a amostragem fosse aleatória simples.

Quanto à magnitude do efeito de desenho para medidas de associação, como o risco relativo ou *odds ratio*, apesar de não ter sido analisado no presente estudo, alguns autores demonstram que, em geral, tais efeitos são menores do que para as medidas de prevalência, como médias ou proporções (Lemeshow e col., 1998; Carlin & Hocking, 1999). Isto porque os efeitos de desenho para coeficientes de regressão dependem do produto dos coeficientes de correlação intra-cluster (uma medida do grau de homogeneidade intra-conglomerado) para ambas variáveis dependentes e independentes e é por definição menor do que 1, já que tais variáveis não necessariamente apontam para mesma direção (Lemeshow e col., 1998). Ou seja, é possível que os dados dentro dos conglomerados sejam altamente heterogêneos para uma variável e homogêneos para outra. No entanto, outros autores, como Korn & Graubard (1995), descrevem situações em que a incorporação de pesos amostrais pode resultar em medidas de associação muito diferentes daquelas calculadas caso o processo de amostragem fosse aleatório simples. Tais questões são merecedoras de futuras investigações quanto às medidas de associação calculadas no presente estudo, mas por se distanciarem dos objetivos originais deste recorte serão analisadas com mais detalhes posteriormente.

Além das implicações nas estimativas de proporção e de associação calculadas em estudos que não levam em consideração a estratégia de amostragem por conglomerados na análise dos dados, as quais foram contornadas no presente estudo, há também que se considerar um potencial viés de interpretação das medidas de efeito utilizadas em estudos transversais. Apesar da medida de associação que se pretende

estimar nesse tipo de estudo seja a Razão de Prevalência (RP) do efeito/evento entre os indivíduos expostos e não-expostos a determinado (s) fator (es), a medida de efeito comumente utilizada na maioria desses estudos é a Razão de Odds (*odds ratio*) ou Razão de Chances. A escolha dessa medida, no entanto, se faz muito mais devido a sua comodidade estatística do que a sua adequação ao tipo de inferência teórica que se deseja realizar. O modelo estatístico de regressão logística empregado pela maioria dos estudos transversais, como pelo presente estudo, para modelar as variáveis de interesse, controladas pelas potenciais variáveis de confusão, podem facilmente estimar a razão de odds (OR), mas não a razão de prevalência ou razão de proporções (Zocchetti e col., 1995). Logo, a escolha e o uso dessa medida de associação em estudos transversais devem ser cautelosos, visto, sob certas condições, comprometerem sua adequada interpretação.

Vários autores concordam que a razão de odds é, originalmente, uma medida de pouca inteligibilidade (Greenland, 1987; Axelson e col., 1994; Lee, 1994; Nurminen, 1995; Thompson e col., 1998; Hiraakata, 1999) e que, na maioria das vezes, é erroneamente interpretada como o risco relativo ou razão de prevalência. No entanto, sob certas circunstâncias, a interpretação da razão de odds se aproxima da do risco relativo ou razão de prevalência, como uma estimativa confiável dessas medidas de efeito. Quando a prevalência do evento de interesse na população sob estudo é baixa, menor que 10%, a *odds ratio* pode ser interpretada como o risco relativo ou razão de prevalência. Pôr outro lado, quando a prevalência do evento de interesse estiver acima de 10%, situação comumente encontrada em estudos transversais, a *odds ratio* superestimar o risco relativo ou razão de prevalência quando estes forem maiores que um e subestimar tais medidas quando estas forem menores que um. Esta constatação vem de estudos que compararam o grau de discrepância entre as medidas de efeito sob diferentes cenários de baixa e alta prevalência do evento de interesse e sob diferentes tamanhos das medidas de associação (Davies e col., 1998; Thompson e col., 1998; Zhang e Yu, 1998; Hiraakata, 1999). Mais do que uma questão lingüística, a não consideração desse importante viés de interpretação da medida de efeito conduzirá à atribuição de efeitos de risco ou protetores maiores do que verdadeiramente são, podendo, assim, orientar ações de intervenção de pouco impacto e de alto custo.

Tendo em vista o exposto, ressalvas devem ser feitas quanto à interpretação da magnitude da associação estimada pelo modelo de regressão logística final obtido no presente estudo, pois como a prevalência do evento sob estudo, ou seja, a realização do

teste de Papanicolaou foi alta, acima de 10%, as medidas de associação *odds ratios* superestimaram a verdadeira razão de prevalências em pelo menos 40%, como observado após a conversão das medidas de *odds ratios*, obtidas pelo modelo final de regressão logística, em razão de prevalência (RP) a partir de fórmulas de conversão menos sofisticadas (Zhang & Yu, 1998; Hirakata, 1999). Apesar do grau de superestimação do risco relativo ou da razão de prevalência não afetar a interpretação qualitativa da associação, ele interfere na magnitude do risco aferido (Davies e col., 1998), sendo, portanto, cautelosa qualquer interpretação quantitativa das medidas de associação *odds ratio*, aqui, obtidas pelo modelo de regressão logística.

Um potencial fator limitante para a presente investigação foi a seleção da população de estudo restrita às mulheres em idade reprodutiva, impossibilitando a investigação da realização do teste de Papanicolaou entre mulheres acima de 50 anos, faixa etária onde se tem observado uma alta taxa de incidência e mortalidade por câncer de colo do útero (MS, 1999; SEADE, 2000). Isto porque os objetivos do estudo multipaíses, no qual se insere este recorte, era investigar a prevalência de violência doméstica contra a mulher e suas conseqüências para a saúde, bem como o uso de serviços de saúde, particularmente entre as mulheres em idade reprodutiva. Cabe, no entanto, considerar que a seleção de mulheres pertencentes a esta faixa etária permitiu a comparabilidade com outros estudos sobre saúde reprodutiva, como o Programa Mundial de Pesquisas em Demografia e Saúde (DHS), além de que pôde-se investigar a realização do teste de Papanicolaou entre mulheres de 35 a 49 anos — faixa etária que tem sido priorizada pelas campanhas nacionais de combate ao câncer cérvico-uterino — particularmente após a implantação do programa "Viva Mulher", em 1996, e de sua fase de intensificação durante a campanha nacional realizada em 1998.

Ressalta-se, ainda, que para estimar a realização do teste de Papanicolaou entre as mulheres em idade reprodutiva somente foram incluídas na análise aquelas que já haviam iniciado a vida sexual, impedindo, assim, a inclusão de uma proporção de mulheres não elegíveis para a realização do exame e, conseqüentemente, a subestimação da cobertura do teste de Papanicolaou, já que sem a exclusão dessas mulheres, a realização do exame alguma vez na vida seria relativamente menor, 74,5%, e nos últimos três anos, 66,8%.

Outra questão a ser levantada quanto à validade do estudo, diz respeito à validade da aferição da informação coletada, neste caso, o método utilizado para estimar a cobertura do exame colpocitológico baseado no auto-relato das mulheres entrevistadas.

As questões sobre a realização do teste de Papanicolaou pressupõem um conhecimento prévio sobre o procedimento e sua finalidade, como também depende da memória das entrevistadas sobre ações que ocorreram no passado. Vários autores concordam que há uma tendência das mulheres superestimarem a realização e a frequência do exame e subestimarem a época do último teste, um viés recordatório da aferição da informação ou decorrente da pressão social percebida pelas mulheres para aceitarem certas práticas e comportamentos em saúde ditos preventivos, chamado de viés da resposta socialmente desejável (Walter e col., 1988; Bowman e col., 1997).

O grau de acurácia do auto-relato parece variar de acordo com o tempo com que pedem para que as mulheres lembrem de seu último teste realizado, com valores preditivos positivos que vão de 40% a 70%, isto é, a proporção de testes relatados pelas entrevistadas corretamente como tendo sido realizados, confirmados pelos registros laboratoriais ou médicos (Sawyer e col., 1989; Suarez e col., 1995; Bowman e col., 1997; McGovern e col., 1998). Sendo que a lembrança de testes realizados há um ano é mais acurada do que os testes realizados há três anos ou mais, pois as mulheres tendem a subestimar a época do último teste, o chamado efeito telescópio (Bowman e col., 1991; Bowman e col., 1997; McGovern e col., 1998).

Já os valores preditivos negativos, isto é, a proporção de testes relatados corretamente como não tendo sido realizados pelas entrevistadas, confirmados pelos registros laboratoriais ou médicos, são maiores, alcançando valores de 82% a 97% (Sawyer e col., 1989; Suarez e col., 1995; Bowman e col., 1997; McGovern e col., 1998). Isto sugere que o auto-relato é mais acurado quando as mulheres, de fato, realizam o teste, porém, menos acurado quando elas não o fazem, pois tendem a relatar o contrário. Ou seja, o auto-relato sobre a realização do teste de Papanicolaou parece ser altamente sensível, porém pouco específico. Sua sensibilidade tem sido descrita entre 88% e 97%, ao passo que a especificidade atinge valores mais baixos, entre 37% e 64% (Sawyer e col., 1989; Bownam e col., 1991; Hiatt e col., 1995; Bownam e col., 1997).

A acurácia do auto-relato parece também depender de outros fatores, como o motivo para a realização do teste, com o relato de testes realizados por motivos diagnósticos mais acurados do que os testes realizados por motivos de rotina (Suarez e col., 1995; McGovern e col., 1998); dos profissionais que colhem o exame, sendo o auto-relato de exames colhidos por ginecologistas ou enfermeiras mais acurado do que aqueles colhidos pelos médicos de família ou internistas (Sawyer e col., 1989) e de experiências durante o exame ginecológico. Sawyer e col. (1989), por exemplo,

relataram que entre as mulheres que mencionaram sentimentos, como medo ou desconforto físico ou psicológico durante o exame, a acurácia do auto-relato foi menor. Os autores argumentam que após experiências percebidas como negativas pelas mulheres, estas são lembradas mais vivamente e, portanto, relatadas como sendo mais recentes do que verdadeiramente são.

Para outros autores, a discordância observada entre o auto-relato e os registros laboratoriais ou médicos pode ser devido à má qualidade da informação recebida pelas mulheres sobre o exame colpocitológico durante a consulta ginecológica (Walter e col., 1988). Isto explicaria a dificuldade que algumas mulheres possam ter em distinguir a coleta de material cérvico-vaginal para a realização do teste de Papanicolaou de um exame ginecológico. A fim de minimizar a presença deste potencial viés, teve-se a precaução no presente estudo, de explicar, previamente à pergunta, o que era o teste de Papanicolaou, sua finalidade e como era feito o procedimento. Mesmo assim, é possível que algumas mulheres não tenham sabido distinguir a coleta do material cérvico-vaginal de um exame ginecológico, contribuindo, portanto, para superestimação da realização do teste. O grau de superestimação da taxa de realização do teste de Papanicolaou que o auto-relato pode resultar tem sido descrito em torno de 30% (Suarez e col., 1995). Tal proporção é calculada baseada na prevalência relatada da realização do teste e nos valores preditivos positivos e negativos do auto-relato, considerando um específico tempo desde o último teste. Sendo assim, se considerássemos tal grau de superestimação (30%) sobre os dados deste estudo, a prevalência na realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos relatada pelas mulheres, diminuiria de 77,0% para 57,0% e, alguma vez na vida, de 86,0% para 62,0%. Porém, ainda continuaria muito acima das estimativas fornecidas por fontes oficiais sobre a cobertura do teste de Papanicolaou.

Apesar de suas limitações, o método de aferição da informação baseado no auto-relato das mulheres possui algumas vantagens sobre os registros laboratoriais ou médicos, pois permite conhecer as mulheres que nunca realizaram o teste de Papanicolaou ou não realizaram-no no intervalo recomendado; os motivos da não realização do teste; a frequência dos exames realizados e a identificação das mulheres que ainda não iniciaram a vida sexual e que, portanto, estariam fora do critério de elegibilidade para a realização do exame colpocitológico e, conseqüentemente, sua exclusão da análise. Tal método ainda nos permite investigar as características sócio-demográficas e reprodutivas das mulheres e suas relações com a realização ou não do teste, como foi feito pelo presente estudo, para o planejamento de ações de intervenção

mais efetivas que visem o aumento da cobertura do teste de Papanicolaou entre as mulheres sob maior risco para o desenvolvimento de câncer cervical.

Deve-se ainda considerar, entre as potenciais fontes de limitação do presente estudo, a investigação dos motivos relatados pelas mulheres para realizarem o teste de Papanicolaou sem a distinção das mulheres que fizeram o teste sob recomendação programática, ou seja, aquelas que realizaram o teste a convite de um programa organizado de rastreamento ou *screening* do câncer de colo do útero. Isto impossibilitou a corroboração da hipótese de que o aumento relativo na cobertura do teste de Papanicolaou possa ter se dado em decorrência da participação das mulheres em tais programas, particularmente após a campanha nacional de combate ao câncer cervical realizada em 1998.

Apesar da ausência de dados sobre a participação das mulheres num programa organizado de rastreamento e a caracterização daquelas que aderiram ao mesmo, estes não foram os objetivos iniciais deste estudo, cabendo às autoridades públicas responsáveis por tais iniciativas a sua avaliação e efetividade no seguimento e tratamento das lesões cervicais detectadas. Preferivelmente, procurou-se distinguir a realização do teste de forma espontânea pelas mulheres, como uma medida de auto-iniciativa na adoção de uma prática preventiva, diferenciado daquelas que realizaram o teste por recomendação médica ou ainda pela presença de alguma queixa ginecológica, o que remeteria à realização do teste sob um caráter mais diagnóstico e curativo e menos preventivo.

5.2. A cobertura do teste de Papanicolaou no município de São Paulo

Os resultados apresentados sugerem uma alta taxa de cobertura do teste de Papanicolaou no município de São Paulo entre mulheres em idade reprodutiva, superior aos dados de cobertura apresentados pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Segundo esta fonte, em 1997, a taxa de cobertura do teste de Papanicolaou no estado de São Paulo foi de apenas 11% da população feminina acima de 15 anos, e para o município de São Paulo, observou-se uma taxa de cobertura de 19,7% para a população feminina entre 25 e 59 anos (SES-SP, 1998). Os motivos para tal discrepância entre a cobertura observada no presente estudo e aquela apresentada pelos órgãos oficiais podem ser atribuídos a alguns fatores, entre eles, o fato das estimativas oficiais de cobertura serem baseadas no número total de exames realizados anualmente, não considerando, portanto, o intervalo trienal entre os exames; não permitirem distinguir as mulheres que fizeram vários exames daquelas que fizeram apenas um teste; a inclusão de mulheres acima de 15 anos, sem dados sobre início da atividade sexual e, principalmente, por não considerarem os exames colpocitológicos realizados em serviços privados ou conveniados fora do Sistema Único de Saúde.

Os resultados obtidos em nosso estudo seguem a tendência observada em inquéritos epidemiológicos anteriores sobre o teste de Papanicolaou realizados no município de São Paulo e na região metropolitana, bem como na população feminina brasileira como um todo. Nascimento, Eluf-Neto e Rego (1996) encontraram uma proporção relativamente alta de mulheres em idade reprodutiva que relataram ter realizado o teste de Papanicolaou alguma vez na vida (68,9%); nos últimos três anos (60,8%) e há menos de um ano (41,3%) no município paulista em pesquisa realizada em 1987. Pinotti e col. (1990) ao estudarem uma amostra da clientela potencial de serviços públicos na região metropolitana, em 1988, observaram que 54,6% das mulheres em idade reprodutiva já haviam realizado o teste pelo menos uma vez na vida, sendo que destas, 61% tinham realizado o teste no último ano anterior à entrevista. Lopes e col. (1995) em pesquisa realizada em 1994, com uma amostra nacional da população feminina acima de 16 anos, encontraram uma cobertura de 64% do teste de Papanicolaou realizado pelo menos uma vez na vida. No entanto, comparativamente ao estudo de Nascimento, Eluf-Neto & Rego (1996), único inquérito domiciliar representativo da população feminina no município de São Paulo, realizado há 13 anos, o aumento na cobertura do exame observado no presente estudo não ultrapassou 10%,

considerando a amostra original de 1172 mulheres, sem a exclusão daquelas que não iniciaram a vida sexual.

Consistente com os demais estudos brasileiros, mais da metade das mulheres entrevistadas (56,5%) relataram ter realizado o último teste há um ano ou menos da entrevista. Tal resultado pode estar refletindo a adoção de uma periodicidade anual na realização do exame colpocitológico, já que como mostram Lopes e col. (1995), 84% das mulheres brasileiras acreditavam que a periodicidade do teste deveria ser anual, mas, também, deve-se considerar a presença potencial de um efeito telescópio, fazendo com que as mulheres subestimassem a época de realização do último teste.

O aumento na prevalência estimada na realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida e, em especial, nos últimos três anos, em relação ao último inquérito epidemiológico de base populacional realizado no município de São Paulo, pode estar refletindo, à primeira vista, um aumento na intensificação da coleta de material cérvico-vaginal. Cabe lembrar que 77% das mulheres entrevistadas relataram ter realizado o exame colpocitológico nos últimos três anos, período de vigência do Programa Nacional "Viva Mulher", implantado em 1996 pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Nacional do Câncer, e da fase de intensificação da coleta, durante a Campanha Nacional de Combate ao Câncer Cérvico-Uterino, realizada no período de agosto a setembro de 1998, de ampla divulgação nos meios de comunicação.

Segundo dados do Ministério da Saúde, foram realizados no período de vigência da campanha, apesar da ausência de uma avaliação mais consistente dos resultados obtidos, aproximadamente 3,2 milhões de coletas de material cérvico-vaginal, elevando de 6,3 milhões de exames realizados em 1997 para 9,5 milhões de exames em 1998 (MS, 2000). Somente na capital paulista, o número de coletas efetuadas de rotina apresentava uma média anual de 74.164 exames colpocitológicos e, durante as primeiras sete semanas de campanha, o número de exames colhidos superou essa média em 43,4%. Foram colhidos 131.073 exames na capital, sendo que 68,3% destes em mulheres entre 35 e 49 anos, faixa etária priorizada durante a campanha, e o restante fora desta faixa. Para prover esse volume de exames foi ampliada a rede de coleta de material cérvico-vaginal, com a contratação de um maior número de exames por prestador, além do cadastramento de novos laboratórios para o período de intensificação da campanha (SES-SP, 1998).

Além disso, segundo a mesma fonte, a partir de 1998, houve uma tendência de crescimento linear do número de exames realizados em comparação aos anos anteriores

à campanha, com a ampliação também da "população-alvo", que passou a englobar as mulheres entre 25 e 59 anos. Considerando a população feminina nesta faixa etária, no Estado de São Paulo, em 1997, a cobertura do teste de Papanicolaou foi de 18,1%; em 1998, ano de intensificação da coleta, aumentou para 24,5% e, em 1999, diminuiu para 19,1%, porém um pouco maior em relação aos anos anteriores à campanha.

Cabe salientar que, no entanto, estima-se que a cobertura durante a campanha tenha sido maior do que os dados apresentados, em decorrência dos exames realizados em serviços privados ou conveniados fora do SUS, o que não estaria contabilizado nas estatísticas oficiais. Um grande contingente de mulheres realizam o exame colpocitológico em tais serviços, cuja acessibilidade parece ter se elevado nos últimos anos, como sugere alguns dados da Fundação SEADE. Entre 1990 e 1998 houve um aumento na proporção de usuários de medicina de grupo na região metropolitana de São Paulo (RMSP), de 32,3% em 1990 para 40,0% em 1994 e 47,4% em 1998; já entre as usuárias da seguridade social houve uma diminuição de 51,1% em 1994 para 46,9% em 1998 (SEADE, 2000). Em 1998, 44,8% da população na RMSP possuía algum convênio ou plano de saúde, concentrando-se, principalmente, na parcela da população titular de convênios particulares, que aumentou de 34,9% em 1994 para 53,8% em 1998 (SEADE, 1998).

Apesar de se estimar que quase metade da população na RMSP possui algum convênio ou plano de saúde, o que poderia ter contribuído para que uma parcela expressiva da população feminina tenha realizado o teste de Papanicolaou em tais serviços, ainda um pouco mais de 50% da população na RMSP depende dos serviços públicos ou conveniados da seguridade social para o cuidado à saúde, o que, como sabemos, nem sempre se traduz em disponibilidade universal e integral de serviços, em acessibilidade a tais serviços, em qualidade e continuidade do serviço prestado e em resolutividade do problema demandado. Apesar da ampliação da coleta de material cérvico-vaginal em serviços de saúde públicos ou conveniados, principalmente após o programa nacional de combate ao câncer cérvico-uterino, não houve a mesma eficiência e efetividade na continuidade da ação, traduzida em seguimento e tratamento das lesões cervicais detectadas.

Apesar do desencontro de informações sobre a verdadeira efetividade desta campanha, dados oficiais do Ministério da Saúde (MS, 2000) apontam que, no período de agosto a setembro de 1998, foram realizadas 3,2 milhões de coletas, sendo que 11.900 testes foram diagnosticados como positivos para lesões cervicais pré-

neoplásicas. Até abril de 2000, segundo a mesma fonte, haviam sido tratados ou estavam em tratamento 9.052 casos; 138 mulheres recusaram ou abandonaram o tratamento; 18 faleceram e um dado alarmante é que 2215 mulheres não haviam sido localizadas por problemas de endereço ou "sem informação". Ou seja, mais de 2000 mulheres estavam sem tratamento e seguimento adequado das alterações cervicais detectadas, contribuindo para a evolução das lesões pré-neoplásicas para formas invasivas, com pior prognóstico e maiores custos (monetários) para o sistema público de saúde e maiores custos sociais e psicológicos para as mulheres.

Paralelo a esses dados, observou-se, em nosso estudo, que muitas mulheres acabam não tendo conhecimento do resultado do teste de Papanicolaou realizado, este sendo positivo ou negativo, contribuindo, assim, para a falha no seguimento destes casos. Cento e dezenove mulheres (13,0%) não haviam recebido o resultado do último teste de Papanicolaou que realizaram, sendo que a maioria tinha até o primeiro grau completo, pertencia às classes D, E ou C e era solteira com ou sem parceiro sexual regular. Lopes e col. (1995), em estudo transversal realizado com uma amostra da população feminina brasileira acima de 16 anos, observaram que 70% das mulheres que tinham conhecimento do resultado do teste apresentavam nível superior de escolaridade e uma renda familiar de mais de cinco salários mínimos. Isto nos sugere que o não recebimento do resultado do teste é mais comum entre as mulheres com baixo nível sócio-econômico, o que pode refletir a dificuldade de acessibilidade ao serviço de saúde e, segundo Lazcano-Ponce (1997), a falta de continuidade do cuidado à saúde, comum em serviços públicos, cuja clientela majoritária pertence às classes sócio-econômicas menos favorecidas. Além de que, revela a ineficiência e negligência dos sistemas de saúde no planejamento e organização da assistência à saúde das mulheres em oferecer um atendimento e seguimento terapêutico adequado para essas mulheres, como, por exemplo, a existência de um eficiente sistema de vigilância epidemiológica dos casos alterados que possibilite a localização contínua e acompanhamento destas mulheres.

Ademais, o não recebimento ou atraso do resultado do teste pode contribuir para a geração de crenças relacionadas ao teste de Papanicolaou e interferir na credibilidade e no grau de adesão das mulheres aos serviços e programas de prevenção em saúde (Eardley e col., 1985). O não recebimento do resultado do teste ou o modo como ele é comunicado, se pessoalmente ou não, pode representar uma oportunidade perdida de desconstruir crenças e atitudes negativas em relação ao teste, sua finalidade, o

significado de seus resultados, bem como em relação ao câncer cervical, no sentido de "desmonopolizar" um conhecimento restrito à esfera médica.

As crenças decorridas do não recebimento do resultado do teste podem seguir em direção tanto à positividade da doença quanto a sua inexistência. Lazcano-Ponce (1999), por exemplo, em estudo qualitativo, observou que o atraso nos resultados do teste preventivo representava para muitas mulheres a positividade da doença, contribuindo para a geração de um sentimento de angústia e medo relacionada à espera do resultado do teste. Já Sanson e col. (1971) e Schwartz e col. (1989) observaram que mais de um quarto de suas entrevistadas achavam que se elas não recebessem o resultado do teste, poderiam assumir que este era negativo. Sem contar que, mesmo entre os testes negativos não comunicados às usuárias, há que se considerar a presença potencial de resultados falso-negativos.

Mas, cabe analisar se esta aparente distribuição desigual no recebimento do resultado do teste de Papanicolaou, quanto às características sócio-demográficas das mulheres que o realizam, pode ser reflexo do acesso e utilização deste serviço diferenciado entre a população usuária, a despeito do aumento potencial na cobertura do exame colpocitológico. Passemos, então, a analisar os principais fatores associados à realização do teste de Papanicolaou entre a população feminina do município de São Paulo, a partir dos cinco subplanos de análise propostos e suas implicações para as ações de prevenção e promoção à saúde das mulheres.

5.3. Fatores associados à realização do teste de Papanicolaou

5.3.1. Fatores sócio-demográficos

As variáveis deste plano que permaneceram associadas à realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida e nos últimos três anos, após ajuste nos dois modelos de regressão logística foram: idade, nível de escolaridade e estado marital das entrevistadas.

Há um consenso na literatura epidemiológica sobre a importância de se investigar tais características sócio-demográficas no acesso e utilização do teste de Papanicolaou, bem como de outros serviços preventivos, como o teste de *screening* para câncer de mama (Calnan, 1985). Entre essas características, destaca-se a faixa etária a que as mulheres pertencem, por estar estritamente relacionada ao desenvolvimento do câncer cérvico-uterino e, portanto, ser um elemento norteador para o planejamento das ações de prevenção e controle da doença. Assim, como esperado, a faixa etária das mulheres neste estudo se mostrou um importante preditor para a realização do teste de Papanicolaou, com as mulheres entre 35 e 49 anos sendo mais prováveis de terem realizado o teste alguma vez na vida e nos últimos três anos, em comparação às mulheres mais jovens entre 15 e 24 anos que já iniciaram a vida sexual.

Resultados semelhantes foram observados em outros estudos (Ronco e col., 1991, Wilcox e Mosher, 1993; Risendal e col., 1999), inclusive no último inquérito epidemiológico realizado no município de São Paulo, em que os autores observaram que as mulheres entre 35 e 44 anos apresentaram uma proporção maior na realização do teste alguma vez na vida (83,9%) em relação às mulheres entre 15 e 24 anos (36,2%) (Nascimento, Eluf-Neto e Rego, 1996).

A associação entre idade e a realização do teste de Papanicolaou parece seguir uma curva em U invertida e não linear como sugere a distribuição etária em nosso estudo, visto sua restrição às mulheres em idade reprodutiva. Assim, a realização do teste tem se mostrado menor entre as mulheres abaixo de 20 anos, aumentando a partir desta idade até ao redor dos 50 anos, onde se observa um pico na realização do teste e, a partir de então, há uma diminuição progressiva, com as mulheres acima de 65 anos apresentando as menores taxas na realização do exame colpocitológico (Lerman e col., 1990; Harlan e col., 1991; Kottke e col., 1995; Wang e Lin, 1996).

Entre as mulheres mais jovens, abaixo de 20 anos, a ausência de vida sexual ou seu início recente têm sido as explicações mais comuns para a menor realização do teste

de Papanicolaou nesta faixa etária (Wilcox e Mosher, 1993; Calle e col., 1993; Nascimento, Eluf-Neto e Rego, 1996; Lantz e col., 1997). Observou-se neste estudo que 50% das mulheres entre 15 e 24 anos recém iniciaram a vida sexual há três anos ou menos, o que pode ter contribuído para a menor taxa na realização do teste nesta faixa etária. Nota-se ainda um aumento na realização do teste de Papanicolaou entre as mulheres pertencentes à faixa etária de 15 a 24 anos, comparativamente ao estudo de Nascimento, Eluf-Neto e Rego (1996), o que sugere, além de um aumento geral na cobertura, que talvez essas mulheres estejam iniciando a vida sexual mais cedo do que há treze anos e, por conseguinte, tornariam-se elegíveis mais cedo para a realização do exame colpocitológico.

Entre as mulheres pertencentes à faixa etária de 25 a 34 anos, a realização do teste de Papanicolaou foi significativamente maior e parece estar relacionada muito mais à oportunidade de realização do teste em conjunção a outras atividades assistenciais do que propriamente ao *status* de risco para o câncer cervical. Observa-se, nesta faixa etária, que o exame colpocitológico acaba sendo oferecido por recomendação médica ou como parte rotineira de outro procedimento ginecológico ou obstétrico por conveniência em resposta a uma demanda por serviços de pré-natal, pós-natal ou de planejamento familiar observada, predominantemente, neste grupo etário (Sanson e col., 1971; Eardley e col., 1985). Observou-se, neste estudo, que uma parcela expressiva das mulheres que mencionaram como principal motivo para a realização do último teste a recomendação médica ou a presença de queixas ginecológicas pertencia à faixa etária de 25 a 34 anos, 30,6% e 36,9%, respectivamente.

A faixa etária de 35 a 49 anos mostrou-se como um importante preditor para a realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida, bem como nos últimos três anos, mesmo após o controle das demais variáveis no modelo de regressão logística, coincidindo com o pico na realização do teste ao redor dos 50 anos de idade. Considerada de risco para a ocorrência de lesões cervicais invasivas, esta faixa etária tem sido priorizada pelos programas de detecção precoce do câncer cérvico-uterino, como a campanha nacional realizada em 1998, que teve como "população-alvo", inicialmente, as mulheres pertencentes a essa faixa etária. A maior taxa na realização do teste de Papanicolaou nesta faixa etária, em especial, nos últimos três anos, período de vigência da campanha, pode ter sido decorrência de um aumento na intensificação da coleta de material cérvico-vaginal, particularmente nesta faixa etária, e de sua ampla divulgação nos meios de comunicação, propiciando uma maior procura espontânea pelo

teste. Cabe ressaltar que a maioria das mulheres entre 35 e 49 anos (61%) mencionou como principal motivo para a realização do último teste, a demanda espontânea pelo exame colpocitológico. Porém, como já mencionado, não há como saber se tal demanda ocorreu após a recomendação programática, ou seja, a convite de um programa organizado de *screening*.

Após os 50 anos, tem sido observada uma diminuição na regularidade do exame de Papanicolaou entre as mulheres pertencentes a essa faixa etária. Alguns autores argumentam que esta diminuição na realização do teste pode ser explicada pela diminuição na demanda por consultas ginecológicas ou obstétricas regulares entre as mulheres acima de 50 anos por estarem acima do período reprodutivo. Em artigo de revisão, Norman e col. (1991) citam um estudo em que os autores observaram que o número de consultas ginecológicas entre as mulheres de 25 a 44 anos era de 117 visitas por 1000 mulheres; entre aquelas com 45 a 64 anos, este número diminuía para 74 visitas por 1000 mulheres, sendo que a maior redução ocorreu para as mulheres com mais de 65 anos de idade, com apenas 22 consultas por 1000 mulheres.

Neste grupo etário, parece haver uma mudança no perfil de saúde e do uso de serviços de saúde, com uma prevalência de doenças crônica-degenerativas e um aparente aumento na demanda por consultas aos generalistas ou geriatras. Logo, a assistência tornar-se-ia mais curativa, tendo em foco a presença da condição crônica, prejudicando, assim, a oferta de serviços preventivos (Norman e col., 1991; Hsia e col., 2000). Além disso, a oferta regular de tais serviços para as mulheres acima de 60 anos pode ser percebida como não necessária tanto pelas mulheres quanto pelos médicos, já que elas estariam fora do limite recomendado para realizar o teste de Papanicolaou segundo a maioria das recomendações técnicas (Mandelblatt e col., 1992; Bostick e col., 1993; Simões e col., 1999; Maxwell e col., 2001), inclusive a recomendação técnica brasileira (SES-SP, 1998; MS, 2000)

Quanto ao nível de escolaridade, concordante com outros estudos epidemiológicos, as mulheres entrevistadas com maior nível de instrução, especialmente aquelas com colegial completo ou nível superior, são mais prováveis de terem realizado o teste de Papanicolaou alguma vez na vida e nos últimos três anos, comparadas àquelas com nenhuma escolaridade ou primário incompleto (Ronco e col., 1991; Calle e col., 1993; Bostick e col., 1994; Lopes e col., 1995; Nascimento, Eluf-Neto e Rego, 1996; Cancio e col., 1997; McPhee e col., 1997; Dias da Costa e col., 1998).

No entanto, têm-se sugerido que a escolaridade teria um efeito mediador, indireto no comportamento de *screening* para o câncer cervical entre a população feminina, bem como de outras práticas preventivas em saúde por meio de sua forte associação com renda ou nível sócio-econômico e com o conhecimento individual sobre o câncer cervical e o teste de Papanicolaou (Peters e col., 1989; Lantz e col., 1997). Isto poderia explicar porque ao adicionar a variável nível sócio-econômico ao modelo de regressão logística, a escolaridade perdeu significância estatística. No entanto, optou-se por manter esta variável no modelo ao invés de nível sócio-econômico, pois acreditamos que ocupe uma posição precedente na cadeia explicativa para a realização do exame colpocitológico, como têm sugerido tais estudos. Além disso, permitiu uma maior comparabilidade com as demais investigações, visto a variedade de indicadores sócio-econômicos utilizados em diferentes países.

O efeito da escolaridade no comportamento de *screening* por meio de sua forte associação à renda ou a outro indicador do nível sócio-econômico estaria relacionado, para alguns autores, ao acesso financeiro, geográfico ou funcional aos serviços de saúde e, conseqüentemente, a maiores oportunidades de realização do teste (Wilcox e Mosher, 1993; Lantz e col., 1997). Porém, observou-se em nosso estudo que o nível de escolaridade permaneceu estatisticamente significativo ao adicionar a variável indicadora de acesso *consulta médica no último mês*, sugerindo o efeito da escolaridade em outras instâncias mais amplas de acesso ao serviço de saúde não investigadas neste estudo.

Vários autores sugerem que o baixo nível educacional estaria relacionado também ao menor conhecimento sobre o câncer cervical, seus fatores de risco e sobre o teste de Papanicolaou, sua finalidade e a importância de sua periodicidade (Gomes e Carvalho, 1992; Aguilar e col., 1996; Suarez e col., 1997). Por sua vez, o menor conhecimento sobre tais fatores tem sido associado a menores taxas de realização do teste de Papanicolaou, bem como de sua realização em intervalos maiores do que os recomendados (Cockburn e col., 1992; Lazcano-Ponce e col., 1997; Hernandez-Hernandez e col., 1998; Lobell e col., 1998).

Em contrapartida, há autores que argumentam que o nível de conhecimento não prediz diretamente comportamento de *screening*, mas estaria atuando por meio de um complexo sistema de crenças e atitudes positivas ou negativas diante do câncer cervical ou do teste de Papanicolaou. Lobell e col. (1998), por exemplo, ao estudarem uma amostra de mulheres de origem latina vivendo nos Estados Unidos, observaram que quanto maior o nível de conhecimento sobre o câncer, maior o nível de ansiedade ou

atitude fatalística perante a doença e, conseqüentemente, menor a participação num programa de *screening*. A ansiedade gerada pelo maior conhecimento sobre a doença poderia ser explicada pela ênfase que os profissionais de saúde e os programas organizacionais de rastreamento do câncer cervical dão à severidade da doença e do risco da não-ação, ou seja, da não realização do teste de Papanicolaou, sem igual ênfase no benefício da ação e nas chances de cura da doença (Calnan e col., 1986; Lobell e col., 1998).

Além disso, a concepção do câncer como uma doença fatal, associando-o, inevitavelmente, à morte ou a percepção da ausência de controle sobre as causas da doença e de sua prevenção têm se mostrado presente em diferentes culturas (Hubbell e col., 1996; Chavez e col., 1997; Lee, 2000). Tais crenças, compartilhadas por muitas mulheres, podem explicar o sentimento de medo em relação ao teste que muitas delas mencionam como motivos para não realizarem o exame, devido ao medo de saberem que têm a doença, e a espera pelo resultado do teste resultaria em estresse e ansiedade e, portanto, acabariam rejeitando o teste de Papanicolaou (Lazcacno-Ponce e col., 1999). A ausência de dados sobre as crenças e atitudes das mulheres em relação ao câncer de colo do útero e ao teste de Papanicolaou impossibilitou a investigação da influência de tais fatores na realização ou não do exame.

Outro fator que tem sido sugerido pela maioria dos estudos como um importante preditor para a realização do teste é o estado marital das mulheres. Concordante com outras investigações, observou-se, em nosso estudo, que as mulheres casadas ou em união consensual apresentaram maiores chances de realizar o teste de Papanicolaou em relação às mulheres solteiras, mesmo após o controle por outras variáveis, como idade e escolaridade (Peters e col., 1989; Ronco e col., 1991; Calle e col., 1993; Wilcox e Mosher, 1993; Lopes e col., 1995; Nascimento, Eluf-Neto e Rego, 1996). Várias têm sido as explicações sobre tais achados, no entanto, a maioria converge para a questão da relação entre o estado marital das mulheres e o acesso mais comum à assistência ginecológica ou obstétrica observada, especialmente, entre as mulheres casadas ou em união consensual (Peters e col., 1989; Norman e col., 1991; Calle e col., 1993; Wilcox e Mosher, 1993). Mas, independentemente do estado marital, a presença de atividade sexual regular à época da entrevista parece ser um preditor mais importante para a realização do teste de Papanicolaou, especialmente nos últimos três anos, e poderia explicar, em parte, a relação entre estas duas variáveis e a demanda por consultas ginecológicas ou a serviços de planejamento familiar.

Em nosso estudo, foi interessante observar que entre as mulheres solteiras com parceiro sexual regular a realização do teste foi maior do que para aquelas sem parceiro sexual e aproximou-se da proporção observada entre as mulheres casadas ou em união consensual. Além disso, entre as mulheres separadas, divorciadas ou viúvas a proporção na realização do teste alguma vez na vida foi relativamente alta, semelhante à proporção observada entre as mulheres casadas ou em união consensual, porém ao investigar a realização do teste nos últimos três anos, a proporção de mulheres nesta situação conjugal que realizaram o exame foi menor, provavelmente porque à época da entrevista estavam sem parceiro sexual regular. Tais observações reforçam a hipótese de que a relação entre estado marital e a realização do exame colpocitológico poderia ser mediada pela presença de atividade sexual e, conseqüentemente, uma demanda maior por serviços de assistência ginecológica e/ou de planejamento familiar.

Wilcox e Mosher (1993) também observaram que as mulheres casadas e as solteiras sexualmente ativas tiveram maiores chances de realizar o exame no último ano anterior à entrevista, comparadas às mulheres solteiras, mas não sexualmente ativas. Os autores buscaram a explicação para tal achado na demanda aumentada por consultas ginecológicas ou por planejamento familiar observada entre estas mulheres, em especial a demanda por métodos contraceptivos hormonais. Sob este aspecto, observou-se em nosso estudo, que o uso de métodos contraceptivos hormonais ou cirúrgicos, como esperado, é consideravelmente maior entre as mulheres casadas, em união consensual ou solteiras sexualmente ativas do que entre aquelas solteiras não sexualmente ativas ou separadas, divorciadas ou viúvas.

Contudo, estado marital permaneceu associado de modo estatisticamente significativo à realização do teste de Papanicolaou, mesmo após o controle por tipo de método contraceptivo, sugerindo a atuação também de outros fatores, como o acesso diferenciado que as mulheres casadas poderiam ter ao serviço médico. McPhee e col. (1997), por exemplo, observaram que entre as mulheres casadas e empregadas a realização do exame esteve associada à presença de um médico regular ou à posse de um seguro-saúde por parte destas mulheres. Segundo os autores, o acesso a tais serviços entre as mulheres casadas poderia ter sido beneficiado tanto pelo *status* de emprego do marido ou companheiro quanto o da própria mulher, tendo em vista que sua participação na força de trabalho tem crescido nos últimos tempos e, conseqüentemente, tenha vindo acompanhada de um ganho adicional de benefícios trabalhistas.

Wismer e col. (1998) também observaram que entre as mulheres casadas e empregadas a realização do teste nos últimos dois anos anteriores à entrevista foi maior do que entre aquelas solteiras e desempregadas. Para os autores, a melhoria da renda e suporte social, ambos fornecidos pelo casamento e/ou pelo emprego, poderia ter explicado o acesso a serviços preventivos, como a realização do teste de Papanicolaou. No entanto, observou-se em nosso estudo, que ter uma fonte de rendimento própria por atividades formais, como o emprego, ou informais, não permaneceu estatisticamente significativa após o ajuste no modelo com as demais variáveis, inclusive com estado marital. Isto sugeriria que o acesso aos serviços preventivos entre as mulheres casadas ou em união consensual, sob tal argumento, possa ter sido beneficiado pelo *status* de emprego do marido ou companheiro.

Deve-se salientar ainda que apesar do *status* de emprego da mulher ser proposto, por alguns autores, como um forte preditor de acesso e utilização de serviços de saúde, principalmente entre as mulheres que compartilham com seus parceiros a responsabilidade financeira pela casa, este acesso pode estar diminuído entre aquelas que detêm exclusivamente a chefia da família, como sugere Puentes-Markides (1992). Para a autora, o aumento da participação feminina no mercado de trabalho e na chefia familiar, a despeito do que isto possa ter representado em termos de melhoria da condição e posição sócio-econômica das mulheres, com um aparente fortalecimento de sua autonomia financeira e política em relação aos homens, acabou gerando alguns contratempos para as mulheres, como a falta de disponibilidade de tempo para procurarem o serviço de saúde e este, por sua vez, não possuir uma flexibilidade de horários adaptados às necessidades desta parcela feminina e, conseqüentemente, uma menor taxa na utilização de serviços de saúde.

5.3.2. Fatores sexuais e reprodutivos

Observou-se neste plano de investigação que um importante preditor para a realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida e nos últimos três anos foi o tempo decorrido desde o início da atividade sexual. As mulheres com mais de três anos após a iniciação sexual tiveram maiores chances de já terem realizado o teste pelo menos uma vez na vida, bem como nos últimos três anos, em comparação àquelas com três anos ou menos desde o início da vida sexual, após o ajuste por idade e as demais variáveis presentes no modelo.

Como já mencionado, a ausência de atividade sexual ou seu recém início têm sido sugerido, pela maioria dos estudos epidemiológicos, como explicação para a menor prevalência na realização do teste de Papanicolaou entre as mulheres mais jovens e solteiras. Porém, a maioria destes estudos não contém dados sobre a presença de atividade sexual destas mulheres e muito menos o tempo decorrido desde o seu início. Este estudo inscreve-se como o primeiro inquérito epidemiológico realizado com uma amostra representativa da população feminina brasileira que teve a precaução de controlar a presença de atividade sexual e tempo decorrido desde o seu início na análise dos dados, tendo em vista a importância que se revestem tais variáveis na investigação da realização do teste de Papanicolaou.

É consenso na literatura epidemiológica a relação entre câncer de colo uterino e comportamento sexual, sendo generalizada, conceitualmente, como uma doença sexualmente transmissível, visto à exposição sexual ao vírus papiloma humano (HPV) (Schiffman, 1992; Eluf e col., 1994; Franco, 1995; Bosch e col. 1995, Schiffman e Brinton, 1995; Franco e col., 2001). Baseando-se nesses estudos, recomendações técnicas de âmbito nacional e internacional enfatizam o início da vida sexual como critério para a realização do exame colpocitológico.

No entanto, menos consensual é a discussão sobre o tempo decorrido desde o início da prática sexual necessário para iniciar a coleta do material cérvico-vaginal. No âmbito nacional, recomenda-se o início da coleta após 5 anos de início da atividade sexual (SES-SP, 1998), apesar de haver programas isolados que considerem um intervalo de 3 anos ou, até mesmo, um ano após o início da vida sexual. Já em outros países, como Estados Unidos e Canadá, recomenda-se, como vimos, a realização do exame logo após o início da vida sexual (Zoorob e col., 2001). Porém, alguns autores defendem, baseados em estudos epidemiológicos, que não ocorre câncer cervical

invasivo em mulheres com menos de três anos de atividade sexual (Miller e col., 1991), devido ao prolongado tempo de evolução de uma lesão cervical benigna a sua forma invasiva.

Cabe salientar, no entanto, que 95% das mulheres entrevistadas com três anos ou menos de atividade sexual tinham entre 15 e 24 anos, faixa etária em que se observa um pico na prevalência da infecção pelo vírus papiloma humano (HPV), em paralelo à ocorrência de lesões cervicais de baixo grau, correspondente às neoplasias intra-epiteliais de grau I (NIC) e às atipias do epitélio cervical consistentes com a infecção por HPV (Ley e col., 1991; Silveira e Pessini, 1993, Bjørge, 1994; Kainz e col., 1995; Schiffman e Brinton, 1995; Pinho e Iwana de Mattos, 1998). Isto sugeriria que a infecção por HPV ocorra logo após a iniciação sexual, o que se evidencia pela sua curva epidêmica, cuja prevalência tem um rápido aumento após o primeiro intercuro sexual, com um subseqüente declínio com o aumento da idade (Schiffman e Brinton, 1995). Assim, tendo em vista que as mulheres com menos de três anos de atividade sexual possam ter, aparentemente, maiores riscos de exposição ao HPV, este grupo apresentou a menor taxa na realização do teste de Papanicolaou. Logo, a detecção precoce de lesões cervicais ou atipias celulares consistentes com infecção por HPV em tais mulheres, impediria a progressão da doença, caso medidas adequadas de seguimento e controle da infecção por HPV e tratamento das lesões cervicais detectadas fossem tomadas.

Outro importante preditor para a realização do exame colpocitológico alguma vez na vida e nos últimos três anos foi o uso de métodos contraceptivos. Observou-se que as mulheres que faziam uso, atualmente, de algum método hormonal (pílulas ou injeções), dispositivo intra-uterino ou método cirúrgico (esterilização feminina) foram mais prováveis de terem realizado o teste de Papanicolaou nos últimos três anos em comparação àquelas que nunca usaram ou não faziam uso de nenhum método contraceptivo à época da entrevista, após ajuste por idade, estado marital, escolaridade e outras variáveis presentes no modelo.

Este resultado é concordante com outros estudos epidemiológicos que mostraram que o uso de métodos hormonais, particularmente o uso de contraceptivos orais (COs), está associado à realização do teste de Papanicolaou (Peters e col., 1989; Wilcox e Mosher, 1993; Nascimento, Eluf-Neto e Rego, 1996; Hernandez-Hernandez, 1998). Porém, sua associação com a realização do exame pode estar muito mais relacionada à oportunidade de visitas regulares aos serviços de assistência ginecológica ou de planejamento familiar que requereria tanto o uso de COs como do dispositivo

intra-uterino ou dos métodos cirúrgicos do que propriamente ao *status* de risco ao câncer cervical que o uso, por exemplo, de contraceptivo oral representaria, a despeito do seu controverso papel na carcinogênese cervical.

Aliás, alguns autores especulam que a associação do uso de COs com o câncer cervical pode ser devido a um *bias* de detecção, pois as mulheres que usam COs teriam exames ginecológicos mais frequentes e, conseqüentemente, maiores chances das lesões cervicais serem detectadas por meio do teste de Papanicolaou (Franco, 2001). Isto vem reforçar a hipótese anterior de que a associação entre uso de COs e o teste de Papanicolaou seja devido à maior oportunidade de acesso ao serviço preventivo, em conjunção à atividades de assistência ginecológica ou de planejamento familiar. Wilcox e Mosher (1993), por exemplo, observaram que entre as mulheres usuárias do serviço de planejamento familiar no último ano anterior à entrevista, o uso de COs esteve associado de modo estatisticamente significativo à realização do exame colpocitológico. No entanto, esta associação perdeu significância estatística entre as não-usuárias do serviço de planejamento familiar, sugerindo o papel do uso de COs como indicador do acesso ao serviço médico e, conseqüentemente, maior oportunidade de realizar o teste de Papanicolaou.

Quanto à variável número de gestações, apesar de não ter permanecido estatisticamente significativo após ajuste no modelo final de regressão logística para a realização do teste alguma vez na vida e nos últimos três anos, observou-se que as mulheres que tiveram duas ou mais gestações apresentaram uma proporção maior na realização do teste comparadas às mulheres que nunca engravidaram. Seguindo a mesma direção da associação entre o uso de métodos contraceptivos e a realização do teste de Papanicolaou, a relação entre número de gestações durante a vida e a realização do teste pode estar novamente sugerindo uma maior oportunidade de contato com o serviço médico através da assistência obstétrica ou durante o pré e pós-natal. Em consonância com este argumento estão alguns autores que mostram a associação negativa entre gravidez sem cuidado pré-natal e a realização do teste de Papanicolaou, ou seja, as mulheres que tiveram gestações sem nenhum cuidado pré-natal tiveram uma menor chance de já terem realizado o teste de Papanicolaou em relação àquelas que tiveram acesso ao cuidado pré-natal (Peters e col., 1989). Isto fortaleceria a hipótese de que o exame colpocitológico acaba sendo oferecido, principalmente, em conjunção a outros procedimentos ginecológicos, obstétricos ou de planejamento familiar do que devido ao *status* de risco para o câncer cervical entre as mulheres.

Quanto à variável *idade do primeiro intercursos sexual*, apesar de ter sido observada na análise univariada que as mulheres com 14 anos ou menos de idade ao iniciarem a vida sexual apresentaram uma taxa menor na realização do teste de Papanicolaou, esta variável não permaneceu estatisticamente associada à realização do teste após o ajuste por idade e tempo desde o início da atividade sexual, em concordância com outros estudos (Peters e col., 1989; Wilcox e Mosher, 1993; Hernandez-Hernandez e col., 1998). Cabe ressaltar que a maioria das mulheres que iniciaram a vida sexual aos 14 anos ou menos tinha entre 15 e 24 anos (53%), faixa etária em que se observou a menor taxa na realização do teste, ao passo que apenas 28% dessas mulheres pertenciam à faixa etária mais velha, entre 35 a 49 anos ($p < 0,0001$).

5.3.3. Práticas em saúde e status geral de saúde

Um interessante encontro deste estudo e ainda pouco investigado na literatura epidemiológica é a associação entre a realização do teste para detecção do vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV) e a realização do teste de Papanicolaou. As mulheres que já fizeram alguma vez na vida o teste para HIV apresentaram uma proporção maior na realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida e nos últimos três anos em relação às mulheres que nunca fizeram o teste para HIV.

O entendimento da associação entre a realização do teste para HIV e o teste de Papanicolaou acompanha as recentes investigações sobre a relação entre a infecção por HIV e o risco de infecção por HPV e o desenvolvimento de câncer cervical. A dinâmica desta relação ainda não está clara, sendo alvo de críticas por parte de alguns autores que especulam que a associação entre soropositividade e infecção por HPV e risco para câncer cervical se deva muito mais ao compartilhamento de fatores de risco em comum para as duas infecções, principalmente aqueles referentes ao comportamento sexual, do que propriamente a uma relação biológica intrínseca entre as duas infecções (Vermon e col., 1999). Sendo assim, poderia se supor que a associação entre a realização do teste para HIV e o teste de Papanicolaou dar-se-ia devido ao compartilhamento do *status* de risco concomitante para o câncer cervical e a infecção por HIV, o que necessitaria de futuras investigações para controlar esses fatores de risco. No entanto, similarmente ao que se têm sugerido para a realização do teste de Papanicolaou, a realização do teste para HIV parece não estar associada ao *status* de risco para a infecção por HIV, visto que a maioria dos testes para a detecção de HIV parece ser realizada em conjunção a

outras atividades assistenciais, como na doação de sangue ou durante a assistência pré-natal, do que de forma voluntária. Num levantamento nacional realizado pelo *Center of Disease Control* entre a população americana em 1996, estimou-se que a taxa de realização voluntária do teste para HIV é pequena, alcançando de 12% a 45%, com uma média de 25% entre a população feminina (CDC, 1999). Em outro estudo realizado entre a população feminina numa região metropolitana da Itália, a proporção de testes para HIV realizados de forma voluntária não alcançou 10% (Renzi e col., 2001). Assim, a despeito da não distinção sobre a forma de realização do teste para HIV em nosso estudo, se voluntariamente ou não, acreditamos que a maioria dos testes para HIV tenha sido realizado em conjunção a outras atividades assistenciais, como durante a gravidez, na assistência pré-natal. Observamos que 84% das mulheres que realizaram o teste para HIV já engravidaram alguma vez na vida, sendo que das 314 mulheres com história de gestação conhecida nos últimos cinco anos, 310 (98,7%) tiveram assistência pré-natal durante a última gravidez e, destas, 74% haviam realizado alguma vez na vida o teste para HIV. Apenas quatro mulheres não tiveram assistência pré-natal durante a gestação e todas nunca haviam realizado o teste para a detecção de HIV.

Em consonância com este argumento está o estudo de Lansky e col. (2001) que ao investigarem a realização do teste para HIV entre uma amostra nacional americana de 9159 gestantes observaram que a proporção de mulheres que haviam sido testadas para HIV nos últimos 12 meses anteriores à entrevista foi maior entre aquelas que tinham realizado o teste de Papanicolaou no mesmo período do que naquelas que fizeram o teste de Papanicolaou há mais de 12 meses ou que nunca realizaram-no. Logo, poderia se supor que a associação entre a realização do teste de Papanicolaou e o teste para detecção de HIV poderia ser explicada pelo fato de ambos fazerem parte de um conjunto de práticas assistenciais durante a gestação e no planejamento familiar.

No entanto, a associação entre esses dois testes permaneceu estatisticamente significativa, mesmo após o controle por história de gravidez e número de gestações, bem como por tempo desde o início da vida sexual, já que 81% das mulheres com menos de três anos de atividade sexual nunca fizeram o teste para HIV. Tal efeito residual da realização do teste para HIV no "risco" para a realização do teste de Papanicolaou poderia ser atribuído, de fato, à relação entre o câncer cervical, a infecção por HPV e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida, observada recentemente por estudos clínicos e epidemiológicos que têm mostrado o papel central da imunossupressão no risco de infecção persistente por HPV ou a ativação de infecções

latentes e no risco de desenvolvimento de lesões cervicais (Vermund e col., 1991; Ho e col., 1994; Sun e col., 1997). Isto favoreceria uma investigação clínica e laboratorial mais exaustiva de casos de lesões cervicais e/ou co-infecções persistentes por HPV por meio da realização do teste para HIV em conjunção à realização do teste de Papanicolaou.

Outro encontro interessante foi a associação entre a realização do teste de Papanicolaou e o uso de camisinha com parceiro atual ou mais recente para se proteger de doença, que se mostrou estatisticamente significativa ao investigar a realização do teste nos últimos três anos. Observou-se na análise univariada que o efeito do uso de condom na realização do exame colpocitológico estava sendo confundido por idade e estado marital. As mulheres entre 15 e 24 anos e aquelas solteiras com ou sem parceiro sexual foram as que mais relataram o uso de condom com parceiro mais recente ou atual para se proteger de doença, porém apresentaram as menores taxas na realização do teste de Papanicolaou. À semelhança do que ocorre com o teste para HIV, em que as mulheres que não fazem um uso consistente de condom com parceiros sexuais ou não acreditam em sua efetividade apresentam uma frequência maior na realização do teste (Samet e col., 1997; Renzi e col., 2001), imaginou-se, a princípio, que as mulheres que usavam camisinha para se proteger de doença poderiam ter a percepção de que não eram de risco para o câncer cervical e que, portanto, não havia necessidade de realizarem o teste de Papanicolaou numa periodicidade adequada. Apesar de que, o efeito protetor do uso de métodos de barreira, como o condom, no risco de infecção por HPV tem sido objeto de controvérsias nos estudos epidemiológicos.

Mas, independentemente do efeito da idade e do estado marital, observou-se que o uso de condom para se proteger de doença tornou-se positivamente associado à realização do teste de Papanicolaou, ou seja, as mulheres que usam camisinha com seus parceiros tiveram mais chances de terem realizado o exame colpocitológico nos últimos três anos em relação àquelas que não usavam. Para os autores adeptos de teorias comportamentalistas em saúde, tal relação entre o uso de condom e a realização do teste de Papanicolaou estaria inserida num quadro teórico de "*comportamentos preventivos em saúde*", em que se tem como pressuposto que a adoção de tais comportamentos, como o uso de condom para se proteger de doença, não fumar, fazer exercício físico, usar cinto de segurança, ou realizar o teste de Papanicolaou, é resultante de "*escolhas*" individuais de estilos de vida. No entanto, o uso de condom entre as mulheres com seus parceiros, como uma estratégia de proteção às doenças sexualmente transmissíveis,

parece estar relacionado ao grau de autonomia feminina na negociação sexual e reprodutiva, cuja habilidade é dependente tanto de fatores socioculturais quanto econômicos e também religiosos (Barbosa, 1999). Calnan (1985), por exemplo, observou que os melhores discriminantes para "*comportamentos preventivos*" ditos pessoais, como não fumar, usar cinto de segurança, fazer exercício físico e, podemos incluir aqui, o uso de condom, são as crenças sobre o autocontrole da saúde, o *status* de saúde e a "complacência" com recomendações médicas. Nesse sentido, o grau de autonomia feminina na negociação sexual e reprodutiva poderia atuar também em direção a outras práticas preventivas, como na realização do teste de Papanicolaou, sendo reflexo de uma maior autonomia e controle das mulheres sobre sua própria saúde. Além disso, deve-se considerar que a recomendação médica como preditor de comportamentos ditos pessoais, especialmente do uso de condom, poderia ter um lugar comum durante consultas à assistência ginecológica, sendo estimulado como um método contraceptivo, mas também como um meio de prevenir doenças sexualmente transmissíveis, entre elas, a infecção por HPV e o risco de lesões cervicais pré-neoplásicas e neoplásicas. Contudo, alguns autores sugerem que a relação entre o teste de Papanicolaou e "*comportamentos preventivos*" ditos pessoais, como o uso de condom, seria mais fraca, o que de fato ocorreu em nosso estudo, pois não implicaria necessariamente visitas regulares à assistência médica para a sua efetivação (Norman e col., 1991).

Outro fator associado à realização do teste de Papanicolaou foi o estado auto-avaliado de saúde geral das mulheres. Aquelas que auto-avaliaram sua saúde como regular relataram uma proporção maior na realização do teste alguma vez na vida em relação àquelas com um *status* de saúde auto-avaliado como fraco ou muito fraco. Ao passo que não houve diferenças estatisticamente significantes entre aquelas que auto-avaliaram sua saúde como boa ou excelente e aquelas que auto-avaliaram como regular quanto à realização do teste nos últimos três anos.

As investigações sobre a relação entre *status* de saúde e a realização do teste de Papanicolaou têm sido limitadas e inconsistentes. Alguns estudos não têm encontrado associação entre essas duas variáveis (Calnan, 1985; Ronco e col., 1991; Camirand e col., 1995; Zambrana, 1999; Mandelblatt e col., 1999). Outros, contudo, têm observado que as mulheres que auto-avaliam sua saúde como regular ou fraca apresentam uma taxa de realização do teste de Papanicolaou maior do que aquelas que auto-avaliam sua saúde como boa ou excelente (Norman e col., 1991; Mandelblatt e col., 1992; McPhee e

col., 1997; Wismer e col., 1998). Estes autores argumentam que as mulheres que auto-avaliam sua saúde como fraca ou regular teriam uma percepção maior de suscetibilidade à doença, o que as motivaria a procurarem o serviço de saúde, aumentando, assim, as suas chances de realizar o exame colpocitológico. Ou ainda, como outros autores sugerem, as mulheres que auto-avaliam sua saúde como fraca ou ruim poderiam apresentar alguma condição crônica, o que favoreceria sua maior interação com o serviço de saúde e, por conseguinte, teriam maiores chances de realizarem testes preventivos, como o de Papanicolaou (Bostick e col., 1994).

Vale lembrar que, mais da metade das mulheres que auto-avaliaram sua saúde como fraca ou muito fraca se consultou com algum profissional de saúde nas últimas quatro semanas anteriores à entrevista, porém após o ajuste por consulta médica, *status* de saúde fraco ou muito fraco permaneceu associado de modo estatisticamente significativo à menor realização do teste de Papanicolaou. Logo, em que pese a presença de alguma sintomatologia, crônica ou não e não relacionada à queixas ginecológicas, que se reflita potencialmente num estado de saúde auto-avaliado como fraco ou ruim, a assistência demandada e oferecida pode adquirir um caráter mais curativo, em resposta à queixa apresentada, desfavorecendo a oferta de serviços preventivos, como o teste de Papanicolaou. Já entre as mulheres que auto-avaliaram sua saúde como boa ou excelente e até mesmo regular, a taxa de realização do teste foi maior, mesmo após o controle por consulta médica no último mês, já que esta foi menor para este grupo. Novamente, poder-se-ia argumentar que o perfil da assistência demandada entre as mulheres que auto-avaliaram seu estado de saúde como bom ou excelente não esteja relacionada à presença de alguma queixa específica e adquira um caráter espontâneo por uma assistência mais promotora e preventiva em saúde. Cabe ressaltar que ao analisar o motivo para as mulheres terem realizado o último exame colpocitológico, 58% daquelas que auto-avaliaram sua saúde como boa ou excelente demandaram espontaneamente pelo exame, contra apenas 17%, cujo principal motivo foi a presença de queixas ginecológicas.

A ausência de informações sobre a procura por algum profissional de saúde independentemente da presença de alguma queixa e a auto-avaliação do *status* de saúde limitada às últimas quatro semanas anteriores à entrevista tornou difícil qualquer especulação sobre a relação observada entre a variável estado auto-avaliado de saúde e a realização do teste de Papanicolaou. Pois, o teste pode ter sido realizado anteriormente às últimas quatro semanas e a auto-percepção da saúde pode ter sido diferente.

Ademais, devido à natureza transversal do estudo, não é possível atribuir qualquer relação temporal entre os eventos, não permitindo, portanto, saber se a mulher que auto-avaliou sua saúde como boa ou excelente demandou pelo serviço preventivo ou se tal percepção decorreu do acesso e utilização deste serviço.

Quanto à relação entre tabagismo e a realização do teste de Papanicolaou, apesar de ter sido observado que as mulheres que autodesignaram como ex-fumantes ou fumantes atuais apresentarem uma taxa maior na realização do teste em relação às mulheres que nunca fumaram, tabagismo não permaneceu associado significativamente após o controle no modelo com as demais variáveis, concordante com outros estudos epidemiológicos (Peters e col., 1989; Bostick e col., 1994; Hubbell e col., 1996; Nascimento, Eluf-Neto e Rego, 1996; Zambrana, 1999; Maxwell e col., 2001).

As investigações sobre a associação entre tabagismo e a realização do teste de Papanicolaou, à semelhança do que ocorre com *status* de saúde, ainda são limitadas e também inconsistentes. Alguns autores argumentam que o hábito de fumar aumentaria a morbidade por problemas relacionados ao cigarro e que, portanto, aumentaria as visitas aos serviços de saúde e as chances de oferta de testes preventivos, como o de Papanicolaou (Simões e col., 1999). Sob tal argumento, a associação entre tabagismo e o teste de Papanicolaou poderia se dar muito mais pela demanda à assistência devido à presença de condições relacionadas ao cigarro do que propriamente ao *status* de risco ao câncer cervical que o tabagismo poderia representar às mulheres fumantes. Outros, contudo, argumentam que a presença de alguma condição crônica relacionada ao tabagismo poderia ser priorizada durante a assistência médico-curativa em detrimento de discussões sobre práticas preventivas e, conseqüentemente, menor oferta, por exemplo, do teste de Papanicolaou (Rakowski, Clark e Ehrick, 1999; Hsia e col., 2000).

Há ainda alguns autores que se valem de discursos comportamentalistas sobre estilos de vida, argumentando que o hábito de fumar, bem como o consumo de álcool comporiam um quadro de atitudes e comportamentos ditos "*não saudáveis*" e que, portanto, as mulheres adeptas a tais comportamentos não engajariam em ações preventivas como a realização periódica do teste de Papanicolaou (Ronco e col., 1991; Rakowski, Clark e Ehrick, 1999).

A relação entre a presença de corrimento vaginal nas últimas quatro semanas e a realização do teste de Papanicolaou também foi investigada, porém não se observou associação estatisticamente significativa entre essas duas variáveis. Alguns estudos têm observado que as mulheres que apresentam algumas condições ginecológicas

específicas, como infecção urogenital, doença inflamatória pélvica ou doenças sexualmente transmissíveis têm maiores chances de realizarem o teste de Papanicolaou (Peters e col., 1989; Wilcox e Mosher, 1993; Hernandez-Hernandez e col., 1998). No entanto, a presença de corrimento vaginal enquanto uma queixa inespecífica a princípio, quanto ao seu agente etiológico, pode não resultar, necessariamente, na coleta de material cérvico-vaginal para o teste de Papanicolaou. Sua presença restringe-se, às vezes, a depender dos recursos diagnósticos disponíveis e da possibilidade de continuidade do cuidado, a um simples exame clínico-ginecológico e na prescrição de um tratamento comum aos diferentes agentes potencialmente etiológicos do corrimento vaginal, especialmente aqueles relacionados às doenças sexualmente transmissíveis. Soma-se a isto, o fato de que a presença de corrimento vaginal pode não ser percebida pelas mulheres como uma demanda "legítima" à assistência médica, por ser considerada inerente ou "natural" à condição feminina (Lowndes, 1999), diminuindo, assim, a probabilidade de procura à assistência ginecológica.

5.3.4. *Fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde*

Primeiramente, deve-se salientar que a investigação da relação entre o acesso aos serviços de saúde e a utilização de serviços preventivos, como o teste de Papanicolaou, não se esgota nas variáveis de acesso examinadas neste subplano, sob o risco de adotar uma visão reducionista em detrimento a uma abordagem mais ampla em que se fazem presentes outras dimensões de acesso inter-relacionadas, como na tríade proposta inicialmente.

A primeira variável a ser investigada neste subplano foi *contato com profissional de saúde no último mês*, cuja associação com a realização do teste de Papanicolaou nos últimos três anos se mostrou estatisticamente significativa, mas não para a realização do teste alguma vez na vida. Provavelmente, a falta de associação observada para esta variável dependente deva-se à medida recente de utilização do serviço de saúde (no último mês) e que o acesso ao serviço de saúde, neste caso, esteja sendo refletido por outras variáveis indicadoras, como o número de gestações na vida, o uso de métodos contraceptivos alguma vez na vida, realização do teste para HIV, etc.

Cabe salientar, no entanto, que consulta com profissional de saúde por motivos diagnósticos pode não predizer, necessariamente, a oferta de serviços preventivos, como o teste de Papanicolaou, o que pode também ter explicado a fraca associação observada

entre a realização do teste nos últimos três anos e consulta com profissional de saúde no último mês. Mais da metade das mulheres que auto-relataram um *status* de saúde fraco ou muito fraco consultaram algum profissional de saúde no último mês porque se sentiram doentes, no entanto, nesta situação o foco de atenção médica é deslocado para a assistência curativa, podendo restringir a oferta oportuna de serviços preventivos por não ser motivo de demanda à assistência médica.

Contudo, a associação entre consulta médica no último mês e realização do teste nos últimos três anos permaneceu estatisticamente significativa, mesmo após o controle por *status* de saúde, o que poderia indicar, como têm sugerido diferentes autores, que independentemente do *status* de saúde, a associação entre essas duas variáveis se deva a uma maior oportunidade de recomendação médica e oferta do exame colpocitológico em conjunção a outras práticas assistenciais e não, necessariamente, a uma demanda específica pelo teste (Calnam, 1985; Ronco e col., 1991; Bostick e col., 1994; Nascimento, Eluf-Neto e Rego, 1996; Lantz e col., 1997; Dias da Costa e col., 1998; Hsia e col., 2000; Maxwell e col., 2001).

Outra dimensão de acesso investigada e que poderíamos, aqui, considerá-la pertencente ao plano de interação, sob o modelo teórico proposto, diz respeito à relação instituição/profissional de saúde e paciente, quanto ao acolhimento às necessidades postas pelas mulheres e à qualidade e satisfação da assistência prestada, ambas problematizadas, aqui, pela investigação sobre a presença de episódios de maus-tratos ou humilhação sofrida durante atendimento em saúde. Uma parcela considerável das mulheres entrevistadas disse já ter sofrido maus-tratos em atendimento em serviço de saúde (32%), sendo que, destas, 12,4% mencionaram haver sofrido maus-tratos ou humilhação durante o atendimento ginecológico.

Não foi observada associação estatisticamente significante entre história de maus-tratos em atendimento e realização do teste de Papanicolaou, bem como não foram observadas diferenças quanto à realização do teste e à presença de maus-tratos em atendimento ginecológico ou em outros serviços. A maioria dos episódios de maus-tratos ocorreu em serviços de urgência/emergência e de clínica médica, serviços em que a oferta de testes preventivos pode estar diminuída ou, em muitos casos, inexistente, o que poderia explicar a ausência de associação entre essas duas variáveis.

Mas, a despeito da ausência de significância estatística observada na relação entre o relato de episódio de maus-tratos em atendimento e a realização do teste de Papanicolaou, deve-se ressaltar a importância que se reveste a presença de maus-tratos

ou humilhação em serviços de saúde em geral e, em particular, no atendimento ginecológico, na geração de um sentimento de insatisfação, de perda de confiança, de desrespeito e de subjugação de crenças e valores, levando, muitas vezes, à rejeição de certas práticas e técnicas assistenciais, como o exame pélvico e a realização do teste de Papanicolaou. Não obstante o caráter subjetivo que se reveste a presença de episódios de maus-tratos ou humilhação relatados pelas mulheres quanto aos seus múltiplos significados, nestes, na maioria das vezes, estão subjacentes questões que dizem respeito às iniquidades nas relações de gênero, raça, classe social, geração, etc. que perpassam a prática cotidiana de atenção à saúde, fazendo-se presentes sob a forma de maus-tratos ou humilhação durante atendimentos em serviços de saúde, especialmente durante a assistência ginecológica, configurando-se, muitas vezes, como formas variadas e veladas de violência institucional.

Outros aspectos definidores do acesso e utilização de serviços de saúde puderam ser investigados, a partir das potenciais dificuldades enfrentadas pelas mulheres na procura e atendimento nos serviços, sendo sua presença relatada por 22% das mulheres entrevistadas. O tipo de dificuldade mais mencionada foi aquela relacionada à organização e provisão de serviços em saúde, como o longo período de espera para ser atendida ou para marcação de consulta, e aos problemas na relação interativa entre instituição/profissionais de saúde e usuárias. Tais dificuldades, somadas à falta de disponibilidade de serviços, recursos materiais e humanos, expressos na ausência de instrumentos e métodos diagnósticos, absenteísmo médico, falta de vagas em consultas ou paralisações nos serviços de saúde contabilizaram 58% das dificuldades mais mencionadas pelas mulheres.

As dificuldades financeiras relacionadas ao custo da assistência ou as dificuldades de acessibilidade geográfica ao serviço de saúde, traduzidas em problemas e custos de transporte ou na localização dos serviços, pareceram ser de menor importância em relação às barreiras organizacionais supracitadas. Lantz e col. (1997), por exemplo, em diferentes simulações baseadas num modelo de regressão logística, observaram que a eliminação apenas de barreiras financeiras não seria suficiente para garantir a realização do teste de Papanicolaou se outras barreiras não fossem removidas, especialmente aquelas relacionadas às dificuldades organizacionais/institucionais.

As dificuldades logísticas, representadas tanto por dificuldades de acessibilidade (geográfica) ao serviço de saúde, bem como pela falta de tempo devido à carga horária de trabalho ou não ter com quem deixar os filhos foram consideravelmente mencionadas

pelas mulheres entrevistadas. Sob este aspecto, alguns autores têm sugerido que entre as mulheres de baixo nível sócio-econômico outros fatores, além da falta de acesso financeiro ao serviço médico, poderiam explicar as menores taxas de *screening* neste grupo, entre eles, a menor oportunidade para buscar cuidados à saúde devido às maiores demandas no emprego ou para cuidar de seus filhos, o que não lhes daria tempo para o cuidado consigo própria (Katz e Hofer, 1994).

A ausência de associação estatisticamente significativa observada entre a presença de dificuldades no acesso e utilização dos serviços de saúde e a realização do teste de Papanicolaou pode ter se dado em decorrência da medida instantânea dessa variável, restrita à investigação no último mês, já que ao aproximar temporalmente a realização do teste de Papanicolaou (no último ano) observou-se associação entre as variáveis investigadas. Há a possibilidade, contudo, de que as mulheres consigam acessar o serviço preventivo, independentemente da existência de dificuldades por elas encontradas neste processo. McPhee e col. (1997), por exemplo, observaram que entre as mulheres que possuíam algum tipo de seguro-saúde privado ou um médico regular, as dificuldades logísticas ou organizacionais por elas encontradas no acesso ao serviço de saúde não se mostraram importantes preditores para a não realização do teste de Papanicolaou. Outros autores também não observaram associação estatisticamente significativa entre a realização do exame colpocitológico e a presença de algumas dificuldades financeiras, organizacionais ou logísticas na procura e atendimento em serviços (Peters e col., 1989; Wismer e col., 1998; Risendal e col., 1999). Cabe, no entanto, salientar que a presença de dificuldades no acesso e utilização de serviços preventivos, como o teste de Papanicolaou, especialmente aquelas relacionadas às barreiras organizacionais, como problemas na marcação de consulta, tempo de espera para ser atendida ou não ter vaga, foram um dos principais motivos relatados pelas mulheres para nunca terem realizado o teste de Papanicolaou.

5.3.5. Episódios de violência física ou sexual contra a mulher

Contrariando a hipótese inicial de que as mulheres que sofrem ou sofreram algum tipo de violência, física ou sexual, apresentariam uma taxa maior na realização do teste de Papanicolaou, em decorrência da maior utilização de serviços de saúde em geral observada entre essas mulheres (Heise, 1994), observou-se que as mulheres que sofreram violência sexual conjugal no último ano anterior à entrevista apresentaram uma menor prevalência na realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida e nos últimos três anos em relação àquelas que não haviam sofrido violência sexual. No entanto, não foram observadas associações estatisticamente significantes entre a realização do teste e a presença de episódios de violência física ou sexual na vida ou de violência física no último ano perpetrada por companheiro atual ou anterior.

Os poucos estudos encontrados que investigaram a relação entre violência conjugal física ou sexual e a realização de testes preventivos, como a mamografia, o exame clínico das mamas ou o teste de Papanicolaou, observaram que as mulheres que sofrem ou sofreram violência física ou sexual por parceiro íntimo nos últimos 12 meses relataram uma proporção menor na realização destes exames, em relação àquelas que não sofreram violência física ou sexual ou ainda àquelas que sofreram agressão verbal ou violência psicológica, porém a associação encontrada não foi estatisticamente significativa (Tollestrup e col., 1999; Verhoek-Oftedahl e col., 2000; Hathaway e col., 2000). Na análise destes estudos, contudo, observou-se que as taxas de resposta foram baixas, além de que os autores não investigaram isoladamente violência física e sexual na utilização do teste de Papanicolaou, o que dificulta a comparação com os nossos achados, pois a realização do teste pode ser diferenciada a depender do tipo de violência sofrida, se física ou sexual.

A utilização de outros serviços preventivos, como o de pré-natal ou a realização do teste para detecção de HIV, parece também estar prejudicada entre as mulheres que sofrem ou sofreram violência conjugal física ou sexual (Tollestrup e col., 1999; Heise, 1999). Os autores sugerem como explicação que os agressores podem desaconselhar ou prevenir suas parceiras de buscarem, por exemplo, cuidado pré-natal regular, como meio de ocultar a violência sofrida do provedor de saúde. No caso do teste para HIV, a aparente menor disposição entre as mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo de buscarem aconselhamento ou testagem para o HIV parece estar relacionada ao medo de uma retaliação violenta por parte do parceiro, do abandono ou de ser expulsa de casa

(Heise, 1999). No entanto, diferentemente da utilização de serviços como de pré-natal que apresenta uma periodicidade mensal ou semanal, a realização de testes preventivos, como o teste de Papanicolaou ou a mamografia, ocorre em intervalos maiores, anuais ou trienais e, nestes casos, os agressores podem não estar cientes destas visitas aos provedores pelas suas parceiras ou não percebê-las como uma ameaça, o que poderia explicar a ausência de associação entre violência e realização do exame colpocitológico, observada em alguns estudos (Tollestrup e col., 1999).

A dinâmica da interação entre as mulheres em situação de violência e a utilização de serviços de saúde em geral e, em particular, de serviços preventivos é complexa e ainda pouco estudada, e talvez possa depender do tipo de violência sofrida, de sua severidade e do perpetrador do ato violento. A única associação estatisticamente significativa observada entre violência e a realização do teste de Papanicolaou, após controle no modelo de regressão múltipla, foi entre a forma sexual de violência, sofrida no último ano e perpetrada por parceiro íntimo. Não foi observada associação entre a realização do teste e a presença de episódios de violência física ou sexual perpetrados por familiares, conhecidos ou estranhos na infância ou na adolescência (antes dos 15 anos) ou na vida adulta (após os 15 anos) (dados não apresentados). Talvez isto se deva ao fato dos episódios de violência doméstica perpetrada por parceiro íntimo sejam mais severos e, potencialmente, repetitivos do que aqueles perpetrados por familiares, conhecidos ou estranhos fora do âmbito doméstico, como mostra estudo realizado por Schraiber e col. (2002). Tais características, aparentemente, relacionadas à violência conjugal podem ter um impacto maior no cuidado de si e na busca por cuidados médico-assistenciais pelas mulheres em situação de violência, além de que o pouco tempo desde o último episódio de violência pode constituir-se num elemento restritivo à busca por assistência médica, devido ao trauma físico ou psicológico ou às ameaças por parte do parceiro. Apesar de que, a presença de violência física ou sexual, bem como de violência psicológica, pode ter consequências imediatas ou a longo prazo para a saúde física e mental das mulheres, a depender menos do tempo desde o último episódio e mais de sua severidade e frequência (Ellsberg, 1999).

O perfil de uso dos serviços de saúde por mulheres em situação de violência pode ainda ser diferenciado a depender do tipo de violência sofrida e/ou do acolhimento técnico-organizacional e humano à questão por parte dos serviços e profissionais de saúde. Os casos de violência doméstica podem não aparecer como uma demanda espontânea à assistência por parte das mulheres, ao menos quando na presença de

alguma queixa anátomo-patológica que justifique a intervenção médica (Schraiber e D'Oliveira, 1999). Assim, nos casos de violência física doméstica, as injúrias causadas pela agressão talvez sejam uma demanda "legitimada" aos serviços de saúde, embora corram o risco de não serem desveladas como casos de violência doméstica, e são tratadas, na maioria das vezes, em nível de emergência, clínica geral ou atenção básica, o que poderia explicar, em parte, a falta de associação entre a realização do teste de Papanicolaou e a ocorrência de episódios de violência física.

No caso da violência sexual conjugal, esta pode não ser vista como uma demanda "legítima" nem por parte das mulheres nem pelos serviços e profissionais de saúde, baseados em atitudes em relação aos papéis de gênero de que uma "boa esposa" deve, incondicionalmente, manter relações sexuais com seu marido, mesmo contra sua vontade. Além de que, a situação de violência sexual pode restringir a busca por cuidados médicos em geral e específicos, como uma consulta ginecológica, por medo, vergonha ou medo de retaliação por parte do parceiro por constituir-se numa ameaça ao desvelamento da violência sofrida.

Pôr último, deve-se ressaltar que todas essas formas de violência têm conseqüências que ultrapassam a esfera da saúde física, tendo importantes repercussões para a saúde mental das mulheres. Depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, suicídio, fobias, desordem alimentar, alcoolismo ou abuso de drogas e baixa auto-estima estão entre as desordens psicológicas mais citadas (Heise, 1999, Elseberg, 1999, Hathaway e col., 2000) entre as mulheres em situação de violência e são formas, potencialmente, incapacitantes do cuidado de *si* e de *outros*, o que poderia também sugerir uma busca diminuída por cuidados preventivos em saúde.

Este estudo, além de constituir-se o primeiro inquérito epidemiológico brasileiro a investigar a influência de episódios de violência contra a mulher no uso de serviços preventivos, como o teste de Papanicolaou, vem reforçar a hipótese de que a potencial associação entre câncer cervical e violência contra a mulher, especialmente a violência sexual, pode também ser decorrente da menor taxa na realização do teste de Papanicolaou ou sua realização numa periodicidade inadequada entre as mulheres que sofrem violência, sujeitando-lhes a um risco maior de diagnóstico tardio de lesões cervicais pré-neoplásicas ou neoplásicas. Além de que, a maioria destas lesões estão associadas à infecção pelo vírus papiloma humano (HPV), cujo risco de transmissão pode ainda estar aumentado entre as mulheres que sofrem ou sofreram violência sexual.

5.4. *Escolha, Chance ou Obrigação?* Motivos relatados pelas mulheres para realizarem o teste de Papanicolaou

As ações humanas estão inseridas numa complexa e emaranhada rede de relações e estruturas sociais, em que os indivíduos atribuem-lhe, subjetivamente ou coletivamente, significados, intencionalidades ou motivações, valores pessoais e sociais, e estão sujeitas às normas historicamente definidas, e às estruturas permissivas ou restritivas ou, até mesmo, coercitivas de seu contexto sociocultural. Assim, não poderia ser diferente com a realização do teste de Papanicolaou, em que se fazem presentes o aspecto relacional das ações humanas nos planos técnico e moral, os significados, os valores e as crenças que os indivíduos, especificamente as mulheres, atribuem a esta técnica, bem como aqueles atribuídos por outras instâncias reguladoras de tais ações, como a prática médica-sanitária e as estruturas sociais e econômicas que tornam possível ou não a sua realização.

A despeito do caráter quantitativo da presente investigação e, por conseguinte, sua limitação quanto à investigação de processos de subjetivação, percepção e significação das ações humanas, construídos individual ou coletivamente, tem-se em mente o importante papel destes processos no ato de realizar ou não o teste de Papanicolaou. No entanto, num sentido mais pragmático, têm-se identificado e sido descrito na literatura epidemiológica alguns caminhos ou motivos em direção à realização do teste de Papanicolaou pelas mulheres: por demanda espontânea ao exame colpocitológico; feito quando na presença de queixas ginecológicas; como parte de outro procedimento ginecológico ou obstétrico ou por recomendação médica (Sanson e col., 1971) ou programática, ou seja, como resultado de um convite de um programa organizado de *screening* (Eardley, 1985). Tais motivos, muitas vezes, sobrepõem-se no processo de realização do teste de Papanicolaou a depender das circunstâncias, opções ou necessidades postas pelas mulheres em diferentes épocas de sua vida, o que levou-nos à restrição desta questão aos motivos de realização do último teste de Papanicolaou.

Em nosso estudo, mais da metade das mulheres entrevistadas que já haviam realizado o teste de Papanicolaou mencionou como principal motivo para a realização do último exame a procura espontânea, mencionada, muitas vezes, de rotina ou para prevenir o câncer. A maioria dessas mulheres pertencia à faixa etária de 35 a 49 anos, priorizada pelos programas de prevenção ao câncer cérvico-uterino, era casada e com um nível sócio-econômico relativamente alto, em comparação às demais mulheres que

mencionaram outros motivos. Sansom e col. (1971), ao investigarem as circunstâncias que levavam as mulheres a realizar o teste de Papanicolaou, observaram que entre as mulheres que relataram procura espontânea pelo exame, 68,4% tinham mais de 35 anos, ao passo que entre as mulheres que relataram que fizeram o teste como parte de outro procedimento ginecológico, em geral, durante o puerpério, 54,3% tinham menos de 35 anos. Simões e col. (1999) observaram que as mulheres com baixo nível de escolaridade ou aquelas em que o custo foi uma barreira de acesso ao serviço de saúde tiveram menos chances de terem feito o último teste por motivos de rotina ou *screening* e mais sujeitas a terem realizado o teste por motivos diagnósticos, ou seja, quando na presença de alguma queixa ginecológica que incitaria-lhes a buscar assistência médica. De fato, como observado em nosso estudo, as mulheres que relataram como principal motivo para realizar o teste a presença de queixas ginecológicas apresentavam um nível sócio-econômico mais baixo, 40% pertenciam ao grupo sócio-econômico C, de menor poder aquisitivo e escolaridade em relação aos grupos A ou B. Os autores argumentam que a relação entre o nível de escolaridade e a demanda espontânea pelo exame deve-se ao maior conhecimento que tais mulheres teriam sobre o teste, sua finalidade e a necessidade de sua periodicidade. Tal argumento é reforçado por Sanson e col. (1971) que mostram que 90% das mulheres que demandaram pelo exame sabiam da necessidade de repeti-los periodicamente, ao passo que mais da metade que realizou como parte de outro procedimento médico não sabia da necessidade de sua periodicidade regular.

A despeito do grande número de mulheres que relataram como principal motivo para a realização do teste a demanda espontânea (55,0%), a revisão da literatura e os fatores associados à realização do teste, aqui observados, mostram-nos que, de modo geral, a realização do teste parece estar mais relacionada à oportunidade ou *chance* de sua oferta durante outras práticas assistenciais, fazendo parte de procedimentos ginecológicos ou obstétricos (Sanson e col., 1971; Wilcox e Mosher, 1993; Maxwell e col., 2001) ou quando na presença de alguma recomendação médica para realizar o teste (Ronco e col., 1991; Munoz e col., 1999; Risendal e col., 1999) do que propriamente adquirindo um caráter espontâneo, de "livre escolha", a partir do reconhecimento de um *status* de risco ou da adoção de medidas preventivas por parte das mulheres. Deve-se, então, admitir duas possíveis situações que possam explicar a proporção relativamente alta de mulheres que mencionaram como principal motivo para realizarem o último teste a demanda espontânea: a primeira, como reflexo do aparente aumento da cobertura do

teste de Papanicolaou no município de São Paulo, especialmente após a campanha nacional de combate ao câncer cérvico-uterino, iniciada em 1998, com a intensificação da coleta de material cérvico-vaginal, a procura "espontânea" pelo exame entre as mulheres com acesso ao serviço de saúde pode, realmente, ter se acentuado nos últimos anos. A segunda, não exclui a primeira e está relacionada à potencial superestimação que o relato do motivo para realizar o exame por demanda espontânea tenha adquirido neste estudo, devido ao viés da resposta social e moralmente desejável. Como já citado, a acurácia do auto-relato na realização do teste por motivos de rotina é menor do que quando realizado por motivos diagnósticos (Suarez e col., 1995; McGovern e col., 1998). As mulheres podem ter percebido que a admissão de práticas e condutas ditas preventivas, como a procura espontânea pelo exame, isentaria-lhes de qualquer julgamento moral por não terem adotado um comportamento mais saudável, mais "correto". Nesse sentido, o grau de espontaneidade da ação pode vir acompanhado de um certo sentimento de *obrigatoriedade moral e pública* e de *responsabilidade privada*, mesmo entre aquelas que realmente demandaram espontaneamente pelo teste de Papanicolaou.

A realização do teste torna-se uma obrigatoriedade pública e moral sob a perspectiva utilitarista do ato (Vásquez, 1999), ou seja, a realização do exame colpocitológico passa a ser vista como algo que todas as mulheres deveriam fazer e querer, pois "*é uma boa coisa a se fazer*", segundo o discurso leigo das mulheres (Sanson e col., 1971; Bush, 2000) — mas imbuído de normas médicas e sociais bem estabelecidas — e o discurso médico institucionalizado direcionado às mulheres. O ato bom, aqui, se revela como um ato moral, sujeito a aprovações e desaprovações, e algo útil e correto a se fazer que trará não somente benefícios individuais, mas coletivos, no sentido de que trará a diminuição nas taxas de incidência e mortalidade por câncer de colo do útero.

A realização do teste torna-se uma responsabilidade privada, sob a perspectiva do conceito de autocuidado, como um componente-chave do discurso de risco dominante nas sociedades pós-industriais (Lupton, 1993). Cabe salientar que o conceito de autocuidado, apesar de ter sido defendido pelo movimento feminista na busca de autonomia e auto-determinação das mulheres sobre seus corpos e suas vidas e independente da autoridade médica, acabou adquirindo outro significado, sob a perspectiva da adoção de *estilos de vida* mais saudáveis. Sob tal perspectiva, o conceito de autocuidado adquiriu um caráter normalizador (Mitjavila, 1999), pois transferiu para

os indivíduos a total responsabilidade para com sua saúde, de suas "escolhas" comportamentais e do gerenciamento e modificação de suas condutas individuais de risco.

O conceito de autocuidado, sob a perspectiva de estilos de vida, passou a ser, para alguns autores, uma estratégia de medicalização¹, normalizadora ou, sob uma análise foucaultiana, *"um tipo de vigilância que o Estado pratica sobre os indivíduos, nos seus corpos com a finalidade de regular suas condutas sobre a forma de uma relação social baseada na existência de parâmetros para o exercício da liberdade individual que são construídos a partir de coerções sutis sobre os mesmos, responsabilizando-os sobre sua própria saúde"* (Mitjavila, 1999). Portanto, qualquer falha em sua saúde é devido à "negligência" ou ao comportamento inadequado, não saudável, ou de risco dos indivíduos. Uma situação um tanto paradoxal, como coloca Castiel (1999), pois, segundo ele, *"se são atribuídas às pessoas suas escolhas de estilos de vida (dentro, é claro, de suas margens de aquisição/acesso), incluídos no "pacote" fatores considerados de risco, então, supõe-se este subconjunto como o estilo de risco, como se as pessoas "escolhessem" exposições a riscos como forma de levar suas vidas"*. Logo, segundo o autor, não teria sentido a aplicação desse conceito em condições sócio-econômicas desfavoráveis, em que as pessoas não elegem estilos de vida, pois na falta de opções, o que lhe sobram são *"estratégias de sobrevivência"*. É nesse sentido, que se deve perguntar o quão espontâneo ou voluntária foi a demanda pelo exame, pois mesmo a espontaneidade da ação não pressupõe, necessariamente, uma escolha autônoma, uma tomada de decisão livre de processos permissivos ou, até mesmo, coercitivos. Ademais, vale questionar se as mulheres que realizaram o último teste por outros motivos que não a demanda espontânea escolheram de forma autônoma e consciente por não procurarem o teste (o que lhe era de direito), ou se tais mulheres não tiveram alternativas do que esperarem a *chance* ou a *oportunidade* de coletar o exame em conjunção a outras atividades assistenciais ou quando na presença de alguma queixa ginecológica. Ou, ainda, tiveram que esperar a obtenção de uma recomendação médica para realizá-lo.

¹ O conceito de Medicalização tem sido objeto de estudo de muitos autores e várias são as suas definições. Para simplificar, tomemos a definição de Becker e Nachtigal (1992), segundo os quais *"a medicalização se refere aos processos pelos quais experiências humanas são redefinidas como problemas médicos"*. Assim, várias foram as tentativas, muito bem sucedidas historicamente, de transformar aspectos da vida cotidiana das mulheres ou referentes aos diferentes eventos de sua vida, como os processos de menarca, contracepção e concepção, parto, infertilidade e, até mesmo, ações de prevenção em saúde, em termos de saúde e doença, normal ou patológico, porém num sentido muito mais valorativo/normativo do que anátomo-patológico.

Vale dizer, alternativas, estas, facilitadas ou dificultadas por elementos culturais e sócio-econômicos da vida cotidiana das mulheres.

Além disso, entre aquelas que mencionaram como principal motivo da realização do teste a demanda espontânea, o exame *de rotina* teve um lugar comum nas falas das mulheres, como também é assim que o chamam os profissionais de saúde. Cabe, no entanto, analisar qual o significado que a realização do exame *de rotina*, como é nomeado por muitas mulheres ou mesmo pelos profissionais de saúde, assume na prática assistencial às mulheres. Segundo Bush (2000), em pesquisa qualitativa realizada com mulheres inglesas de 20 a 64 anos, o teste de Papanicolaou ganha um *status* de exame de rotina, sob um discurso "leigo" das usuárias e institucionalizado da prática médica que realizá-lo "*faz parte normal de ser mulher*", ou seja, como algo que faz parte da vida cotidiana das mulheres, tornando-se um elemento constitutivo na construção de sua feminilidade. Assim, o teste de Papanicolaou passaria a compor o elenco de atos, comportamentos e atitudes ditas femininas, em que todas as mulheres deveriam e almejavam realizá-lo, como se o realizando estivessem praticando e reafirmando regularmente sua feminilidade. Logo, as mulheres que não respondessem espontaneamente aos convites dos programas de *screening* ou não aspirassem por tal ideal feminino seriam consideradas "desviantes" de uma norma socialmente imposta, além de que não cumpririam, sob tal discurso, sua obrigatoriedade pública e responsabilidade privada.

O discurso de normalidade ou de rotina relacionado ao exame colpocitológico é construído e reproduzido não somente pelos programas organizados de prevenção, incitando as mulheres a realizarem o teste de forma "espontânea e voluntária", mas se faz presente também durante a prática ginecológica ou obstétrica, em que é atribuído ao exame um caráter complementar ou de rotina de outras atividades assistenciais, como o pré-natal, puérpero ou planejamento familiar, cuja demanda, como vimos, é comum entre mulheres mais jovens, entre 25 a 34 anos.

Já para 18,2% da amostra de mulheres entrevistadas, à semelhança de outros estudos, o processo de realização do teste de Papanicolaou se dá quando na presença de queixas ginecológicas (Hubbell e col., 1996; Jennings, 1997; Hernandez-Hernandez e col., 1998; Lazcano-Ponce e col., 1999; Simões e col., 1999; Maxwell e col., 2001). Tal atitude nos remete a considerar uma questão mais ampla e complexa, que diz respeito à própria construção cultural e significação dos fenômenos de saúde e doença pelos indivíduos e coletividades, sendo também tributária de um discurso, historicamente,

instaurado pela medicina curativa, cuja ênfase no diagnóstico específico e tratamento especializado ainda encoraja os indivíduos a buscarem cuidado médico quando sintomas reconhecíveis estão presentes.

Para McKie (1995), os programas de *screening* de câncer cervical encorajam as mulheres a buscarem regularmente o teste de Papanicolaou quando sintomas ginecológicos não estão presentes, o que para ela contradiz o discurso e a prática médica comumente difundidos de busca ao cuidado à saúde. Sob tal discurso, há uma ênfase no caráter diagnóstico do teste, sendo visto como um teste para diagnosticar, além de lesões cervicais, queixas ginecológicas, como corrimento vaginal, infecções vaginais e urinárias e doenças sexualmente transmissíveis (Lazcano-Ponce e col., 1999; Lee e col., 2000). Esta ênfase não contraria sua natureza, mas também não o exclui de sua função de prevenção secundária, já que se configura como um teste de rastreamento de lesões cervicais ainda em suas fases pré-neoplásicas e, conseqüentemente, passíveis de cura em 100% dos casos. Mas pode acarretar numa crença justificável de que como um teste diagnóstico, a condição sintomática da doença, em algum momento e sob várias formas, deva estar presente para caracterizá-lo como tal. Logo, a ausência de sinais e sintomas que caracterizem a presença de algo errado no organismo acaba prevenindo as mulheres de buscarem cuidado médico-ginecológico. Isto pôde ser observado em nosso estudo ao perguntarmos às mulheres qual o principal motivo para nunca terem realizado o teste de Papanicolaou, 42% responderam que achavam que eram saudáveis por não apresentarem queixas ginecológicas e, conseqüentemente, não viam necessidade de realizá-lo, resposta semelhante encontrada em outras investigações (Harlan e col., 1991; Pérez-Stable e col., 1994; Chavez e col., 1997; McPhee e col., 1997; Maxwell e col., 2001). Ademais, em muitos casos, a presença de alguns sinais e sintomas, como o corrimento vaginal, pode não ser traduzida como algo de errado no organismo, pois são considerados sintomas "normais" ou "típicos" à condição feminina.

Lazcano-Ponce e col. (1999), em estudo qualitativo realizado com mulheres entre 25 e 35 anos residentes em áreas rurais e urbanas no México, observaram que uma das barreiras à realização do teste de Papanicolaou foi a falta de conhecimento sobre a etiologia da doença, especialmente de sua fase assintomática. As mulheres concebiam ser saudáveis como sinônimo de ausência de sintomas e, de forma contrária, a existência de doença era a presença de sintomatologia, especificamente a dor. A falta de conhecimento da condição assintomática da doença também foi notada por outros estudos que mostraram que as mulheres, geralmente, reconhecem sintomas

característicos de uma fase mais tardia da doença, como o sangramento vaginal, dor vaginal e pélvica (Lee e col., 2000). Isto poderia explicar porque a maioria dos casos de câncer de colo do útero diagnosticados pelo teste de Papanicolaou já se apresenta numa fase tardia da doença, cujo prognóstico já não é tão alentador, contribuindo para a permanência das altas taxas de mortalidade por câncer cervical, a despeito do relativo aumento na cobertura do teste de Papanicolaou.

Uma parcela considerável das mulheres entrevistadas neste estudo mencionou como principal motivo para a realização do último teste de Papanicolaou a recomendação médica (25%). Semelhante a outros estudos, a recomendação por parte de um profissional de saúde adquire um importante papel na decisão de realizar ou não o exame colpocitológico (Ronco e col., 1991; Munoz e col., 1999; Risendal e col., 1999), pois, talvez, investido de poder e autoridade tecno-científica, o profissional médico crie condições para a persuasão e, em alguns casos, até mesmo coerção dos seus pacientes, conferindo-lhe uma licença para prescrever atos e comportamentos ditos preventivos. É nesse sentido, que se deve perguntar o quão *recomendado* também é o teste de Papanicolaou durante a prática médica, permitindo uma tomada de decisão autônoma e informada sobre os prós e contras do teste de Papanicolaou.

Assim, tanto para a recomendação médica individualizada quanto para a recomendação programática, ou seja, aquela direcionada a uma "população-alvo" que é convidada a participar de um programa organizado de prevenção ao câncer cervical, podemos transpor o mesmo discurso mencionado anteriormente de *obrigatoriedade pública e responsabilidade privada*, pois a recomendação pode acabar deixando pouco espaço para uma escolha autônoma e informada e adquirir um caráter compulsório e prescritivo do que preferivelmente voluntário. Segundo Marshal (1996), isto se deve à atitude "*paternalista benevolente*" presente na prática médica, em que o profissional "*não intencionalmente ou inadvertidamente utiliza de seu poder médico, de sua autoridade, para coagir suas pacientes a tomarem decisões que elas próprias não consideram de seu maior interesse*". Tal paternalismo configura-se, especialmente, na recomendação programática, sob a forma de campanhas comunicacionais de educação em saúde pública para a prevenção do câncer cérvico-uterino ou campanhas de natureza estritamente técnica, como os programas de rastreamento do câncer cervical, por tentarem persuadir a "população-alvo" a modificar uma conduta considerada de risco e adotar estilos de vida mais saudáveis e comportamentos preventivos, como a realização

regular do teste de Papanicolaou, apelando para argumentos morais e políticos de obrigatoriedade pública e responsabilidade privada.

Cabe salientar que, tais campanhas em saúde pública, à semelhança das campanhas publicitárias, têm como objetivo promover, recomendar, aconselhar, persuasivamente, um ato e/ou comportamento considerado *"a coisa certa a se fazer"*. No caso das campanhas em saúde pública o objetivo é promover, pelo menos teoricamente, a saúde e, para tanto, podem fazer uso de três elementos de influência social, potencialmente, presentes também na recomendação médica individualizada: a persuasão, a manipulação e a coerção (Faden, 1987).

Atualmente, como coloca Faden (1987), muitas campanhas em saúde pública inclui ambos elementos de persuasão e manipulação. A influência social sob a forma de coerção implica uma intervenção mais rígida e regulatória sobre a saúde e a vida dos indivíduos e teve seu auge nas origens do campanhismo sanitário do início do século XX (Costa, 1985), sendo, aos poucos, substituídas por formas mais sutis de intervenção, que adquirissem uma conotação mais persuasiva, mas ainda com elementos manipulativos. A persuasão, por sua vez, segundo o autor, é *"uma tentativa bem sucedida e intencional de induzir uma pessoa, por meio de um discurso estruturado e racional, a livremente aceitar como próprio seu, as crenças, atitudes, valores, comportamentos e ações defendidas pelo agente influente"*. Para ele, as escolhas de uma pessoa que tem sido meramente persuadida, são escolhas autônomas e que, portanto, não teriam grandes implicações éticas. Já a manipulação, da informação ou psicológica, consistiria num *"ato intencional que com êxito influenciaria uma pessoa, por alterar, não persuasivamente, o seu entendimento da situação, modificando as percepções das opções disponíveis, como a mentira, a omissão da informação, tomar vantagem do medo, da ansiedade, da dor ou utilizar estratégias de apelo emocional, induzindo a culpa e sentimentos de obrigação"*.

Um exemplo de manipulação psicológica é o sentimento de medo relacionado ao câncer em geral e ao câncer cérvico-uterino, em particular, criado e perpetuado pelo discurso de risco presente nas campanhas em saúde pública, bem como na esfera individualizada de assistência médica, convencendo as pessoas da ameaça e do perigo que correm se não adotarem certos comportamentos ditos preventivos (Lupton, 1993), ou seja, a realização do teste de Papanicolaou. Nesse sentido, o medo, segundo Bush (2000), pode servir como um elemento regulatório e propulsor à realização do teste de Papanicolaou, devido à crença fatalística perante a doença e do risco inerente a não

ação, induzindo, assim, um sentimento de culpa, de obrigação e de responsabilização exclusiva pela saúde e pela doença.

No entanto, o medo pode acabar adquirindo um efeito contrário ao que deseja o discurso do risco, tornando-se muito mais um elemento restritivo à realização do teste de Papanicolaou. Sentimentos de medo em relação ao teste, à doença, à dor do exame ginecológico e ao recebimento de um resultado positivo foram um dos motivos relatados pelas mulheres no presente estudo para nunca terem realizado o teste de Papanicolaou, semelhante ao que tem sido observado por outros autores (Peters e col., 1989; Cockburn e col., 1992; Mckie, 1993; Pérez-Stable e col., 1994; Lopes e col., 1995; Seow e col., 1995; Merigui e col., 1997; Munoz e col., 1999).

Enfim, deve-se ter em mente que os caminhos à realização do teste de Papanicolaou, basicamente constituídos pela demanda espontânea, recomendação médica ou programática, presença de queixas ginecológicas ou, ainda, como parte de outros procedimentos clínico-ginecológicos, não são processos estanques que não permitam suas confluências em determinadas situações. Na prática, os motivos para a realização do teste, muitas vezes, interpõem-se, com a possibilidade da mulher considerar que demandou espontaneamente pelo exame, logo após uma recomendação programática, sob a forma de um *"screening organizado"* (Gustafsson e col., 1995; 1997), ou que a recomendação médica e a realização do teste foram oportunamente oferecidas durante outras atividades assistenciais, constituindo, assim, o chamado *"screening oportunístico"* (Gustafsson e col., 1995; 1997). Mas, independentemente do modo como as mulheres realizam o teste de Papanicolaou, cabe perguntar se a existência de uma forma ou outra de detecção de lesões cervicais ou da presença conjunta destes diferentes caminhos à realização do teste tem sido efetiva em reduzir as taxas de incidência e mortalidade por câncer cérvico-uterino.

Vimos que a realização do teste de Papanicolaou quando na presença de alguma sintomatologia não tem se mostrado efetiva em reduzir os casos de câncer cérvico-uterino, pois o teste pode ser feito numa fase já tardia da doença, com pior prognóstico, contribuindo, assim, para a permanência das taxas de mortalidade por câncer cervical em níveis não compatíveis com o aumento aparente da cobertura do teste de Papanicolaou. Entre as mulheres que demandaram espontaneamente pelo teste, a despeito do seu potencial viés de superestimação e do real grau de espontaneidade à ação, a realização do teste parece ser resultante do acesso diferenciado ao serviço de saúde que tais mulheres possam ter, já que são, predominantemente, mulheres com

melhor nível sócio-econômico, independentemente do seu *status* de risco para o câncer cervical. A realização do exame colpocitológico pode adquirir uma periodicidade mais regular entre estas mulheres, cujo acesso ao serviço de saúde e potencial conhecimento sobre o teste de Papanicolaou, sua finalidade e importância tornariam-lhes de menor risco para o desenvolvimento de câncer cervical. No entanto, a demanda espontânea pelo teste ainda não é uma realidade para a população feminina de maior risco para o câncer de colo do útero, que são aquelas que nunca realizaram o teste de Papanicolaou ou realizam-no de maneira irregular, freqüentemente, caracterizadas por mulheres de baixo nível sócio-econômico e, conseqüentemente, menor acesso a serviços preventivos.

Como observado em nosso estudo, o perfil das mulheres entrevistadas que realizaram o teste de Papanicolaou alguma vez na vida e nos últimos três anos nem sempre coincide com um risco maior para o desenvolvimento do câncer cervical, mas à oportunidade ou chance de sua provisão em conjunção a outras atividades assistenciais, o chamado *screening oportunístico*, semelhante ao que se tem observado em outros estudos (Sanson e col., 1971; Ronco e col., 1991; Wilcox e Mosher, 1993; Munoz e col., 1999; Risendal e col., 1999; Maxwell e col., 2001). A realização do teste de Papanicolaou se mostrou associada a fatores, como uso de métodos contraceptivos, número de gestações, realização do teste para a detecção do HIV e consulta médica no último mês, entre outros, que, direta ou indiretamente, estão relacionados a atividades assistenciais, em que a recomendação médica e a oferta do teste de Papanicolaou, oportunamente, se fazem presentes. Além disso, a realização do teste devido à recomendação médica ou como parte de outro procedimento assistencial ou quando na presença de alguma queixa ginecológica contabilizaram 43% dos motivos relatados pelas mulheres para terem realizado o último teste de Papanicolaou.

Alguns autores argumentam que a realização do teste de Papanicolaou de forma oportunística apresenta algumas limitações, pois a cobertura do exame acaba tendo uma distribuição irregular, sendo realizado, repetidamente, somente em algumas mulheres e, geralmente, as de menor risco do ponto de vista epidemiológico, visto que são, geralmente, mulheres mais jovens, entre 25 a 34 anos, em que se observa uma demanda ao serviço de saúde em busca de serviços de pré-natal ou de planejamento familiar. Nesta faixa etária é mais freqüente o *overscreening* destas mulheres (Gustafsson e col., 1995), ou seja, a realização do teste torna-se repetitiva, sendo realizado com maior freqüência do que a necessária, não se caracterizando, portanto, uma prática custo-efetiva. Argumenta-se que tal forma de *screening* não teria a mesma eficiência que os

programas "organizados" de *screening*, dirigidos a uma população específica, de maior risco epidemiológico para o câncer cérvico-uterino (Day, 1989). No entanto, já foram descritas reduções nas taxas de incidência (padronizadas por idade) em diferentes países onde não havia nenhum programa organizado de rastreamento do câncer cervical e o *screening* oportunístico era a forma predominante (Gustafsson e col., 1997).

Há também que se considerar que o *screening* oportunístico configura-se como um importante elemento na prevenção do câncer cervical na ausência de programas organizados de *screening*, bem como uma forma complementar de detecção e seguimento de mulheres com alterações cervicais. A oferta de serviços preventivos de forma oportuna durante outras atividades assistenciais tem sido amplamente recomendada como uma estratégia para aumentar o conhecimento e a adesão a práticas preventivas, a despeito de sua viabilidade questionada numa situação onde a assistência curativa é privilegiada. Stange e col. (1998), por exemplo, num estudo realizado para investigar a taxa de oferta de serviços preventivos durante visitas à atenção primária devido à presença de alguma queixa aguda ou crônica, observaram que a oferta do teste de Papanicolaou foi restrita a apenas 6% das 358 mulheres elegíveis à realização do exame. Gomes e Carvalho (1992) também notaram que 57% das pacientes com diagnóstico de câncer cervical tinham passado por alguma forma de contato com profissional de saúde nos três anos anteriores ao diagnóstico, mas não receberam, oportunamente, nenhuma oferta de realização do teste de Papanicolaou.

Em contrapartida, outros autores sugerem que as circunstâncias em que as mulheres realizam o teste de Papanicolaou não são um fator decisivo para reduzir as taxas de incidência do câncer cérvico-uterino. Gustafsson e col. (1995), por exemplo, numa coorte retrospectiva realizada em dois condados suecos, observaram que a razão de detecção, definida como o número de carcinoma *in situ* detectados por 1000 testes realizados, foi similar entre o *screening* oportunístico e organizado, após ajuste por idade e intervalo de tempo desde o último teste. Além disso, neste mesmo estudo, os autores observaram que a razão de detecção de lesões cervicais neoplásicas específica por idade apresentou um pico ao redor dos 50 anos somente para os exames colhidos durante programas organizados de *screening*. Já para aqueles colhidos de forma oportunística, durante outras atividades assistenciais, como pré-natal ou planejamento familiar ou quando na presença de queixas ginecológicas, o pico na razão de detecção ocorreu, especialmente, entre a faixa etária de 25 a 35 anos, em que se observa uma demanda por tais serviços, mas também acima dos 70 anos (Gustafsson e col., 1995), o

que sugere que a realização do teste neste grupo etário mais avançado ocorra em conjunção a atividades assistenciais relacionadas à presença de alguma condição crônica.

Quanto ao *screening organizado*, apesar da ausência de dados neste estudo sobre a participação das mulheres entrevistadas em programas organizados de rastreamento de câncer de colo uterino, este tem sido considerado, por alguns autores, mais efetivo em reduzir as taxas de incidência e mortalidade por câncer cervical do que o *screening* oportunístico, pois é direcionado a uma população específica, de maior risco para o desenvolvimento da doença. O consenso observado na literatura epidemiológica quanto à efetividade do *screening* organizado para o câncer cervical advém, como vimos, principalmente, de comparações nas tendências temporais de redução nas taxas de incidência e mortalidade por câncer cervical em diversas populações, nas quais programas organizados de *screening* foram realizados, como por exemplo, nos países nórdicos (Day, 1989; Gustafsson e col., 1997).

Contudo, a efetividade dos programas de rastreamento em reduzir as taxas de morbi-mortalidade por esta doença tem se mostrado limitada em mulheres com menos de 30 anos de idade e acima dos 60 anos (Day, 1989; Gustafsson e col., 1997), o que poderia explicar o padrão observado nas taxas de incidência e mortalidade por câncer cervical no município e estado de São Paulo. Além da menor taxa de cobertura do teste de Papanicolaou observada nestes dois grupos etários, outros fatores têm sido sugeridos como motivos para esta reduzida efetividade do *screening organizado*.

Para as mulheres abaixo de 30 anos, as lesões cervicais pré-neoplásicas observadas nesta faixa etária, apesar de apresentarem estágios mais precoces de diagnóstico, podem exibir uma taxa de progressão aumentada devido à presença de DNA do vírus papiloma humano, responsável pela maioria dos casos de infecção entre as mulheres de 20 a 30 anos (Silveira e Pessini, 1993; Schiffman e Brinton, 1995). No entanto, deve-se considerar que, nesta faixa etária, o *screening* oportunístico parece ser a forma predominante de detecção de lesões cervicais, como vimos, ocorrendo em conjunção a outras atividades assistenciais, e pode acabar transferindo um número adicional de casos detectados para as mulheres mais jovens. Quanto às mulheres acima de 60 anos, geralmente, os programas "organizados" de rastreamento não contemplam esta faixa etária, muito menos é alcançada pelo *screening oportunístico*, pois nesta faixa se observa uma demanda menor por assistência ginecológica, e são as mulheres que

apresentam estágios clínicos mais avançados da doença e, conseqüentemente, maiores taxas de mortalidade.

Deve-se salientar, aqui, alguns requisitos básicos propostos por Wilkinson (1990) para que um método de *screening* seja efetivo. Além de alcançar a população de maior risco para a doença, ele deve ser suficientemente sensível para detectar a doença durante o período assintomático; suficientemente específico para minimizar a ocorrência de resultados falso-positivos, distinguindo alterações não pertinentes à doença; deve ser custo-efetivo; deve ser suficientemente simples e deve ser aceito por aqueles nos quais o teste será aplicado.

Quanto à acuidade diagnóstica do teste de Papanicolaou, sua sensibilidade, ou seja, sua precisão em diagnosticar corretamente os casos verdadeiros de lesões cervicais pré-neoplásicas e neoplásicas tem sido descrita entre 75% a mais de 90% (Soost e col., 1991; DiBonito e col., 1993; Jones e Novis, 1996), sendo considerado um teste altamente sensível em detectar lesões cervicais, principalmente lesões pré-neoplásicas de alto grau e o câncer invasivo. Isto quer dizer que o teste será raramente negativo na presença da doença, resultando numa baixa taxa de testes falso-negativos. No entanto, a despeito do teste de Papanicolaou ser considerado um teste altamente sensível, segundo Chamberlain (1986), os resultados falso-negativos são responsáveis por cerca de 10% dos casos de câncer invasivo que progrediram a partir de lesões pré-neoplásicas não detectadas em testes anteriores. Além disso, a sensibilidade do teste em detectar alterações cervicais tem se mostrado reduzida em mulheres abaixo de 30 anos e acima dos 60 anos, o que poderia também explicar a baixa efetividade dos programas de rastreamento em reduzir as taxas de morbi-mortalidade nestes grupos etários (Day, 1989; Gustafsson e col., 1997).

A sensibilidade do teste em detectar lesões de grau mais leve, as neoplasias intra-epiteliais de grau I (NIC I) que acometem, principalmente, as mulheres mais jovens, de 20 a 29 anos (Bjørge e col., 1994; Pinho e Iwama de Mattos, 2002) já foi descrita em apenas 52,6% (DiBonito, 1993). Sua capacidade em predizer a existência de tais lesões também parece estar diminuída, devido ao menor grau de diferenciação celular (Soost e col., 1991; Tabbara e col., 1992; Kainz e col., 1995). Entre as mulheres mais velhas, na pós-menopausa, a freqüente localização endocervical da junção escamo-celular têm sido proposta como uma das explicações para o baixo valor preditivo do teste de Papanicolaou (Gustafsson e col., 1997).

O *screening* organizado tem sido considerado também um método custo-efetivo, porém deve-se analisar o que Faden (1987) chamou de "*argumento da eficiência coletiva*" oferecido pelos programas de prevenção em saúde em geral e, em particular, pelos programas de prevenção ao câncer cervical, para justificar a intervenção coletiva, tendo como principal elemento argumentativo a análise custo-benefício/efetividade. Sob tal análise, observa-se a utilização de um princípio utilitarista de intervenção, na medida em que a estratégia de *screening* deve maximizar o efeito útil ou vantajoso (benefício) para o maior número de indivíduos, com o menor custo possível. Na prática, o útil ou vantajoso para o maior número de indivíduos tem se configurado como a razão entre o número de alterações cervicais pré-neoplásicas precocemente detectadas e, teoricamente, casos de câncer prevenidos, pelo número de exames coletados.

Nesta tentativa de maximizar o número de alterações cervicais precocemente detectadas pelo menor número de exames coletados, as estratégias de intervenção e prevenção da doença têm priorizado como "população-alvo" as mulheres pertencentes à faixa etária considerada de maior risco para o desenvolvimento de câncer cervical, ou seja, entre 35 e 49 anos, e a periodicidade trienal do teste de Papanicolaou preferivelmente ao intervalo anual. Como vimos, este argumento da periodicidade trienal de coleta baseia-se em estudos que mostram que não há diferenças significantes na redução das taxas de incidência quando se realizam exames anuais ou trienais. Porém, os custos necessários para um programa de rastreamento anual seriam bem mais elevados devido ao maior número de coletas de material cérvico-vaginal necessárias, sem grande impacto na redução da incidência por câncer de colo uterino, ferindo, portanto, a lógica custo-benefício que permeia as políticas de saúde, principalmente em países com escassez de recursos, como no caso brasileiro.

Contudo, deve-se considerar, que sob tal princípio utilitarista, o caráter benéfico e efetivo da intervenção acaba restringindo-se a uma lógica economicista, pois definem-se prioridades e grupos prioritários para intervenções técnicas, econômica-epidemiologicamente postas, que supostamente atendam ao princípio de equidade (justiça social) com eficiência (administração da escassez de recursos) (Almeida, 2000). Supostamente, pois vinculando as políticas de saúde aos discursos técnico-econômicos transfere-se o problema da equidade e da escassez dos recursos do âmbito político e ético, transformando as ações de intervenção em saúde da mulher em ações puramente técnicas, não levando em consideração a diversidade, muitas vezes, transformada em desigualdade, cultural, social e biológica em saúde e no acesso e utilização dos serviços

de saúde. Além disso, tal princípio utilitarista pode esbarrar em alguns conflitos éticos na tentativa de integrar o maior benefício com menor custo, ou melhor, na tentativa de harmonizar equidade na utilização deste serviço preventivo e eficiência na administração dos recursos escassos. Segundo Almeida (2000), a lógica custo-efetividade, embora seja desejável para o planejamento de ações mais coerentes com os recursos disponíveis e possa ser efetiva em nível populacional, pode acabar ferindo os direitos individuais de cidadania e equidade, como também gerar algumas contradições como o aumento da eficiência, mas diminuição da equidade no acesso aos serviços de saúde e perda na integralidade da atenção.

Vimos que na tentativa de maximizar a eficiência coletiva nos programas de prevenção ao câncer cervical, ou seja, de aumentar o número de alterações cervicais precocemente detectadas pelo menor custo possível, as políticas de intervenção e controle da doença restringiram-se à faixa etária das mulheres de maior risco epidemiológico para o câncer cervical, como orientador das prioridades no acesso e utilização dos serviços preventivos, as chamadas políticas de "*discriminação positiva*" (Whitehead, 1992). Pode-se dizer que no plano populacional tal discriminação positiva configura-se como uma estratégia efetiva, em especial nos países com recursos escassos, por se mostrar como uma opção mais coerente com os recursos financeiros e humanos disponíveis e com o perfil epidemiológico da doença. Além de que, tal política torna-se moralmente justificável, à medida que diminui o potencial iatrogênico que o teste de Papanicolaou pode assumir se for oferecido a uma população feminina de conhecido risco diminuto ao câncer cervical. Isto acabaria levando à coleta de um número desnecessário de exames, elevando os custos monetários da intervenção, mas, acima de tudo, os custos sociais e psicológicos às mulheres.

No entanto, embora a política de discriminação positiva tenha sido técnica e financeiramente viável no plano populacional, no plano individual, ela pode gerar um sentimento de injustiça por parte de outros grupos da maioria da população feminina, que se sentem no direito de terem a mesma oportunidade de acesso. Ou, em casos extremos, tais políticas podem produzir um estigma associado às mulheres que realizam o teste e, por conseguinte, acabam sendo evitadas por muitas mulheres, cujo programa definiu como população-alvo (Whitehead, 1992).

O aumento da eficiência, mas com potencial perda da integralidade na atenção, pode ser observado na implementação de programas e políticas focalizadas, segmentadas (Costa e Aquino, 2000) e não articuladas com outras demandas em saúde

postas pelas mulheres, e que visam somente a intensificação da coleta de material cérvico-vaginal, apartada de uma visão integral do indivíduo, cujas necessidades vão além dos aspectos físicos do corpo feminino, fazendo-se presentes no *corpo social* dessas mulheres. Sob este aspecto, é que se deve buscar traduzir, na prática clínico-ginecológica de assistência à saúde da mulher, o conceito de integralidade presente, originalmente, nas diretrizes do PAISM, enfatizando, segundo Osis (1998), “*não só a integração do colo, do útero e das mamas, mas também de outros aspectos não físicos da vida das mulheres. O que as mulheres defendem é que o integral se refira também ao contexto social, psicológico e emocional das mulheres a serem atendidas*”.

No caso das políticas de prevenção em saúde, as necessidades dos indivíduos são postas segundo a lógica epidemiológica do risco, ou seja, os indivíduos ou subgrupos populacionais que mais necessitam de cuidado são aqueles considerados de risco para determinada condição em saúde. Contudo, tal lógica apesar de ter respondido bem ao argumento da "eficiência coletiva", em termos de análise custo-benefício, restringiu-se, como colocou Vaitsman (1992), a uma visão econômica e epidemiológica das necessidades humanas, visto que o que os indivíduos definem como suas reais necessidades nem sempre coincide com as necessidades definidas pelo pensamento científico e econômico.

Outro "requisito" proposto por Wilkinson (1990) para que um método de *screening* seja efetivo diz respeito à simplicidade em sua aplicação à população usuária. Apesar do sistema de *screening* configurar-se, à primeira vista, como um processo simples, ele envolve um imbricado sistema de procedimentos clínicos e laboratoriais, sob responsabilidade de vários indivíduos, que vai desde a obtenção adequada e representativa do esfregaço cérvico-vaginal, passando pela preparação da lâmina, coloração e identificação, até a leitura e interpretação acurada do esfregaço. Logo, este sistema, ao contrário do que se imagina, é um processo altamente especializado, dependente da competência laboratorial e maestria profissional. Alguns autores defendem a opinião de que a maioria das falhas no sistema de *screening* é decorrente dos esforços não realistas para fornecer um procedimento altamente especializado, mas com baixo custo, devido ao objetivo de torná-lo acessível à população feminina, o que se tornaria, financeira e tecnicamente, inviável para muitos laboratórios, além de ameaçar a acuidade diagnóstica do teste de Papanicolaou (Austin e Mclendon, 1997).

Além disso, o método de *screening*, segundo Wilkinson (1990), deve constituir-se numa técnica aceita pelas mulheres nos quais será aplicado para que seja efetivo na

detecção de lesões cervicais. Para tanto, entre outros fatores, as mulheres devem ter conhecimento de todos os prós e contras a que estão sujeitas ao aderirem à intervenção técnica, para que elas tenham uma participação ativa e autônoma na tomada de decisão em saúde. No entanto, na tentativa de maximizar a "eficiência coletiva" dos programas de rastreamento de câncer cervical, houve um enaltecimento da beneficência da intervenção, sobrepondo quaisquer riscos ou malefícios potenciais da ação. Estes acabaram sendo subjugados ou, até mesmo, propositadamente omitidos pelos profissionais de saúde e pelas autoridades sanitárias responsáveis pelas campanhas de prevenção ao câncer cervical, a fim de promover, persuasivamente ou manipulando tal informação, a adesão das mulheres aos programas preventivos em saúde. Contudo, ao fazê-lo, o argumento da eficiência coletiva acabou ferindo três princípios éticos básicos que devem ser aplicáveis a um programa preventivo: a beneficência, a não-maleficência e o respeito à autonomia individual (Marshall, 1996), que juntos constituem a tríade ética necessária para o planejamento de intervenções preventivas tanto no plano programático quanto no plano das ações individualizadas da prática clínica.

No caso do teste de Papanicolaou, os riscos ou malefícios que ameaçam a aceitação desta técnica pelas mulheres encontram-se, entre outros fatores, no caráter invasivo à privacidade e integridade corporal das mulheres. O exame ginecológico, com ou sem a coleta de material cérvico-vaginal, é visto por muitas mulheres como uma experiência dolorosa, embaraçosa e desagradável (Schwartz e col., 1989; Seow e col., 1995; Lantz e col., 1997; Jennings, 1997; Lazcano-Ponce e col., 1999). Grande parte destes sentimentos são originários de experiências prévias negativas de maus-tratos ou humilhação sofridos pelas mulheres durante o procedimento, realizado sem explicação do seu significado, de forma fria e descuidada, minando qualquer possibilidade de criação de um espaço de auto-conhecimento do corpo e da sexualidade da mulher (D'Oliveira e Senna, 1996) e de sua sensibilização com algumas questões de gênero, responsáveis pela criação e reprodução de uma parcela significativa desses sentimentos. Tal desconforto físico e psicológico reflete as relações, historicamente, estabelecidas entre as usuárias e os profissionais de saúde durante as ações de intervenção técnica, baseadas na visão tradicional de assistência à saúde das mulheres, traduzida em ações medicalizadas e reprodutoras da falta de controle e autonomia das mulheres sobre seu próprio corpo e vida. Tais sentimentos acabam sendo suplantados por muitas mulheres e, principalmente, pelos médicos para que possa haver o que Kaplasis (1997) chamou de uma *performance pélvica adequada*, de completa objetificação e dessexualização do

corpo feminino, e de seu "bom comportamento" durante o exame pélvico. Desse modo, segundo a autora, o exame ginecológico acaba se transformando num ato, ao mesmo tempo, "*transgressivo de exposição pública da pélvis privada e num ato submisso de resignação*" ao controle/poder médico. Uma transgressão à privacidade do indivíduo, à intimidade e sua "publicização", bem como de sua subordinação à prática médica. Sob este caráter que a realização do exame passa a ser vista como uma experiência negativa e dolorosa para muitas mulheres, em que a vergonha, medo e desconforto são sentimentos comuns e, como observado em nosso estudo, responsáveis pela não realização do teste em mais de um terço das mulheres entrevistadas.

Pôr último, mas não menos importante, deve-se ressaltar que o êxito no rastreamento do câncer cérvico-uterino, independentemente do modo como é realizado, se a convite de um programa organizado ou de forma oportunística, dependerá, acima de tudo, do estabelecimento de intervenções mais humanizadas e equitativas, do reconhecimento das mulheres como sujeitos ativos rumo à conquista de seu bem-estar e das questões éticas, culturais e político-econômicas que tangenciam as políticas de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino e que devem ser problematizadas nos planos individual, programático/organizacional e social de acesso e utilização de serviços preventivos e do compromisso dos agentes responsáveis pelas políticas públicas, em especial as políticas de saúde, em proporcionar aos indivíduos condições sociais e econômicas favoráveis ao exercício pleno de um maior controle sobre sua saúde e em garantir o direito à saúde e ao cuidado à saúde.

Deve-se ainda salientar que a lógica epidemiológica do risco e da relação custo-efetividade, utilizadas como critérios na definição de prioridades e necessidades na assistência clínico-ginecológica às mulheres, são importantes, mas não devem ser as únicas bases de orientação das políticas públicas e dos programas organizacionais de intervenção e controle do câncer cérvico-uterino, pois as mulheres definem suas necessidades e prioridades em saúde sob critérios não necessariamente científicos ou econômicos. Tais políticas e programas dirigidos à saúde das mulheres devem, fundamentalmente, orientar-se pela ética e pelos direitos sociais e individuais das mulheres, lembrando que são, essencialmente, ações de *intervenção públicas* sobre *corpos privados*.

5.5. "O Triunfo e a Tragédia" do teste de Papanicolaou em São Paulo

Em 1989, foi publicado um artigo num periódico de ampla divulgação científica, o *Journal of American Medical Association* (JAMA), intitulado "*The Papanicolaou Test for Cervical Cancer Detection. A Triumph and a Tragedy*" (Koss, 1989), por um renomado patologista chamado Leopoldo Koss, de ampla repercussão entre os profissionais de colpocitologia oncológica. Nele, Koss questionava as várias etapas do processo de *screening*, até então, raramente questionadas, identificando os sucessos (*os triunfos*) e as falhas (*as tragédias*) neste sistema em detectar precocemente os casos de câncer de colo do útero.

O *caráter triunfante* do teste de Papanicolaou, reconhecido amplamente e mencionado por Koss, dizia respeito à comprovada efetividade do teste de Papanicolaou em reduzir as taxas de incidência e mortalidade por câncer cervical observadas, principalmente, nos países desenvolvidos após a introdução de programas organizados de *screening*. O *caráter trágico* do teste de Papanicolaou, segundo Koss (1989), advinha, especialmente, das falhas inerentes à própria técnica, relacionadas ao processamento e leitura dos esfregaços cérvico-vaginais e que para minimizá-las era preciso propor soluções que alcançavam desde a esfera informacional, com a divulgação às mulheres e aos profissionais de saúde de todos os prós e contras da técnica, dos erros a que está sujeita e da importância da frequência do *screening* em intervalos regulares; passando pela esfera clínica, com a adequada coleta do material cérvico-vaginal pelo profissional de saúde, acompanhada de uma história clínica e epidemiológica da paciente e da conduta do profissional de saúde frente ao diagnóstico; até a esfera laboratorial, com a implementação de um rígido controle de qualidade nos laboratórios de citopatologia.

Vários foram os autores, além de Koss, que tentaram buscar explicações para as falhas neste sistema que, a princípio, parecia tão simples, eficiente e efetivo em reduzir as taxas de morbi-mortalidade por câncer cervical. Chamberlain (1986), por exemplo, argumenta que as razões para que alguns programas falhem em controlar o câncer cervical encontram-se em cinco pontos: falha em alcançar a população de risco, principalmente as mulheres acima de 40 anos; falha do teste em detectar todos os casos verdadeiros de alterações cervicais, resultando em testes falso-negativos; falha na frequência com a qual o teste é repetido, pois se o intervalo entre os exames é muito longo, uma lesão cervical pode desenvolver-se de uma fase não detectável para uma

fase invasiva; falha na conduta médica frente à alteração detectada quanto ao seu adequado seguimento e, por último, mas não menos importante, falha no tratamento das alterações cervicais detectadas. Já Miller e col. (1991) argumentam que as razões para que as mulheres continuem morrendo por câncer cervical, a despeito de extensos programas de *screening*, são porque estas mulheres encontram-se em quatro diferentes categorias: nunca realizaram o teste de Papanicolaou; realizaram o teste há mais de cinco anos; realizaram o teste nos últimos cinco anos, mas não foram acompanhadas e tratadas adequadamente e aquelas cuja doença progrediu tão rapidamente, independentemente do *status* de *screening*. Esta última categoria é estimada ocorrer em 10% de todos os cânceres invasivos não beneficiados pelo *screening*.

Pode-se dizer, após esta longa jornada, que na contabilização final, parece-nos haver mais *tragédias* a lamentar do que *trunfos* a comemorar em relação aos programas de prevenção ao câncer cérvico-uterino, e que tais tragédias decorrem, principalmente, dos esforços em maximizar a "eficiência coletiva", cujos efeitos acabaram sendo contrários ao que se pretendia, com a diminuição da equidade no cuidado à saúde. A partir dos resultados obtidos no presente estudo, pudemos vislumbrar que as tragédias ou falhas no sistema de *screening* mais do que técnicas são morais e político-econômicas, pois refletem as iniquidades² no acesso e utilização dos serviços de saúde e, em particular, dos serviços preventivos. Tais iniquidades no cuidado à saúde, segundo Whitehead (1992), encontram-se em três distintos planos, mas intrinsecamente relacionados, todos os quais pudemos identificar, direta ou indiretamente, em nosso estudo: acesso diferenciado ao cuidado disponível para iguais necessidades; utilização diferenciada do serviço de saúde para iguais necessidades e qualidade diferenciada da assistência prestada.

O primeiro plano, segundo a autora, diz respeito à distribuição injusta de recursos em saúde e à disponibilidade, acessibilidade e organização dos serviços de saúde diferenciadas por região sócio-econômica, classe social, idade, gênero, raça, etc., incoerentes com as necessidades em saúde de cada região ou grupo populacional. A equidade no acesso ao cuidado à saúde significa criar oportunidades iguais de acesso aos serviços e disponibilizá-los onde e para quem ele é mais necessário, tentando

² Iniquidade, aqui, entendida como definida por Whitehead (1992), ou seja, "*diferenças evitáveis e desnecessárias, além de consideradas injustas*". Tais diferenças em saúde ou no cuidado à saúde ocorrem quando diversidades de ordem natural, biológica, cultural e social entre diferentes nações e entre diferentes grupos populacionais, em situações injustas, acabam se transformando em oportunidades diferenciadas na atenção à saúde.

equacionar o dilema entre justiça social e administração eficiente dos recursos escassos. No entanto, em regiões ou subgrupos populacionais que apresentam altas taxas de morbi-mortalidade, a lógica que tem prevalecido é justamente a contrária, ou seja, as regiões ou grupos populacionais que mais necessitam do cuidado são os menos assistidos, imperando assim a chamada "*lei do cuidado inverso*", descrita em 1971 por Julian Tudor Hart (Hart, 1971), segundo o qual, "*a disponibilidade do cuidado médico tende a variar inversamente com a necessidade da população assistida*".

No caso dos programas de prevenção em saúde, observa-se que a disponibilidade, acessibilidade e organização dos serviços preventivos, em especial na provisão do teste de Papanicolaou, têm sido limitadas pela presença de potenciais barreiras, distribuídas desigualmente segundo a região sócio-econômica ou determinadas características dos indivíduos e grupos populacionais. Como observado neste estudo, a presença de barreiras financeiras, como o custo da assistência oferecida, barreiras geográficas, como a localização do serviço de saúde, sua distância em relação aos usuários, dificuldades de transporte e, principalmente, a presença de barreiras organizacionais, como burocracia, tempo gasto na marcação de consulta, de espera para ser atendida, greve no serviço, entre outras, se mostraram como importantes dificuldades de acesso e utilização dos serviços de saúde, particularmente para as mulheres que nunca realizaram o teste de Papanicolaou, grupo de maior risco para o desenvolvimento de câncer cervical.

O segundo plano de iniquidade no cuidado à saúde diz respeito à utilização diferenciada de serviços de saúde, incoerente com as necessidades (epidemiológicas) dos grupos populacionais. Em que pese o fato de que a cobertura do teste de Papanicolaou observada neste estudo tenha sido relativamente alta, a utilização deste serviço preventivo não se mostrou equitativa, visto, por exemplo, seu uso diferenciado segundo o nível sócio-econômico e a escolaridade das mulheres entrevistadas. Ademais, entre aquelas que tiveram acesso e utilizaram o serviço preventivo, estas se deram muito mais devido à oportunidade de realização do exame em conjunção a outras atividades assistenciais do que propriamente ao *status* de risco para o câncer cervical. A este respeito, pode-se dizer que no *screening oportunístico* acaba prevalecendo a lógica do cuidado inverso, já que esta forma de *screening* acaba alcançando, como vimos, geralmente, as mulheres de menor risco para o câncer cervical, já que são mulheres mais jovens, em busca de assistência pré-natal ou de planejamento familiar.

O terceiro plano de iniquidade no cuidado à saúde diz respeito à qualidade diferenciada da assistência prestada, baseada em relações desiguais de poder

estabelecidas entre instituições/profissionais de saúde e usuários durante as ações de intervenção técnica e que estão organizadas em torno das desigualdades de gênero, raça, classe social, geração, crenças, inserção no mercado de trabalho, etc. A qualidade da assistência prestada está relacionada ao grau de satisfação e aceitação dos serviços de saúde pelos usuários; à continuidade do cuidado e ao acolhimento e resolutividade do problema demandado. No entanto, no caso específico da assistência prestada à saúde das mulheres, estas podem ser vítimas de maus-tratos ou humilhação durante a assistência médica, inclusive durante o exame ginecológico, que além de ferir a integridade física e moral das mulheres, contribuirá negativamente para a imagem atribuída ao exame e, conseqüentemente, sua rejeição.

A falta de continuidade do cuidado e resolutividade do problema demandado são observadas na falha no seguimento regular das usuárias, com ou sem resultados positivos de alterações cervicais, e no acesso e provisão de ações terapêuticas eficazes para as lesões detectadas. Sob este aspecto, tem-se como exemplo o não recebimento do resultado do teste realizado, como observado em nosso estudo, e o que é pior, sua distribuição desigual entre a população usuária, visto que o não recebimento é mais comum entre as mulheres com menor nível sócio-econômico, o que pode refletir também a falta de acessibilidade ao serviço de saúde.

Enfim, todos estes três planos de iniquidades no cuidado preventivo à saúde das mulheres, conferindo-lhe um caráter *trágico*, podem explicar as falhas no sistema de *screening* em prevenir e controlar o câncer cérvico-uterino em nosso meio, e a contradição observada entre o aparente aumento na cobertura do teste de Papanicolaou, mas a permanência de elevadas taxas de incidência e mortalidade por câncer cervical entre a população feminina. Mais do que soluções técnicas e econômicas, baseadas na lógica epidemiológica do risco e da relação custo-benefício, para que os programas de prevenção ao câncer cérvico-uterino obtenham êxito no controle desta doença, há a necessidade de se conciliar soluções políticas, não apartadas do compromisso ético, respeitando a autonomia individual das mulheres, dando-lhe um espaço, que lhe é de direito, de participação ativa e autônoma no processo decisório em saúde. Nesta direção, torna-se imperativo o compartilhamento das fontes de conhecimento e informação entre as usuárias e profissionais de saúde, para que as mulheres tenham realmente uma participação mais ativa neste processo. Isto significa desmonopolizar ou *democratizar* (D'Oliveira e Schraiber, 1999) o conhecimento médico e epidemiológico e torná-lo acessível à população usuária feminina, por exemplo, enfatizando as estratégias de

prevenção primária ao câncer cervical; o conhecimento dos fatores de risco à doença e das formas de prevenção controladas pelas mulheres, como o uso de camisinha na prevenção à infecção pelo vírus papiloma humano; informar claramente todos os benefícios e potenciais malefícios da intervenção técnica antes de sua aplicação, no entanto, sem a tendência ao discurso utilitarista e comportamentalista de "*obrigatoriedade pública e responsabilidade privada*" para com sua saúde.

Propõe-se também a sensibilização dos serviços de saúde com a questão de gênero, já que as iniquidades presentes no acesso e utilização dos serviços de saúde e na qualidade da assistência prestada são reflexos também das desigualdades de poder nas relações de gênero dentro e fora da instituição médica, particularmente na instituição familiar. Tais desigualdades constituem-se um elemento restritivo ao exercício de uma participação autônoma em questões relacionadas à vida familiar, conjugal, ao trabalho, à habilidade de negociação sexual e reprodutiva e, podemos incluir também, ao acesso e utilização de serviços preventivos, como o teste de Papanicolaou. As desigualdades de poder nas relações de gênero podem ainda colocar as mulheres em situações de risco à violência conjugal, física ou sexual, que além de graves conseqüências físicas, mentais e sociais às mulheres, terá grande impacto no exercício do autocuidado e na busca por assistência médica e preventiva, como a realização do teste de Papanicolaou, observado neste estudo. Além disso, os serviços de saúde devem reconhecer e respeitar a bagagem cultural, religiosa e moral das mulheres, propondo um espaço de reflexão e discussão sobre crenças, valores e atitudes das mulheres em relação à saúde, ao seu cuidado e suas origens, pois muitas destas crenças e atitudes, como vimos, advêm de experiências prévias negativas durante as ações de intervenção técnica; bem como suas conseqüências positivas ou negativas à saúde.

Cabe salientar ainda que tais propostas somente se tornarão possíveis de serem efetivadas com a reorganização da assistência clínico-ginecológica às mulheres nos serviços de saúde em direção a uma visão integral do indivíduo e às ações que dêem conta desta nova abordagem, com a capacitação dos profissionais de saúde, com a qualidade e continuidade das ações de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino, com o aumento dos recursos humanos e financeiros destinados a área de saúde da mulher e com a implementação efetiva de políticas públicas focalizadas em eliminar as iniquidades de gênero, de raça, de classe social, entre muitas outras, no acesso e utilização dos serviços preventivos, resgatando os princípios de universalidade e integralidade presentes no PAISM.

CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

- Este estudo permitiu conhecer a prevalência da realização do teste de Papanicolaou no município de São Paulo, em 2000, que se mostrou relativamente alta, seguindo a tendência já observada em inquéritos epidemiológicos realizados, anteriormente, no município e na região metropolitana;
- Em que pese o fato da realização do teste de Papanicolaou observada tenha sido relativamente alta, particularmente para as mulheres entre 35 e 49 anos, faixa etária considerada de risco para o câncer cervical, o acesso e a utilização deste serviço preventivo não se mostraram equitativos, visto que as mulheres que realizaram o exame foram, predominantemente, aquelas de melhor nível sócio-econômico e, portanto, menor risco para o câncer cervical, prevalecendo, assim, a lógica do *cuidado inverso* na assistência à saúde;
- A realização do teste de Papanicolaou parece estar relacionada mais à oportunidade ou chance de sua provisão ou recomendação médica, em conjunção a outras atividades assistenciais, principalmente durante o pré-natal ou planejamento familiar, do que propriamente ao *status* de risco para o câncer cervical. As mulheres que realizam o teste, sob tais circunstâncias, são, geralmente, mais jovens, com contato regular à assistência médica e, conseqüentemente, menor risco para o câncer cervical;
- Entre as mulheres que relataram como principal motivo para a realização do teste a demanda espontânea, a despeito do potencial viés de superestimação e do real grau de espontaneidade à ação, a realização do teste parece estar mais relacionada ao acesso diferenciado ao serviço de saúde que tais mulheres possam ter, já que são, predominantemente, mulheres com melhor nível sócio-econômico, independentemente do seu *status* de risco para o câncer cervical;

- Entre aquelas que nunca realizaram o teste, a ausência de sintomatologia, especificamente de queixa ginecológica, o medo, a vergonha ou embaraço relacionados ao exame ginecológico, bem como a presença de dificuldades financeiras, geográficas e funcionais no acesso aos serviços de saúde foram as principais barreiras à realização do teste de Papanicolaou;
- A ocorrência de violência sexual conjugal parece ter grande impacto no *cuidado de si* e na busca por assistência clínico-ginecológica, visto que as mulheres que sofreram violência sexual por parceiro ou ex-parceiro relataram uma proporção menor na realização do teste de Papanicolaou, elevando, assim, o risco para o desenvolvimento de lesões cervicais;
- O não recebimento do resultado do último teste realizado e, o que é pior, sua distribuição desigual entre a população usuária, visto que as mulheres que receberam o resultado do teste foram aquelas de melhor nível sócio-econômico, refletem a falta de acessibilidade e continuidade das ações preventivas;
- O relativo aumento na cobertura do teste de Papanicolaou parece também que não foi acompanhado de qualidade na assistência prestada, visto que muitas mulheres são vítimas de maus-tratos ou humilhação durante a assistência ginecológica, que além de ferir sua integridade física e moral, contribuirá negativamente para a imagem atribuída ao exame e, conseqüentemente, sua rejeição;
- Os resultados sugerem que as falhas no sistema de *screening*, organizado ou oportunístico, em reduzir as taxas de incidência e mortalidade por câncer de colo do útero, a despeito do relativo aumento na realização do teste de Papanicolaou, encontram-se, principalmente, nas iniquidades em saúde e no cuidado à saúde presentes nos planos individual, programático/organizacional e social de acesso e utilização de serviços preventivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIPEME (Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado). Critério de classificação econômica. [online]. Brasil; 2001. Disponível em <URL: <http://www.abipeme.org.br>> [2001 jun 14].

Aguilar PN, Lazcano-Ponce EC, de Ruiz PA, Sánchez TR, Uriza LC, Ávila MH. Factores asociados com la familiaridad de mujeres mexicanas com la función del Papanicolou. *Bol Oficina Sanit Panam* 1996; 121: 536-41.

Aleixo Neto, A. Aspectos epidemiológicos do câncer cervical. *Rev. Saúde Públ.*, v. 25, p. 326-33, 1991.

ANEP (Associação Nacional de Empresas de Pesquisa). *Critério de classificação econômica*. Brasil; 2001. Disponível em <URL: <http://www.anep.org.br>> [2001 jun 14].

Austin RM, Mclendon WW. The Papanicolaou smear: Medicine's most successful cancer screening procedure is threatened [editorial]. *JAMA* 1997; 277: 754-55.

Axelsson O, Fredriksson M, Ekberg K. Use of the prevalence ratio v the prevalence odds ratio as a measure of risk in cross sectional studies. *Occup Environ Med* 1994; 51: 574.

Almeida C. Saúde nas reformas contemporâneas. In: AM Costa, E Mércan-Hamann e D Tajer (Orgs.). *Saúde, Equidade e Gênero*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2000. p.61-93.

Barbosa RM. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de AIDS. In: Barbosa RM, Parker R. (Orgs.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34; 1999. p. 50-72.

Becker G, Nachtigall, RD. "Born to be a mother": The cultural construction of risk in infertility treatment in the U.S. *Soc Sci Med* 1994; 39: 507-18.

Björge T, Gunbjörud AB, Langmark F, Skare GB, Thoresen SØ. Cervical mass screening in Norway: 510,000 smear a year. *Cancer Detect Prev* 1994; 18: 463-70.

Bosch FX, Maños MM, Muñoz N, Sherman M, Jansen AM, Peto J, et al.. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: A worldwide perspective. *J Natl Cancer Inst* 1995; 87: 796-802.

Bostick RM, Sprafka JM, Virnig BA, Potter JD. Knowledge, attitudes, and personal practices regarding prevention and early detection of cancer. *Prev Med* 1993; 22: 65-85.

Bostick RM, Sprafka JM, Virnig BA, Potter JD. Predictors of cancer prevention attitudes and participation in cancer screening examinations. *Prev Med* 1994; 23: 816-26.

Bowman JA, Redman S, Dickinson JA, Gibberd R, Sanson-Fisher RW. The accuracy of Pap smear utilization self-report: A methodological consideration in cervical screening research. *Health Serv Res* 1991; 26: 97-107.

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

Braun V, Gavey N. "With the best of reasons": Cervical cancer prevention policy and the suppression of sexual risk factor information. *Soc Sci Med* 1999; 48: 1463-74.

Bush J. "It's just part of being a woman": Cervical screening, the body and femininity. *Soc Sci Med* 2000; 50: 429-44.

Calle EE, Flanders D, Thun MJ, Martin LM. Demographic predictors of mammography and Pap smear screening in US women. *Am J Public Health* 1993; 83: 53-60.

Calnan M. Women and medicalization: An empirical examination of the extent of women's dependence on medical technology in the early detection of breast cancer. *Soc Sci Med* 1984; 18: 561-69.

Calnan M. Patterns in preventive behaviour: A study of women in middle age. *Soc Sci Med* 1985; 20: 263-68.

Calnan M, Rutter DR. Do health beliefs predict health behaviour? An analysis of breast self-examination. *Soc Sci Med* 1986; 22: 673-78.

Camirand J, Potvin L, Béland F. Pap Recency: modeling women's characteristics and their patterns of medical care use. *Prev Med* 1995; 24: 259-69.

Cancio JAR, Gallardo HG, Macedo MAS. Factores en la no utilización de detección oportuna del cáncer cervicouterino en medicina familiar. *Rev Med IMSS (Mex)* 1997; 35: 227-32.

Carlin JB, Hocking J. Design of cross-sectional surveys using cluster sampling: an overview with Australian case studies. *Aust N Z J Public Health* 1999; 23: 546-51.

Castiel LD. *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria-Editora Fiocruz; 1999.

[CDC] Center of Disease Control. HIV Testing-United States, 1996. [online] *MMWR* 1999; 48: 52-55. [Disponível em <http://www.cdc.gov/mmwr/preview.htm>. <19 Set 2001>

Chamberlain J. Reasons that some screening programmes fail to control cervical cancer. In: Hakama M, Miller AB, Day NE, et al. (eds). *Screening for cancer of the uterine cervix*. Lyon, France: IARC Scientific Publication, n°76; 1986.

Chavez LR, Hubbell FA, Mishra SI, Valdez RB. The influence of fatalism on self-reported use of Papanicolaou smears. *Am J Prev Med* 1997; 13: 418-24.

Cochran WG. *Sampling techniques*. New York: John Wiley and Sons; 1977.

Cockburn J, White VM, Hirst S, Hill D. Barriers to cervical screening in older women. *Aust Fam Physician* 1992; 21: 973-78.

Coker AI, Sanderson M, Fadden MK, Pirisi L. Intimate partner violence and cervical neoplasia. *J Women's Health & Gend-Based Med* 2000; 9: 1015-23.

Cordeiro R. Efeito do desenho em amostragem de conglomerado para estimar a distribuição de ocupações entre trabalhadores. [online] *Rev Saúde Públ* 2001; 35: 10-5.

Costa AM, Aquino EL. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: AM Costa, E Mércan-Hamann e D Tajer (Orgs.). *Saúde, equidade e gênero*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2000. p.181-02.

Costa NR. *Lutas urbanas e controle sanitário. origens das políticas de saúde no brasil*. Rio de Janeiro: Vozes e Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Pública; 1985.

D'Oliveira AFPL, Senna DM. Saúde da mulher. In: Schraiber LB, Nemes BMI, Mendes-Gonçalves RB. (Orgs.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p.86-108.

Day NE. The Epidemiological basis for evaluating different screening policies. In: Hakama M, Miller AB, Day NE, et al. (eds). *Screening for cancer of the uterine cervix*. Lyon, France: IARC Scientific Publication, n°76, 1986.

Day NE. Screening for cancer of the cervix. *J Epidemiol Community Health* 1989; 43: 103-06.

Davies HTO, Crombie K, Tavakoli M. When can odds ratios mislead? *BMJ* 1998; 316: 989-91.

Dean AG, Dean JA, Burton AH, Dicker RC. *Epi-Info, version 6.04: a word processing, database and statistics program for epidemiology on microcomputers* [programa de computador]. Atlanta: Centers for Disease Control; 1990.

De Sanjosé S, Bosch FX, Muñoz N, Tafur L, Gili M, Izaezugaza I et al. Socioeconomic differences in cervical cancer: Two case-control studies in Colombia and Spain. *Am J Public Health* 1996; 86: 1532-38.

Dias da Costa JS, D'Elia PB, Manzolli P, Moreira MR. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Brasil. *Rev Panam Salud Públ* 1998; 3: 308-13.

DiBonito L. Cervical cytopathology: an evaluation of its accuracy based on cytologic comparison. *Cancer*, 72: 3002-6, 1993.

Eardley A, Elkind AK, Spencer B, Hobbs P, Pendleton LL, Haran D. Attendance for cervical screening-whose problem? *Soc Sci Med* 1985; 20: 955-62.

Ellsberg M. Domestic violence and emotional distress among nicaraguan women. *Am psychol* 1999; 54: 30-36.

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: 114-19.

Eluf-Neto J, Nascimento CMR. Cervical cancer in Latin America. *Semin Oncol* 2001; 28: 188-97.

Faden RR. Ethical issues in government sponsored public health campaigns. *Health Educ Quarterly* 1987; 27-37.

Faerstein E. Ideologia, normas médicas e racionalidade epidemiológica: o caso do câncer genital-feminino. *Cad IMS* 1989; 3: 175-86.

Franco EL. Cancer causes revisited: human papillomavirus and cervical neoplasia. [editorial] *J Natl Cancer Inst* 1995; 87: 779-80.

Franco EL, Duarte-Franco E, Ferenczy A. Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. *CMAJ* 2001; 164: 1017-25.

[IBGE] Fundação IBGE. *Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílios: 1995*. Rio de Janeiro; 1996 [online]. Disponível em <URL: [http://www. ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)> [2001 Ago 25].

[IBGE] Fundação IBGE. *Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílios: 1999*. Rio de Janeiro; 2000 [online]. Disponível em <URL: <http://www. ibge.gov.br>> [2001 Ago 25].

[IBGE] Fundação IBGE. *Contagem Populacional- 1996 - Brasil*. Rio de Janeiro; 1997. [online] Disponível em <URL: <http://www.ibge.gov.br>> [2001 Out 30].

[IBGE] Fundação IBGE. Censo demográfico 1991. Rio de Janeiro; 1991 (10º Recenseamento Geral do Brasil).

Gates TJ. Screening for cancer: evaluating the evidence. *Am Fam Physician* 2001; 63: 513-22.

Gomes UA, Carvalho EM. Knowledge of and access to screening in women with carcinoma of the cervix in Brazil. *Rev Bras Cancerol* 1992; 38: 99-02.

Greenland S. Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. *Am J Public Health* 1989; 79: 340-49.

Greenland S. Interpretation and choice of effect measures in epidemiologic analysis. *Am J Epidemiol* 1987; 125: 761-68.

Gustafsson L, Sparén P, Gustafsson M, Wilander E, Bergström R, Adami Ho. Efficiency of organised and opportunistic cytological screening for cancer in situ of the Cervix. *Br J Cancer* 1995; 72: 498-05.

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.

Hamilton LC. *STATA, version 6: statistics with Stata 6*. California: Brooks/Cole Publishing Company; 1998.

Hankins C, Coutlée F, Lapointe N, Simord P, Tran T, Samson T, et al. Prevalence of risk factors associated with human papillomavirus infection in women living with HIV. *CMAJ* 1999; 160: 185-91.

Harlan LC, Bernstein AB, Kessler LG. Cervical cancer screening: who is not screened and why? *Am J Public Health* 1991; 81: 885-90.

Harding TW, Arrango HV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ignácio LL et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980; 10: 231-41.

Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 27: 405-12.

Hathaway JE, Mucci LA, Silverman JG, Brooks DR, Mathews R, Pavlos CA. Health status and health care use of massachusetts women reporting partner abuse. *Am J Prev Med* 2000; 19: 302-07.

Heise L. Gender-based abuse: the global epidemic. *Cad Saúde Públ* 1994; 10 Supl 1: 135-45.

Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Popul Reports* 1999; série L, n.11.

Hernandez-Hernandez DM, Garcia-Elizondo MR, Ornelas-Bernal L, Hernandez-Aleman F, Gonzalez-Lira G, Martinez-Garcia MC. Factors associated with non-use of Pap test. a population survey. *Arch Med Res* 1998; 29: 263-70.

Herrero R, Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, de Britton RC, Gaitan E, et al. Screening for cervical cancer in Latin America: A case-control study. *Int J Epidemiol* 1992; 21: 1050-56.

Hiatt RA, Pérez-Stable EJ, Quesenberry C, Sabogal F, Otero-Sabogal R, McPhee SJ. Agreement between self-reported early cancer detection practices and medical audits among hispanic and non-hispanic white health plan members in northern California. *Prev Med* 1995; 24: 278-85.

Hirakata VN. *Alternativas de análise para um desfecho binário em estudos transversais e longitudinais*. Pelotas; 1999 [Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Pelotas].

Ho GYF, Burk RD, Fleming I, Klein RS. Risk of genital human papillomavirus infection in women with human immunodeficiency virus-induced immunosuppression. *Int J Cancer* 1994; 56: 788-92.

Holowaty P, Miller AB, Rohan T, To T. Natural history of dysplasia of the uterine cervix. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91: 252-58.

Hsia J, Kemper E, Kiefe C, Zapka J, Sofaer S, Pettinger M, et al. The importance of health insurance as a determinant of cancer screening: evidence from the women's health initiative. *Prev Med* 2000; 31: 261-70.

Hubbell FA, Chavez LR, Mishra SI, Valdez RB. Beliefs about sexual behavior and other predictors of papanicolaou smear screening among latinas and anglo women. *Arch Intern Med* 1996; 156: 2353-58.

[IARC/WHO]. IARC working group on the evaluation of carcinogenic risk to humans. *Human Papillomaviruses*. Lyon, France: IARC Scientific Publication, n. 64, 1995.

Jennings KM. Getting a Pap smear: focus group responses of african american and latina women. *Oncol Nurs Forum* 1997; 24: 827-35.

Jones BA, Novis DA. Cervical biopsy-cytologic correlation: a college of american pathologists q-probes study of 22439 correlations in 348 laboratories. *Arch Pathol Lab Med* 1996; 120: 523-31.

Kainz C, Tempfer C, Gitsch G, Heinzl H, Reinthaller A, Breitenecker G. Influence of age and human papillomavirus infection on realibility of cervical cytopathology. *Arch Gynecol Obstet* 1995; 256: 23-28.

Kaplanis T. *Public privates. performing gynecology from both ends of the speculum*. Durham: Duke University Press; 1997.

Karam SM, Horta BL, Gheling CR. Prevenção do carcinoma do colo uterino numa unidade sanitária da UFPel. *Rev Bras Cancerol* 1996; 42: 87-91.

Katz S, Hofer TP. Socioeconomic disparities in preventive care persist despite universal coverage. *JAMA* 1994; 272: 530-34.

Kirkman-Liff B, Kronenfeld JJ. Access to cancer screening services for women. *Am J Public Health* 1992; 82: 733-35.

Kish L. *Survey sampling*. New York: John Wiley and Sons; 1965

Kleinbaum DG, Kupper LL, Muller KE, Nizam A. *Applied regression analysis and other multivariable methods*. Duxbury Press, International Thompson, Publishing Company; 1988.

Korn EL, Graubard BI. Examples of differing weighted and unweighted estimates from a sample survey. *Am Statistician* 1995; 49: 291-95.

Koss LG. The Papanicolaou test for cervical cancer detection. A triumph and a tragedy. *JAMA* 1989; 261: 737-43.

Koss LG. *Diagnostic cytology and its histopathologic bases*. 4ªed. Philadelphia: JB Lippincott; 1992. v.1.

Kottke TE, Trapp MA, Fores MM, Kelly AW, Jung SH, Novotny PJ, Panser LA. Cancer screening behaviors and attitudes of women in southeastern Minnesota. *JAMA* 1995; 273: 1099-105.

Koutsky LA, Holmes KK, Critchlow CW, Stevens CE, Paavonen J, Beckmann am, Derouen TA, et al. A Cohort study of risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3 in relation to papillomavirus infection. *N Engl J Med* 1992; 327: 1272-78.

Laczano-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* 1997; 8: 698-04.

Laczano-Ponce EC, Castro R, Allen B, Nájera P, Alonso-de-Ruiz P, Hernández-Avila M. Barriers to early detection of cervical-uterine cancer in Mexico. *J Women's Health* 1999; 8: 399-08.

Lansky A, Jones JL, Frey RL, Lindegren ML. Trends in HIV testing among pregnant women: United States, 1994-1999. *Am J Public Health* 2001; 91: 1291-93.

Lantz PM, Weigers ME, House JS. Education and income differentials in breast and cervical cancer screening. *Med Care* 1997; 35: 219-36.

Lee J. Odds ratio or relative risk for cross-sectional data? *Int J Epidemiol* 1994; 23: 201-3.

Lee MC. Knowledge, barriers, and motivators related to cervical cancer screening among korean-american women. *Cancer Nurs* 2000; 23: 168-75.

Lemeshow S, Letenneur L, Dartigues JF, Lafont S, Orgogozo JM, Commenges D. Illustration of analysis taking into account complex survey considerations: the association between wine consumption and dementia in the PAQUID study. *Am J Epidemiol* 1998; 148: 298-05.

Lerman C, Caputo C, Brody D. Factors associated with inadequate cervical cancer screening among lower income primary care patients. *J Am Board Fam Pract* 1990; 3: 151-56.

Ley C, Baner HM, Reingold A, Schiffman MH, Chambers JC, Tashiro CJ, et al. Determinants of genital human papillomavirus infection in young women. *J Natl cancer Inst* 1991; 997-1003.

Linos A, Riza E. Comparisons of cervical cancer programmes in the european union. *Eur J Cancer* 2000; 36: 2260-65.

Lobell M, Bay C, Rhoads KVL, Keske B. Barriers to cancer screening in mexican-american women. *Mayo Clinic Proc* 1998; 73: 301-08.

Lopes ER, Rebelo MS, de Abreu E, da Costa Silva VL, Eisemberg ALA, Lavor MF. Comportamento da população brasileira feminina em relação ao câncer cérvico-uterino. *J Bras Ginecol* 1995; 105: 505-16.

Lowndes CM. Doenças sexualmente transmissíveis na mulher. In: Giffin K, Costa SH. (Orgs.). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. 253-79.

Lupton D. Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. *Int J Health Serv* 1993; 23: 425-35.

Macro International Inc., Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BENFAM. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - Brasil, 1997. Rio de Janeiro; 1997.

Maiman M, Fruchter RG, Guy L, Cuthill S, Levine P, Serur E. Human immunodeficiency virus infection and invasive cervical carcinoma. *Cancer* 1993; 71: 402-06.

Mandelblatt J, Traxler M, Lakin P, Kanetsky P, Kao R. Mammography and Papanicolaou smear use by elderly poor black women. *J Am Geriatric Soc* 1992; 40: 1001-7.

Mandelblatt J, Gold K, O'Malley AS, Taylor K, Cagney K, Hopkins JS, Kerner J. Breast and cervix cancer screening among multiethnic women: role of age, health, and source of care. *Prev Med* 1999; 28: 418-25.

Mari JJ, Blay SL, Iacoponi E. Confiabilidade da versão brasileira da entrevista para estudos comunitários - E.E.C. *Bol Oficina Sanit Panam* 1986; 100: 77-83.

Marshall KG. Prevention. how much harm? how much benefit? 4. the ethics of informed consent for preventive screening programs. *CMAJ* 1996; 155: 377-83.

Maxwell CJ, Bancej CM, Snider J, Vik AS. 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; 92:127-33.

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; 14: 201-08.

McKenna MT, Speers M, Mallin K, Warnecke R. Agreement between patient self-reports and medical records for Pap smear histories. *Am J Prev Med* 1992; 8: 287-91.

McKie L. Women's views of the cervical smear test: implications for nursing practice-women who have not had a smear test. *J Adv Nurs* 1993; 18: 972-79.

McKie L. The art of surveillance or reasonable prevention? the case of cervical screening. *Sociol health & Illness* 1995; 17: 441-57.

McPhee SJ, Bird JA, Davis T, Há NT, Jenkins CNH, Le B. Barriers to breast and cervical cancer screening among vietnamese-american women. *Am J Prev Med* 1997; 13: 205-13.

Merighi MAB, Hoga LAK, Praça NS. Detecção precoce do câncer cérvico-uterino numa unidade básica de saúde: uma estratégia de ensino. *O Mundo da Saúde* 1997; 21: 300-06.

Miller AB, Anderson G, Brisson J, Laidlaw J. Report of a national workshop on screening for cancer of the cervix. *CMAJ* 1991; 145: 1301-25.

Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saúde Públ* 1994; 10 Supl 1: 7-18.

[MS] Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática*. Brasília (DF); 1984.

[MS] Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer -Pro-Onco. *Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer de colo uterino*. Rio de Janeiro; 1996.

[MS] Ministério da Saúde. *Incidência de Câncer no Município de São Paulo, Brasil. 1983-1988-1993*. Tendência no período 1969 – 1993. São Paulo; 1999.

[MS] Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Planejamento. *Controle do Câncer do Colo do Útero*. Brasília (DF); 2000.

Mitjavila MR. *O Risco e as estratégias de medicalização do espaço social: medicina familiar no Uruguai (1985-1994)*. São Paulo; 1999 [Tese de Doutorado-Faculdade de filosofia, letras e ciências humanas-Universidade de São Paulo].

Munoz ST, Gross GJ, Waltman N, Grant J, Richards M. Barriers and facilitators to cancer screening for hispanic women. *Cancer Res Therapy Control* 1999; 8: 261-65.

Nascimento CM, Eluf-Neto J, Rego RA. Cobertura do teste de Papanicolaou no município de São Paulo e características das mulheres que realizaram o teste. *Bol Oficina Sanit Panam* 1996; 121: 491-99. (Errata: *Rev Panam Salud Publ* 1997; 2: 106).

Norman SA, Talbott EO, Kuller LH, Krampe BR, Stolley PD. Demographic, psychosocial, and medical correlates of pap testing. *Am J Prev Med* 1991; 7: 219-26.

Nurminen M. To use or not to use the odds ratio in epidemiologic analysis? *Eur J Epidemiol* 1995; 11: 365-71.

O'Malley AS, Mandelblatt J, Gold K, Cagney KA, Kerner J. Continuity of care and the use of breast and cervical cancer screening services in a multiethnic community. *Arch Intern Med* 1997; 157: 1462-70.

Osis MJMD. PAISM: Um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saude Públ* 1998; 14 Supl 1: 25-32.

Östör AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *Int J Gynecol Pathol* 1993; 12: 186-92.

Parazzini F, Chatenoud L, La Vecchia C, Negri E, Franceschi S, Bolis G. Determinants of risk of invasive cervical cancer in young women. *Br J Cancer* 1998; 77: 838-41.

Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. *Int J Cancer* 1999; 80: 827-41.

Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J (eds): Cancer incidence in five continents, v.VII. Lyon, France, *IARC Scientific Publication*, nº 143, 1997

Pérez-Stable EJ, Otero-Sabogal R, Sabogal F, McPhee SJ, Hiatt RA. Self-reported use of cancer screening tests among latinos and anglos in prepaid health plan. *Arch Intern Med* 1994; 154: 1073-81.

Peters RK, Bear MB, Thomas D. Barriers to screening for cancer of the cervix. *Prev Med* 1989; 18: 133-46.

Pinho AA, França-Junior I. Exame de Papanicolaou: Por que elas não fazem? Uma revisão da literatura epidemiológica. [resumo]. *Ciênc & Saúde Coletiva* 2000, 5 (Supl): 84. [Apresentado ao VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2000 ago 28-set 01; Salvador (BR)].

Pinho AA, Iwama de Mattos MCF. Validade do exame colpocitológico na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo do útero. *J Bras Patol* 2002; 3. No prelo.

Pinotti JA, Faúndes A, Hardy EE, Simões IR, Osis MJD, de Souza TR, Moraes TM. Avaliação da assistência ginecológica no estado de São Paulo. *Rev Ginecol Obstet* 1990; 1: 7-21.

Plichta S, Abraham C. Violence and gynecologic health in women <50 years old. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 903-07.

Puentes-Markides C. Women and access to health care. *Soc Sci Med* 1992; 35: 619-26.

Rakowski W, Clark MA, Ehrich B. Smoking and cancer screening for women ages 42-75: associations in the 1990-1994 national health interview surveys. *Prev Med* 1999; 29: 487-95.

Renzi C, Zantedeschi E, Signorelli C, Osborn JF. Factors associated with hiv testing: results from an italian general population survey. *Prev Med* 2001; 32: 40-48.

Risendal B, DeZapien J, Fowler B, Papenfuss M, Giuliano A. Pap smear screening among urban southwestern american indian women. *Prev Med* 1999; 29: 510-18.

Ronco G, Segnan N, Ponti A. Who has Pap tests? variables associated with the use of pap tests in absence of screening programmes. *Int J Epidemiol* 1991; 20: 349-53.

Samet JH, Winter MR, Garnt L, Hingson R. Factors associated with hiv testing among sexually active adolescents: a Massachusetts survey. *Pediatrics* 1997; 100: 371-77.

Sansom CD, Wakefield J, Pinnock KM. Choice or chance? how women come to have a cytotoest done by their family doctor. *Int J Health Educ*, 1971; 14: 127-38.

Sawaya GF, Kerlikowske K, Lee NC, Gildengorin G, Washington AE. Frequency of cervical smear abnormalities within 3 years of normal cytology. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 219-23.

Sawyer JA, Earp JA, Fletcher RH, Daye FF, Wynn TM. Accuracy of women's self-report of their last Pap smear. *Am J Public Health* 1989; 79: 1036-37.

Schiffman MH. Recent progress in defining the epidemiology of human papillomavirus infection and cervical neoplasia. *J Natl Cancer Inst* 1992; 84: 394-98.

Schiffman MH, Brinton LA. The Epidemiology of cervical carcinogenesis. *Cancer* 1995; 76: 1888-901.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 1999; 3:11-26.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: um estudo numa unidade básica de saúde. *Rev Saúde Públ* 2002; 4. No prelo.

Schwartz M, Savage W, George J, Emohare L. Women's knowledge and experience of cervical screening: a failure of health education and medical organization. *Community Med* 1989; 11: 279-89.

Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade* 1995; 20: 71-99.

Seow A, Wong ML, Smith WCS, Lee HP. Beliefs and attitudes as determinants of cervical cancer screening: a community-based study in Singapore. *Prev Med* 1995; 24: 134-41.

[SEADE] Fundação SEADE. *Anuário Estatístico do Estado de São Paulo: 1998*. São Paulo; 1999a. [online]. Disponível em <<http://www.seade.gov.br>> [21 Nov 2000].

[SEADE] Fundação SEADE. *Pesquisa de Condições de Vida do Estado de São Paulo: 1998*. São Paulo; 1999b. [online]. Disponível em <<http://www.seade.gov.br>> [21 Nov 2000].

[SEADE] Fundação SEADE. *Mulher - Trabalho e Renda - Pesquisa de Emprego e Desemprego- SEADE-DIEESE: 1999*. São Paulo; 2000. [online]. Disponível em <[URL: http://www.seade.gov.br/mulher.htm](http://www.seade.gov.br/mulher.htm)> [2000 Out 26].

[SEADE] Fundação SEADE. *Produtos SEADE*. São Paulo; 2000 [online]. Disponível em <URL: <http://www.seade.gov.br/mulher.htm>> [2000 Mar 18].

[SES-SP] Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Grupo de Assessoria técnica em Saúde-coordenação de Planejamento em Saúde. *Estratégias para redução da mortalidade por câncer de colo do útero no Estado de São Paulo*. São Paulo (SP); 1998.

Silva NN. *Amostragem probabilística: um curso introdutório*. São Paulo: EDUSP; 1998.

Silveira GPG, Pessini SA. Câncer de colo uterino: lesões precursoras. In: HW Halbe. *Tratado de Ginecologia*. São Paulo: Editora Roca; 1993. p.1789-92.

Simois EJ, Newschaffer CJ, Hagdrup N, Ali-Abarghoui F, Tao X, Mack N, Brownson RC. Predictors of compliance with recommended cervical cancer screening schedule: a population-based study. *J Community Health* 1999; 24: 115-30.

Soost HJ, Lange HJ, Lehmacher W, Ruffing-Krellmann B. The validation of cervical cytology: sensitivity, specificity and predictive values. *Acta Cytol.*, 35: 8-13, 1991.

Sousa MH. *Estimação para dados provenientes de planos complexos de amostragem*. São Paulo; 2001 [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo].

Stange KC, Flocke AS, Goodwin MA. Opportunistic preventive services delivery: are time limitations and patient satisfaction barriers? *J Fam Pract* 1998; 46: 419-24.

StataCorp. *Stata statistical software: release 6.0*. [programa de computador] College Station, TX: Stata Corporation; 1997.

Sribney W. *Why should I not do a likelihood-ratio test after na ML estimation?* StataCorp, 1997 [online]. Disponível em <<http://www.stata.com/support/faqs/stat/lrtest.html>> [2001 Ago 28].

Suarez L, Goldman DA, Weiss NS. Validity of pap smear and mammogram self-reports in a low-income hispanic population. *Am J Prev Med* 1995; 11: 94-98.

Suarez L, Roche RA, Nichols D, Simpson DM. Knowledge, behavior, and fears concerning breast and cervical cancer among older low-income mexican-american women. *Am J Prev Med* 1997; 13: 137-42.

Sun XW, Kuhn L, Ellerbrock TV, Chiasson MA, Bush TJ, Wright TC. Human papillomavirus infection in women infected with the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1997; 337: 1343-49.

Tabbara S, et al. The Bethesda classification for squamous intraepithelial lesions: histologic, cytologic and viral correlates. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 338-46.

Thompson ML, Myres JE, Kriebel MD. Prevalence odds ratio or prevalence ratio in the analysis of cross sectional data: What is to be done? *Occup Environ Med* 1998; 55: 272-77.

Tollestrup K, Sklar D, Frost FJ, Olson L, Weybright J, Sandvig J, Larson M. Health indicators and intimate partner violence among women who are members of a managed care organization. *Prev Med* 1999; 29: 431-40.

Vaitsman J. Saúde, cultura e necessidades. in: Fleury SM (org.). *saúde: coletiva? questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1992.

Vásquez AS. *Ética*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999.

Verhoek-Oftedahl W, Pearlman DN, Babcock JC. Improving surveillance of intimate partner violence by use of multiple data sources. *Am J Prev Med* 2000; 19: 308-15.

Vernon SD, Unger ER, Piper MA, Severin ST, Wikfor S, Ghys PD, et al. HIV and Human papillomavirus as independent risk factors for cervical neoplasia in women with high or low numbers of sex partners. *Sex Transm Inf* 1999; 75: 258-60.

Vermund SH, Kelly KF, Klein RS, Feingold AR, Schreiber K, Munnk G, et al. High risk of human papillomavirus infection and cervical squamous intraepithelial lesions among women with symptomatic human immunodeficiency virus infection. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165:392-99.

Walter SD, Clarke EA, Hatcher J, Stitt LW. A Comparison of physician and patient reports of pap smear histories. *J Clin Epidemiol* 1988; 41: 401-10.

Wang PD, Lin RS. Sociodemographic factors of Pap smear screening in Taiwan. *Public Health* 1996; 110: 123-27.

Wang ST, Yu ML, Lin LY. Consequences of analysing complex survey data using inappropriate analysis and software computing packages. *Public Health* 1997; 111: 259-62.

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992; 22: 429-45.

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

Wilkinson EJ. Pap smears and screening for cervical neoplasia. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33: 817-25.

Wisner BA, Moskowitz JM, Chen AM, Kang SH, Novotny TE, Min K, Lew R, Tager IB. Rates and independent correlates of pap smear testing among korean-american women. *Am J Public Health* 1998; 88: 656-59.

World Health Organization (WHO). *Cytological Screening in the Control of Cervical Cancer: Technical Guidelines*. Geneva: WHO; 1988. p. 52.

World Health Organization (WHO). *Protocol-multi-country study of women health and domestic violence*. Geneva: WHO; 1998.

Yi JK. Factors affecting cervical cancer screening behavior among Cambodian women in Houston, Tex. *Fam Community Health* 1996; 18: 49-57.

Zambrana RE, Breen N, Fox AS, Gutierrez-Mohamed. Use of cancer screening practices by hispanic women: analysis by subgroup. *Prev Med* 1999; 29: 466-77.

Zhang J, Yu KF. What's the relative risk? a method of correcting the odds ratio in cohort studies of common outcomes. *JAMA* 1998; 280: 1690-1.

Zocchetti C, Consonni D, Bertazzi PA. Estimation of prevalence rate ratios from cross-sectional data. [letter] *Int J Epidemiol* 1995; 24: 1064-65.

Zoorob R, Anderson R, Cefalu C, Sidani M. Cancer screening guidelines. *Am Fam Physician* 2001; 63: 1101-12.

ANEXOS

Anexo A1- Frações de amostragem do primeiro e segundo estágio do sorteio e respectivos pesos e pesos por ausência de resposta global em cada setor censitário. Município de São Paulo. 2000.

Nº	Setores	DOM 1991	DOM 1999	F ₁	F ₂	F (f ₁ x f ₂)	(M)	peso1 (1/f ₁ x f ₂)	peso1 x M: W ₁	peso1 padr: W _{padr}	peso por não resposta global: W ₂
01	Agua Rasa	243	276	0,006886	0,108696	0,000748	18	1336,0400	24048,7200	17,7106	1,1973
02	Alto De Pinheiros	292	362	0,008275	0,082873	0,000686	12	1458,2900	17499,4800	12,8874	1,4821
03	Anhanguera	221	396	0,006263	0,075758	0,000474	21	2107,7600	44262,9600	32,5973	1,0416
04	Aricanduva-42	344	360	0,009748	0,083333	0,000812	16	1231,0100	19696,1600	14,5052	1,4645
05	Aricanduva-78	416	392	0,011788	0,076531	0,000902	20	1108,4400	22168,8000	16,3261	1,1001
06	Artur Alvim	591	90	0,016747	0,333333	0,005582	15	179,1300	2686,95000	1,97880	1,2091
07	Bela Vista	349	374	0,00989	0,080214	0,000793	9	1260,5600	11345,0400	8,3550	1,3888
08	Belem-07	201	205	0,005696	0,146341	0,000834	10	1199,7100	11997,1000	8,8352	1,1834
09	Belem-10	92	98	0,002607	0,306122	0,000798	15	1253,0100	18795,1500	13,8416	1,1448
10	Brás	313	352	0,00887	0,085227	0,000756	12	1322,8700	15874,4400	11,6907	1,4459
11	Brasilândia-10	450	434	0,012752	0,069124	0,000881	23	1134,4800	26093,0400	19,2161	1,0438
12	Brasilândia-41	373	317	0,01057	0,094637	0,001000	17	999,7000	16994,9000	12,5158	1,0593
13	Cachoeirinha-04	265	277	0,007509	0,108303	0,000813	19	1229,5700	23361,8300	17,2047	1,4011
14	Cachoeirinha-89	276	362	0,007821	0,082873	0,000648	20	1542,8300	30856,6000	22,7242	1,2400
15	Cambuci	269	309	0,007623	0,097087	0,000740	13	1351,2100	17565,7300	12,9362	1,3980
16	Campo Grande-39	352	471	0,009975	0,063694	0,000635	19	1573,9700	29905,4300	22,0237	1,2893
17	Campo Grande-63	291	284	0,008246	0,105634	0,000871	13	1148,0000	14924,0000	10,9907	1,3577
18	Campo Limpo-41	489	483	0,013857	0,062112	0,000861	16	1161,8700	18589,9200	13,6905	1,3284
19*	Campo Limpo-53	189	244	0,005356	0,122951	0,000658	18	1518,6100	27334,9800	20,1307	1,4678
20	Capao Redondo	279	356	0,007906	0,084270	0,000666	16	1500,9400	24015,0400	17,6858	1,2022
21	Carrão	348	368	0,009861	0,081522	0,000804	14	1243,9000	17414,6000	12,8249	1,2180
22	Casa Verde	177	188	0,005016	0,159574	0,000800	12	1249,4000	14992,8000	11,0414	1,4671
23	Cid. Ademar-38	178	208	0,005044	0,144231	0,000728	9	1374,5500	12370,9500	9,1105	1,7361
24	Cid. Ademar-147	221	450	0,006263	0,066667	0,000418	17	2395,1800	40718,0600	29,9867	1,0917
25	Cid. Dutra	352	354	0,009975	0,084746	0,000845	16	1182,9800	18927,6800	13,9392	1,2596
26	Consolação	211	269	0,005979	0,111524	0,000667	13	1499,6400	19495,3200	14,3573	1,3679
27	Cursino-13	315	395	0,008926	0,075949	0,000678	18	1475,0400	26550,7200	19,5532	1,2401
28	Cursino-30	359	376	0,010173	0,079787	0,000812	8	1232,0000	9856,0000	7,2584	1,6960

Nº	Setores	DOM 1991	DOM 1999	F ₁	F ₂	F (f ₁ x f ₂)	(M)	peso1 (1/f ₁ x f ₂)	peso1 x M: W ₁	peso1 padr: W _{padr}	peso por não resposta global: W ₂
29	Freguesia Do Ó	321	312	0,009096	0,096154	0,000875	16	1143,3200	18293,1200	13,4719	1,1682
30	Grajaú	396	459	0,011222	0,065359	0,000733	24	1363,4400	32722,5600	24,0984	1,0416
31	Itaim Bibi	338	435	0,009578	0,068966	0,000661	12	1513,8800	18166,5600	13,3787	1,4316
32	Itaquera-57	433	540	0,01227	0,055556	0,000682	19	1466,9800	27872,6200	20,5267	1,0000
33	Itaquera-117	409	420	0,01159	0,071429	0,000828	24	1207,9400	28990,5600	21,3500	1,0000
34	Jabaquara	352	365	0,009975	0,082192	0,000820	22	1219,7400	26834,2800	19,7620	1,0000
35	Jaraguá	311	178	0,008813	0,168539	0,001485	19	673,2500	12791,7500	9,4204	1,1441
36	Jd. Helena	304	361	0,008615	0,083102	0,000716	25	1396,8600	34921,5000	25,7178	1,0406
37	Jd. São Luís-06	258	255	0,007311	0,117647	0,000860	19	1162,6200	22089,7800	16,2679	1,202
38	Jd. São Luís-72	265	322	0,007509	0,093168	0,000700	19	1429,3200	27157,0800	19,9997	1,0362
39	Jd. São Luís-167	292	396	0,008275	0,075758	0,000627	15	1595,2600	23928,9000	17,6223	1,3048
40	José Bonifácio	232	241	0,006574	0,124481	0,000818	15	1221,9300	18328,9500	13,4983	1,5138
41	Móoca	265	295	0,007509	0,101695	0,000764	11	1309,4700	14404,1700	10,6079	1,3252
42	Parelheiros	313	465	0,00887	0,064516	0,000572	21	1747,5400	36698,3400	27,0263	1,1904
43	Penha	198	214	0,005611	0,140187	0,000787	14	1271,3500	17798,9000	13,1079	1,0718
44	Perdizes	320	398	0,009068	0,075377	0,000684	11	1463,0200	16093,2200	11,8518	1,5015
45	Pirituba-89	272	260	0,007708	0,115385	0,000889	20	1124,4000	22488,0000	16,5612	1,0000
46	Pirituba-116	454	616	0,012865	0,048701	0,000627	26	1596,0400	41497,0400	30,5603	1,0718
47	República	219	272	0,006206	0,110294	0,000684	13	1460,9800	18992,7400	13,9871	1,1904
48	Rio Pequeno-14	245	244	0,006943	0,122951	0,000854	18	1171,5000	21087,0000	15,5294	1,0559
49	Rio Pequeno-73	310	378	0,008785	0,079365	0,000697	19	1434,3300	27252,2700	20,0698	1,3046
50	Sacomã	363	466	0,010286	0,064378	0,000662	19	1510,0700	28691,3300	21,1296	1,3521
51	Santana	249	256	0,007056	0,117188	0,000827	13	1209,3700	15721,8100	11,5783	1,7009
52	São Miguel-29	418	372	0,011845	0,080645	0,000955	19	1046,8500	19890,1500	14,6480	1,1062
53	São Miguel-94	316	587	0,008955	0,051107	0,000458	20	2185,0900	43701,8000	32,1840	1,1924
54	Sapopemba	423	642	0,011987	0,046729	0,000560	19	1785,3100	33920,8900	24,9809	1,2058
55	Saúde-04	275	308	0,007793	0,097403	0,000759	12	1317,4600	15809,5200	11,6429	1,8018
56	Saúde-22	283	276	0,008019	0,108696	0,000872	12	1147,2000	13766,4000	10,1382	1,8021
57	Tremembé	218	264	0,006178	0,113636	0,000702	19	1424,5100	27065,6900	19,9324	1,2020
58	Vila Curuçã-02	175	266	0,004959	0,112782	0,000559	21	1787,9800	37547,5800	27,6518	1,1357
59	Vila Curuçã-60	301	310	0,00853	0,096774	0,000825	17	1211,4700	20594,9900	15,1671	1,3115

Nº	Setores	DOM 1991	DOM 1999	F ₁	F ₂	F (f ₁ x f ₂)	(M)	peso1 (1/f ₁ x f ₂)	peso1 x M: W ₁	peso1 padr: W _{padr}	peso por não resposta global: W ₂
60	Vila Guilherme	457	422	0,01295	0,071090	0,000921	12	1086,2100	13034,5200	9,5992	1,3259
61	Vila Maria-08	277	396	0,007849	0,075758	0,000595	19	1681,6400	31951,1600	23,5303	1,0965
62	Vila Maria-72	428	521	0,012128	0,057582	0,000698	13	1431,9000	18614,7000	13,7087	1,2828
63	Vila Maria-107	347	364	0,009833	0,082418	0,000810	14	1233,9300	17275,0200	12,7221	1,4699
64	Vila Mariana-36	247	305	0,006999	0,098361	0,000688	13	1452,5200	18882,7600	13,9061	1,2552
65	Vila Mariana-125	291	346	0,008246	0,086705	0,000715	10	1398,6200	13986,2000	10,3001	2,0222
66	Vila Mariana-161	323	392	0,009153	0,076531	0,000700	14	1427,5800	19986,1200	14,7187	1,1363
67	Vila Matilde-48	469	501	0,01329	0,059880	0,000796	15	1256,5600	18848,4000	13,8808	1,1562
68	Vila Matilde-81	261	309	0,007396	0,097087	0,000718	14	1392,6300	19496,8200	14,3584	1,2870
69	Vila Medeiros-43	219	246	0,006206	0,121951	0,000757	18	1321,3200	23783,7600	17,5155	1,3173
70	Vila Medeiros-137	420	338	0,011902	0,088757	0,001056	21	946,6400	19879,4400	14,6401	1,1362
71	Vila Prudente-08	283	280	0,008019	0,107143	0,000859	12	1163,8300	13965,9600	10,2852	1,3335
72	Vila Prudente-56	229	237	0,006489	0,126582	0,000821	15	1217,3900	18260,8500	13,4481	1,1117

DOM1991=total de domicílios em 1991 (Censo, 1991); DOM1999= total de domicílios em 1999 (PNAD, 1999); f₁=fração de amostragem do primeiro estágio; f₂=fração de amostragem do segundo estágio; M= número de mulheres entrevistadas por setor censitário; W₁=peso devido às diferentes probabilidades de seleção das unidades em f₁ e f₂ (a fração de amostragem do terceiro estágio, referente à probabilidade de sorteio da mulher elegível em cada domicílio não está apresentada); W_{padr}= peso padronizado; W₂= peso por ausência de resposta (1/Taxa de resposta global) em cada setor censitário

Anexo A2



**Estudo Multi-Países sobre Saúde da Mulher e
Experiências de Vida**

VERSÃO 9.1

PROIBIDA SUA DISTRIBUIÇÃO

Abril de 2000

**Produzido pela Equipe de Estudo Multi-Países
da Organização Mundial de Saúde**

**Inquérito sobre Saúde da Mulher e Experiências de Vida
em SÃO PAULO**

**ADMINISTRAÇÃO
FORMULÁRIO DE SELEÇÃO DE RESIDÊNCIAS
QUESTIONÁRIO SOBRE A RESIDÊNCIA**

**ESTUDO CONDUZIDO PELA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

Confidencial uma vez preenchido

ADMINISTRAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DO PAÍS LOCAL (SÃO PAULO = 1. ZONA DA MATA = 2) BAIRRO / ALDEIA NÚMERO DE IDENTIF. DO SETOR CENSITÁRIO..... NÚMERO DE IDENTIF. DA RESIDÊNCIA	BRA [] [][][] [][][] [][]
NOME DO (A) CHEFE DA FAMÍLIA (nome e apelido)	

VISITAS DA ENTREVISTADORA

	1	2	3	VISITA FINAL
DATA	_____	_____	_____	DIA [][] MÊS [][] ANO [2][0][0][0] ENTREVISTADORA [][]
NOME DA ENTREVISTA- DORA RESULTADO***	_____	_____	_____	RESULTADO [][]
PRÓXIMA VISITA DATA HORA LOCAL	_____ _____ _____	_____ _____ _____		NÚMERO TOTAL DE VISITAS []
QUESTIONÁRIO COMPLETADO? [] 1. Não completado ⇒	*** CÓDIGOS DOS RESULTADOS Recusada (especificar): _____ .. 11 Moradia desocupada ou endereço não corresponde a uma moradia 12 Moradia destruída..... 13 Moradia não encontrada, não acessível ... 14 Todos os membros da casa ausentes por um longo período de tempo..... 15 Nenhum membro da residência estava em casa no momento da visita 16 Respondente solicita adiar 17			TOTAL NA RESIDÊNCIA (P.5. Q1) [][] TOTAL DE MULHERES ELEGÍVEIS (P.5, Q3, total com SIM) [][] NÚM. LINHA DA MULHER SELECIONADA (P.5. Q3) [][]
[] 2. Somente o questioná- rio da moradia ⇒	A mulher selecionada recusa (especificar) : _____ .. 21 Não há mulher elegível na casa..... 22 A mulher selecionada não está em casa... 23 A mulher selecionada adiou a entrevista . 24 A mulher selecionada está incapacitada .. 25			⇒ Necessida- de de Retorno ⇒ Necessida- de de Retorno ⇒ Necessida- de de Retorno
[] 3. O questionário parcialmente completo ⇒	Não quer continuar (especificar) : _____ .. 31 Concluir a entrevista numa próxima visita 32			⇒ Necessida- de de Retorno
[] 4. O questionário completo ⇒ 41			

IDIOMA DO QUESTIONÁRIO IDIOMA NO QUAL A ENTREVISTA FOI REALIZADA ENTREVISTA REALIZADA COM CONTROLE DE QUALIDADE (1 = sim, 2 = não)			[0][3] [0][3] []
SUPERVISORA DE CAMPO NOME [][] DIA [][] MÊS [][] ANO [][][][]	QUESTIONÁRIO VERIFICADO POR NOME [][] DIA [][] MÊS [][] ANO [][][][]	CODIFICADORA DO ESCRITÓRIO NOME [][]	ENTRADA DADA POR DIGITADOR 1 _____ DIGITADOR 2 _____

Tabela de Códigos:

- | | | |
|-------------------|----------|----------|
| Supervisoras - | 01 _____ | |
| | 02 _____ | |
| | 03 _____ | |
| | 04 _____ | |
| | 05 _____ | |
| Codificadoras - | 06 _____ | |
| | 07 _____ | |
| | 08 _____ | |
| | 09 _____ | |
| | 10 _____ | |
| Entrevistadoras - | 11 _____ | 21 _____ |
| | 12 _____ | 22 _____ |
| | 13 _____ | 23 _____ |
| | 14 _____ | 24 _____ |
| | 15 _____ | 25 _____ |
| | 16 _____ | 26 _____ |
| | 17 _____ | 27 _____ |
| | 18 _____ | 28 _____ |
| | 19 _____ | 29 _____ |
| | 20 _____ | 30 _____ |
| Digitadoras - | 31 _____ | |
| | 32 _____ | |
| | 33 _____ | |
| | 34 _____ | |
| | 35 _____ | |

FORMULÁRIO PARA SELEÇÃO DE RESIDÊNCIAS

Bom dia / boa tarde / boa noite, meu nome é _____ . Estou fazendo essa visita pela FACULDADE DE MEDICINA DA USP. Estamos realizando um estudo em SÃO PAULO para entender melhor como está a saúde das mulheres e suas experiências de vida.					
1.	<p>Poderia dizer quantas pessoas vivem aqui, usando o mesmo fogão para cozinhar? ATENÇÃO: Isto inclui outras pessoas que talvez não sejam membros de sua família, como empregados domésticos, inquilinos ou amigos, usando o mesmo fogão para cozinhar? Este número inclui também as crianças ou bebês que vivem aqui? CERTIFIQUE-SE QUE ESTAS PESSOAS ESTÃO INCLUÍDAS NO TOTAL!</p>	NÚMERO TOTAL DE PESSOAS NA RESIDÊNCIA [][]			
2.	Quem chefia esta família, um homem ou uma mulher?	HOMEM 1 MULHER 2 AMBOS 3			
	MULHERES MEMBROS DA CASA	RELAÇÃO COM CHEFE DA FAM.	RESIDÊNCIA	IDADE	ELEGÍVEL
3	Hoje, gostaríamos de conversar com uma mulher de sua casa. Para ajudar a identificar com quem devo falar, poderia, por favor, dizer o nome de todas as meninas, moças e mulheres que vivem normalmente em sua casa (e que usam o mesmo fogão para cozinhar).	Qual é a relação de NOME com o(a) chefe da família? * (UTILIZE OS CÓDIGOS ABAIXO)	A NOME vive normalmente aqui ou preenche os critérios de item A? SIM NÃO	Qual a idade da NOME?	Veja critério abaixo "(A+B)": SIM NÃO
NUM. LINHA					
1			1 2		1 2
2			1 2		1 2
3			1 2		1 2
4			1 2		1 2
5			1 2		1 2
6			1 2		1 2
7			1 2		1 2
8			1 2		1 2
9			1 2		1 2
10			1 2		1 2

CÓDIGOS	06 MÃE	12 EMPREGADA DOMÉSTICA
01 CHEFE DA FAMÍLIA	07 SOGRA	13 INQUILINA
02 MULHER / ESPOSA	08 IRMÃ	14 AMIGA
03 FILHA	09 CUNHADA	98 OUTRA RELAÇÃO – SEM
04 NORA	10 OUTRO PARENTESCO	PARENTESCO _____
05 NETA	11 CRIANÇA ADOTADA/TUTELADA/ ENTEADA	_____

A - CASOS ESPECIAIS PARA SEREM CONSIDERADOS MORADORES DO DOMICÍLIO:

- AS EMPREGADAS DOMÉSTICAS SÓ SERÃO ELEGÍVEIS SE DORMIREM 5 NOITES OU MAIS POR SEMANA NESTE DOMICÍLIO.
- OS VISITANTES SERÃO ELEGÍVEIS SE ESTIVEREM DORMINDO NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS NA CASA.

B - ELEGÍVEL: QUALQUER MULHER ENTRE 15 E 49 ANOS QUE MORE NA CASA

SELECIONE ALEATORIAMENTE UMA MULHER ELEGÍVEL PARA ENTREVISTA. PARA ESCOLHER A MULHER, ESCREVA EM PAPÉIS OS NÚMEROS CORRESPONDENTES ÀS MULHERES DA CAIXA DE NÚMEROS E COLOQUE-OS NO SACO. PEÇA PARA UMA PESSOA DA CASA PARA RETIRAR UM NÚMERO – SELECIONANDO, DESTA FORMA, A PESSOA A SER ENTREVISTADA.

FAÇA UM CÍRCULO NO NÚMERO DA MULHER SELECIONADA. PERGUNTE SE VOCÊ PODE FALAR COM A MULHER SELECIONADA. SE ELA NÃO ESTIVER EM CASA, COMBINE UMA DATA PARA UMA VISITA DE RETORNO.

CONTINUE O QUESTIONÁRIO SOBRE A RESIDÊNCIA.

* se tanto o homem quanto a mulher são os chefes da família, relacione o grau de parentesco com o homem.

PODE SER RESPONDIDO POR QUALQUER ADULTO RESPONSÁVEL NO DOMICÍLIO

QUESTIONÁRIO SOBRE A RESIDÊNCIA

	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO																
<i>PERGUNTAS DE 1-6: INDICADORES SÓCIO-ECONÔMICOS ESPECÍFICOS DE CADA PAÍS</i>																		
1.	Se você não se incomodar, gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre sua casa. Qual a principal fonte de água potável (água para beber, cozinhar, etc.) em sua casa?	ÁGUA ENCANADA NA RESIDÊNCIA 01 ÁGUA ENCANADA EXTERNA..... 02 TORNEIRA PÚBLICA 03 POÇO DE ÁGUA NA RESIDÊNCIA 04 POÇO EXTERNO / PÚBLICO..... 05 FONTE DE ÁGUA 06 RIO / RIACHO / LAGOA / LAGO / AÇUDE OU BARRAGEM 08 ÁGUA DA CHUVA..... 09 ÁGUA DE CAMINHÃO-PIPA 10 OUTRA: 96																
2.	Que tipo de instalações sanitárias existem em sua casa?	VASO SANITÁRIO PRÓPRIO DA CASA 1 VASO SANITÁRIO COMPARTILHADO 2 LATRINA ESCAVADA NO SOLO COM MELHORIAS / VENTILAÇÃO 3 LATRINA TRADICIONAL ESCAVADA NO SOLO 4 RIO/CANAL..... 5 NENHUM TIPO DE INSTALAÇÃO / MATO OU CAMPO 6 OUTRA: 8																
3.	Quais os principais materiais utilizados no telhado? REGISTRAR O QUE SE OBSERVAR	TELHADO DE MATERIAIS NATURAIS..... 1 TELHADO RUDIMENTAR..... 2 TELHADO DE TELHAS OU CONCRETO 3 CHAPA DE ZINCO 4 OUTROS: 8																
4 a	Nesta casa tem eletricidade?	SIM..... 1 NÃO 2																
5. BRA	Nesta casa existem quantos destes itens? a) televisão colorida b) vídeo-cassete c) rádio d) banheiro e) automóvel de passeio f) empregada mensalista g) aspirador de pó h) maq. de lavar roupa i) geladeira j) freezer (isolado ou em geladeira duplex)	a) [] TELEVISÃO COLORIDA b) [] VÍDEO-CASSETE c) [] RÁDIO d) [] BANHEIRO e) [] AUTOMÓVEL DE PASSEIO f) [] EMPREGADA MENSALISTA g) [] ASPIRADOR DE PÓ h) [] MAQ. DE LAVAR ROUPA i) [] GELADEIRA j) [] FREEZER																
6. BRA	Alguma pessoa desta casa possui: a) terreno b) casa c) apartamento d) terra	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">SIM</td> <td style="text-align: right;">NÃO</td> </tr> <tr> <td>a) TERRENO</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>b) CASA</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>c) APARTAMENTO</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>d) TERRA</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		SIM	NÃO	a) TERRENO	1	2	b) CASA	1	2	c) APARTAMENTO	1	2	d) TERRA	1	2	
	SIM	NÃO																
a) TERRENO	1	2																
b) CASA	1	2																
c) APARTAMENTO	1	2																
d) TERRA	1	2																
7.	Quantos cômodos em sua casa são usados para dormir?	Nº DE CÔMODOS [] []																

8.	Você está preocupada/o com a criminalidade em sua vizinhança (como roubos ou assaltos)? Você diria que não está preocupada/o, está um pouco preocupada/o, ou está muito preocupada/o?	NÃO ESTÁ PREOCUPADA/O..... 1 ESTÁ UM POUCO PREOCUPADA/O 2 ESTÁ MUITO PREOCUPADA/O..... 3	
9.	Nas <u>últimas 4 semanas</u> alguém de sua casa foi vítima de um crime nesta vizinhança, tais como roubo ou assalto?	SIM..... 1 NÃO 2	
10.	ANOTE O SEXO DA/O ENTREVISTADA/O	MASCULINO 1 FEMININO 2	

Muito obrigada por sua ajuda.

**Pesquisa sobre a saúde e experiências de vida
em SÃO PAULO**

QUESTIONÁRIO DA MULHER

**ESTUDO REALIZADO PELA
FACULDADE DE MEDICINA DA USP**

Confidencial uma vez preenchido

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INDIVIDUAL

Bom dia / boa tarde / boa noite, meu nome é _____. Trabalho para a FACULDADE DE MEDICINA DA USP. Nós estamos realizando uma pesquisa em SÃO PAULO para saber mais sobre a saúde das mulheres e suas experiências de vida. Você (sua casa) foi sorteada para participar desta pesquisa.

Posso garantir para você que tudo o que você responder vai ser guardado em segredo total. Eu não vou deixar escrito seu nome completo ou o seu endereço. Você tem o direito de parar a entrevista na hora em que quiser, ou de pular alguma pergunta se não quiser respondê-la. Nesta pesquisa não existem respostas certas ou erradas. Alguns dos assuntos são muito pessoais ou difíceis de conversar, muitas mulheres acharam que foi útil ter tido a oportunidade de falar sobre eles.

Você só participa se quiser, mas as suas experiências podem ser muito úteis para ajudar outras mulheres aqui no Brasil.

Quer fazer alguma pergunta?

A entrevista dura mais ou menos 45 minutos. Você concorda em ser entrevistada?

ANOTE SE A ENTREVISTADA CONCORDA OU NÃO EM SER ENTREVISTADA

NÃO CONCORDA EM SER ENTREVISTADA —————> AGRADEÇA PELO TEMPO DELA

CONCORDA EM SER ENTREVISTADA —————> AGORA É UMA BOA HORA PARA CONVERSAR?

É muito importante que a gente converse a sós. Aqui é um lugar bom para fazer a entrevista, ou há algum outro lugar onde você gostaria de ir?

PARA A ENTREVISTADORA COMPLETAR

Declaro que li o consentimento acima e a entrevistada está de acordo em participar.

Pesquisador responsável: Lilia Blima Schraiber
 RG: 3945405 (SSP-SP)
 Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 455 2º andar
 Departamento de Medicina Preventiva - FMUSP

Nome e Assinatura da entrevistadora

100. REGISTRE A HORA		Hora [][]	
		Minutos [][]	
SEÇÃO 1: A ENTREVISTADA E SUA COMUNIDADE			
PERGUNTAS E FILTROS		CATEGORIAS DE CLASSIFICAÇÃO	PULE PARA
Se você não se incomodar, gostaria de começar perguntando-lhe um pouco sobre a sua VIZINHANÇA.			
101	Geralmente, os vizinhos em NOME DA COMUNIDADE tendem a se conhecer bem, uns aos outros?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
102	Se houvesse uma briga na rua com agressão física aqui na vizinhança as pessoas, de modo geral, fariam algo para parar a briga?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
103	Se alguém em NOME DA COMUNIDADE resolvesse desenvolver um projeto comunitário (parque infantil, centro de esportes ou lazer ou outros) as pessoas estariam dispostas a contribuir de alguma forma, com tempo, trabalho ou dinheiro?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
104	Nesta vizinhança, de modo geral, há confiança da maioria das pessoas em emprestar ou pedir emprestado alguma coisa?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
105	Se, de repente, houvesse uma doença ou um acidente em sua família, seus vizinhos ofereceriam ajuda?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
106	Agora, gostaria de lhe fazer umas perguntas sobre você mesma. Quando você nasceu (dia, mês e ano) ?	DIA [][] MÊS [][] ANO [][][][] NÃO SABE O ANO 9998	
107	Quantos anos você fez no seu último aniversário? (MAIS OU MENOS)	ANOS [][]	
108	Quanto tempo faz que você mora em NOME DA COMUNIDADE sem interrupção?	ANOS [][] MENOS DO QUE 1 ANO 00 SEMPRE MOREI AQUI 95 VISITANTE (MÍNIMO 4 SEMANAS NO DOMICÍLIO) 96	
109	Você sabe ler e escrever?	SIM 1 NÃO 2	
110	Você já frequentou a escola?	SIM 1 NÃO 2	⇒112
111	Qual é o grau mais alto de instrução que você cursou? MARQUE O GRAU MAIS ELEVADO. <i>CONVERTA OS ANOS DE ESCOLARIDADE DE ACORDO COM OS CÓDIGOS DA TABELA.</i>	PRIMÁRIO _____ ANO 1 SECUNDÁRIO/TÉCNICO _____ ANO 2 UNIV. COMPLETO _____ ANO 3 UNIV. INCOMPLETO _____ ANO 4 Nº DE ANOS DE INSTRUÇÃO [][]	
112	Onde você foi criada?	NESTA COMUNIDADE/CIDADE 1 EM OUTRA ÁREA RURAL/VILA 2 EM OUTRA CIDADE 3 EM OUTRO PAÍS 4	
113	Você tem parentes morando perto o suficiente para que você possa vê-los/visitá-los com facilidade?	SIM 1 NÃO 2	

114	Com que frequência você conversa ou se encontra com algum parente da família na qual você nasceu? Você diria que isso acontece pelo menos uma vez por semana, uma vez por mês, uma vez por ano, ou nunca (quase nunca)?	PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA..... 1 PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 2 PELO MENOS UMA VEZ POR ANO 3 NUNCA (QUASE NUNCA)..... 4																									
115	Quando você precisa de ajuda ou tem algum problema, você pode contar com seus parentes para lhe dar apoio?	SIM..... 1 NÃO..... 2																									
116 a	Você frequenta regularmente algum grupo ou organização? SE SIM: Que tipo de grupo ou associação? SE NÃO: Por exemplo, Organização de mulheres ou comunitárias, grupos religiosos ou associações políticas? ANOTE TODAS AS OPÇÕES MENCIONADAS. SE NECESSÁRIO, EXPLORE, PARA IDENTIFICAR O TIPO DE GRUPO. EXPLORE: Algum lugar mais?	NENHUM..... A CÍVICA/POLÍTICA/SINDICATO.....B ASSISTÊNCIA SOCIAL/CARIDADE...C ESPORTES/ARTES/TRAB. MANUAISD GRUPO DE INVEST./CONSÓRCIO.....E ORGANIZAÇÃO DE MULHERES.....F ENTIDADES RELIGIOSAS.....G OUTRO: _____ _____.....X	⇒ SE NENHUM, PULE PARA 118 116b. Com que frequência você participa? (PERGUNTE E ANOTE DE ACORDO COM CADA ITEM ASSINALADA NA 116a) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Pelo menos uma vez por semana</th> <th>Pelo menos uma vez por mês</th> <th>Pelo menos uma vez por ano</th> <th>Nunca (quase nunca)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Pelo menos uma vez por semana	Pelo menos uma vez por mês	Pelo menos uma vez por ano	Nunca (quase nunca)	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Pelo menos uma vez por semana	Pelo menos uma vez por mês	Pelo menos uma vez por ano	Nunca (quase nunca)																								
1	2	3	4																								
1	2	3	4																								
1	2	3	4																								
1	2	3	4																								
1	2	3	4																								
117	Algum desses grupos é frequentado exclusivamente por mulheres?	SIM..... 1 NÃO..... 2																									
118	Alguma vez você já foi impedida de participar de alguma reunião ou organização? SE SIM, quem impediu? MARQUE TODAS QUE SE APLICAM.	NÃO FOI IMPEDIDA A COMPANHEIRO / MARIDO B PAIS.....C SOGROS D FILHOS.....E OUTROS: _____.. X																									
119	Atualmente você está casada ou tem um companheiro do sexo masculino?	ATUALMENTE CASADA..... 1 VIVENDO COM UM HOMEM/AMIGADA ... 3 TEM UM PARCEIRO (MANTENDO RELAÇÃO SEXUAL), MAS NÃO VIVE JUNTO 4 NÃO ESTÁ CASADA OU VIVENDO COM UM HOMEM (SEM RELACIONAMENTO SEXUAL)..... 5	⇒123 ⇒123 ⇒123																								

120	Você alguma vez já foi casada ou viveu com um companheiro do sexo masculino?	SIM 1 NÃO 2	⇒ S2
121	O último casamento ou vida comum com um companheiro terminou em divórcio/separação, ou você ficou viúva?	DIVORCIADA 1 SEPARADA 2 VIÚVA 3	⇒ 123

122	Foi você quem iniciou o divórcio/separação, foi seu marido ou companheiro, ou os dois decidiram se separar?	ENTREVISTADA 1 MARIDO/COMPANHEIRO 2 AMBOS 3 OUTROS: 6	
123	Quantas vezes você já foi casada, ou viveu com algum homem? (INCLUINDO O ATUAL COMPANHEIRO)	Nº DE CASAMENTOS [] [] SE ZERO ⇒	⇒ S.2
124	As próximas perguntas serão sobre o seu atual ou mais recente marido/companheiro. Você vive/viveu junto com os pais ou outros membros da família de seu marido/companheiro?	SIM 1 NÃO 2	
125	SE TEM PARCEIRO ATUAL: Você vive com seus pais ou outros membros de sua família? SE NÃO TEM PARCEIRO ATUAL: Você viveu com seus pais ou outros membros de sua família durante o período em que você e seu último coompanheiro viveram juntos?	SIM 1 NÃO 2	
		PAÍSES ONDE NÃO EXISTE A POLIGAMIA [X] ⇒	⇒ 129
126			
127			
128			
129	Você teve algum tipo de cerimônia de casamento para formalizar esta união? Que tipo de cerimônia você teve? MARCAR TODAS AS QUE SE APLICAM.	NENHUMA A CASAMENTO CIVIL B CASAMENTO RELIGIOSO C CASAMENTO CONFORME COSTUMES TRADICIONAIS DO LOCAL D OUTRA: X	⇒ S.2
130	Em que ano ocorreu a (primeira) cerimônia? ESTA QUESTÃO REFERE-SE À ATUAL OU ÚLTIMA RELAÇÃO.	ANO [] [] [] [] NÃO SABE 9998	
131	Foi você mesma quem escolheu seu marido atual ou mais recente, ou alguma outra pessoa o escolheu para você? SE ELA NÃO PODE FAZER A ESCOLHA POR ELA MESMA, ATENÇÃO: Quem escolheu seu marido atual/mais recente para você?	AMBOS ESCOLHERAM 1 A ENTREVISTADA ESCOLHEU 2 A FAMÍLIA DA ENTREV. ESCOLHEU 3 O COMPANHEIRO A ESCOLHEU 4 A FAMÍLIA DO COMP. ESCOLHEU 5 OUTROS: 6	} S.2
132	Antes do casamento com seu atual (último) marido, perguntaram a você se queria, ou não, casar-se com ele?	SIM 1 NÃO 2	} S.2
133			
134			
135			
136			

SEÇÃO 2 – QUESTÕES GERAIS DE SAÚDE

**ANTES DE COMEÇAR COM A SEÇÃO 2:
VERIFIQUE AS RESPOSTAS NA SEÇÃO 1 E MARQUE O ESTADO MARITAL NA FOLHA DE REFERÊNCIA,
BOX A.**

201	Agora, poderíamos falar sobre sua saúde e o uso que você faz de serviços de saúde? Em termos gerais, você acha que a sua saúde é excelente, boa, regular, fraca ou muito fraca?	EXCELENTE 1 BOA 2 REGULAR 3 FRACA 4 MUITO FRACA 5	
202	Agora gostaria de perguntar sobre a sua saúde nas <u>últimas 4 semanas</u> . Como você descreveria sua capacidade de locomoção? Você diria que não teve problema, teve muito pouco, alguns, muitos problemas ou ficou incapacitada de locomover-se?	NÃO TEVE PROBLEMA 1 MUITO POUCO PROBLEMA 2 ALGUM PROBLEMA 3 MUITO PROBLEMA 4 INCAPAZ DE LOCOMOVER-SE 5	
203	Nas <u>últimas 4 semanas</u> você teve dificuldade em desenvolver suas atividades diárias, como o trabalho, estudo, trabalhos domésticos, família e atividades sociais? Você diria que não teve problema, teve muito pouco, alguns, muitos problemas ou ficou incapacitada?	NÃO TEVE PROBLEMA 1 MUITO POUCO PROBLEMA 2 ALGUM PROBLEMA 3 MUITO PROBLEMA 4 INCAPAZ DESENV. ATIVIDADES 5	
204	Nas <u>últimas 4 semanas</u> você sentiu alguma dor ou desconforto? Você diria que não sentiu dor e desconforto, sentiu dor e desconforto leves, moderados, sérios ou graves?	SEM DOR OU DESCONFORTO 1 DOR E DESCONFORTO LEVES 2 DOR E DESCONFORTO MODERADOS 3 DOR E DESCONFORTO SÉRIOS 4 DOR E DESCONFORTO GRAVES 5	
205	Nas <u>últimas 4 semanas</u> você teve problemas de memória ou dificuldade de concentração? Você diria que não teve, teve muito pouco, algum, muito ou grave problema de memória?	NÃO TEVE PROBLEMA 1 MUITO POUCO PROBLEMA 2 ALGUM PROBLEMA 3 MUITO PROBLEMA 4 GRAVE PROBLEMA 5	
206	Nas <u>últimas 4 semanas</u> você teve: a) Tonturas b) Corrimento vaginal		SIM NÃO a) TONTURAS 1 2 b) CORRIMENTO 1 2
206 a BRA	Você já fez teste para o HIV (teste de AIDS)? Não queremos saber o resultado, apenas saber se você já fez o teste.	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
207	Nas <u>últimas 4 semanas</u> , você tomou remédios para: 1. Ajudá-la a ficar mais calma ou dormir? 2. Aliviar a dor? 3. Ajudá-la a não se sentir triste e deprimida? PARA CADA RESPOSTA, SE SIM, EXPLORE: Com que frequência? Uma ou duas vezes, poucas vezes, ou muitas vezes?		NÃO 1 OU 2 VEZES POUCAS VEZES MUITAS VEZES a) DORMIR 1 2 3 4 b) DOR 1 2 3 4 c) TRISTEZA 1 2 3 4

208	<p>Nas <u>últimas 4 semanas</u>, você se consultou com algum médico ou outro profissional de saúde porque você se sentiu doente?</p> <p>SE SIM, com quem?</p> <p>EXPLORE: Você se consultou com mais alguém?</p>	<p>NÃO CONSULTOU NINGUÉM A</p> <p>MÉDICO B</p> <p>ENFERMEIRO/AUXILIAR DE ENF.. C</p> <p>PARTEIRO D</p> <p>PSICÓLOGO E</p> <p>FARMACÊUTICO..... F</p> <p>CURANDEIRO G</p> <p>AUXILIAR DE PARTO H</p> <p>OUTRO: _____ X</p>	
208 a BRA	<p>Nas <u>últimas 4 semanas</u>, houve alguma vez que você precisou ou quis procurar um médico ou serviço de saúde, mas teve alguma dificuldade para ir ou para ser atendida?</p> <p>SE SIM, por que?</p> <p>EXPLORE: Teve mais alguma dificuldade?</p>	<p>NÃO TIVE DIFICULDADE/NÃO PRECISEI..... A</p> <p>DISTÂNCIA DO SERVIÇO DE SAÚDE B</p> <p>FALTA DE DINHEIRO C</p> <p>PROBLEMAS DE TRANSPORTE D</p> <p>LONGO PERÍODO DE ESPERA PARA CONSEGUIR A CONSULTA OU SER ATENDIDA..... E</p> <p>NÃO TINHA VAGA F</p> <p>NÃO TENHO TEMPO PARA IR, POIS TRABALHO O DIA TODO..... G</p> <p>NÃO SABIA ONDE IR..... H</p> <p>OUTRO X</p> <p>_____</p>	

209	As próximas perguntas são relacionadas com outros problemas comuns que talvez a tenham incomodado nas <u>últimas 4 semanas</u> . Se você teve problemas nas <u>últimas 4 semanas</u> , responda SIM. Se não, responda NÃO.		SIM	NÃO
a)	Tem dores de cabeça freqüentes?	a) DOR DE CABEÇA	1	2
b)	Tem falta de apetite?	b) FALTA DE APETITE	1	2
c)	Dorme mal?	c) DORME MAL	1	2
d)	Assusta-se com facilidade?	d) ASSUSTA-SE	1	2
e)	Tem tremores nas mãos?	e) MÃOS TRÊMULAS	1	2
f)	Sente-se nervosa, tensa, preocupada?	f) NERVOSA	1	2
g)	Tem má digestão?	g) MÁ DIGESTÃO	1	2
h)	Tem dificuldade em pensar com clareza?	h) DIF. EM PENSAR	1	2
i)	Tem se sentido triste ultimamente?	i) TRISTE	1	2
j)	Tem chorado mais que de costume?	j) CHORA MUITO	1	2
k)	Encontra dificuldades em realizar com satisfação suas atividades diárias?	k) DIF. ATIV. DIÁRIAS	1	2
l)	Tem dificuldade para tomar decisões?	l) DIF. DECISÕES	1	2
m)	Tem dificuldades no serviço? (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	m) DIF. SERVIÇO	1	2
n)	É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	n) SEM PAPEL ÚTIL	1	2
o)	Tem perdido o interesse pelas coisas?	o) SEM INTERESSE	1	2
p)	Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	p) DESVALORIZADA	1	2
q)	Tem tido a idéia de acabar com a vida?	q) POR FIM À VIDA	1	2
r)	Sente-se cansada o tempo todo?	r) SENTE-SE CANSADA	1	2
s)	Tem sensações desagradáveis no estômago?	s) PROBL. ESTOMACAIS	1	2
t)	Você se cansa com facilidade?	t) CANSAÇO	1	2

210	Até agora falamos sobre problemas que podem ter incomodado você nas últimas quatro semanas. Agora, gostaria de lhe perguntar se em algum momento de sua vida você já pensou em se matar?	SIM 1 NÃO 2	⇒212
211	Você já tentou se matar?	SIM 1 NÃO 2	
212	Nos <u>últimos 12 meses</u> você fez alguma operação? (NÃO CONSIDERAR CESARIANA)	SIM 1 NÃO..... 2	
213	Nos <u>últimos 12 meses</u> você teve que passar alguma (s) noite (s) em um hospital porque você se sentiu doente (não considerar parto)? SE SIM, quantas noites nos últimos doze meses?	NOITES NO HOSPITAL.....[] [] NENHUMA 00	
213 a BRA	Alguma vez você se sentiu maltratada ou humilhada em atendimento em Serviço de Saúde?	SIM 1 NÃO 2	⇒213c
213 b BRA	Onde foi? EXPLORE: Alguma outra situação?	PRÉ-NATAL A PARTO B GINECOLÓGICO C CLÍNICA MÉDICA D URGÊNCIA/EMERGÊNCIA E OUTRO X	
213 c BRA	(A ENTREVISTADORA EXPLICA O QUE É O EXAME): Vamos agora falar sobre o Papanicolaou: “O médico ou enfermeiro coloca um aparelho, chamado espéculo (bico de pato), na vagina para abri-la e olhar por dentro. Ele colhe um material do útero, põe na lâmina e manda para o laboratório. O exame serve para descobrir o câncer de colo de útero. Depois você recebe o resultado em outra consulta.”		
	Você já fez alguma vez esse exame preventivo ou exame de Papanicolaou?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	⇒ 213g ⇒ 214
213 d BRA	Quando foi a última vez que você fez o exame?: 1. Há menos de 1 ano 2. De 1 a 2 anos 3. De 3 a 5 anos 4. Mais de 5 anos 8. Não lembra	HÁ MENOS DE 1 ANO 1 DE 1 A 2 ANOS 2 DE 3 A 5 ANOS 3 MAIS DE 5 ANOS 4 NÃO LEMBRA 8	
213 e BRA	Você recebeu o resultado de seu último exame?	SIM 1 NÃO 2 NÃO LEMBRA 8	
213 f BRA	Na última vez que você fez exame de Papanicolaou, qual foi o principal motivo de ter feito?	ELA PROCUROU O SERVIÇO PARA FAZER O EXAME 1 ELA FEZ O EXAME POR RECOMENDAÇÃO MÉDICA..... 2 ELA FEZ O EXAME PORQUE TINHA QUEIXAS GINECOLÓGICAS..... 3 OUTRAS 6	⇒ 214

213 g BRA	Algumas mulheres não fazem o exame preventivo ou nunca o fizeram por vários motivos. No seu caso, porque não fez ou não pôde fazer o exame? EXPLORE: Algum outro motivo?	NÃO SABEA NÃO ERA NECESSÁRIO/ SOU SAUDÁVEL/NÃO TENHO PROBLEMA GINECOLÓGICOB NÃO CONHECIA O EXAME/NÃO SABIA DA SUA FINALIDADE OU IMPORTÂNCIA C TEVE DIFICULDADE PARA MARCAR UMA CONSULTA/NÃO TINHA VAGA.....D PROBLEMAS COM A DISTÂNCIA/TRANSPORTE/DIFICULDADES FINANCEIRAS E É MUITO EMBARAÇOSO/DESCONFORTÁVEL/TENHO VERGONHA F NUNCA TIVE RELAÇÕES SEXUAIS.....G OUTRO:X																			
214	Atualmente você fuma ... 1. Diariamente (pelo menos um cigarro por dia)? 2. Ocasionalmente (menos de um cigarro por dia)? 3. De modo algum?	DIARIAMENTE 1 OCASIONALMENTE2 DE MODO ALGUM.....3	⇒216 ⇒216																		
215	Você já fumou alguma vez em sua vida? Você fumava... 1. Diariamente? (pelo menos um cigarro por dia) 2. Ocasionalmente? (pelo menos 100 cigarros, mas nunca diariamente) 3. De modo algum? (ou menos que 100 cigarros durante toda sua vida)	DIARIAMENTE1 OCASIONALMENTE2 DE MODO ALGUM.....3																			
216	Com que frequência você ingere bebida alcoólica? Você diria que: 1. quase todos os dias 2. uma ou duas vezes por semana. 3. 1 – 3 vezes por mês. 4. Ocasionalmente, pelo menos uma vez por mês. 5. Nunca.	QUASE TODOS OS DIAS 1 UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA..... 2 1 – 3 VEZES POR MÊS..... 3 PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 4 NUNCA 5	⇒S.3																		
217	Nos dias em que você tomou bebida alcoólica, nas últimas quatro semanas, qual foi o seu consumo diário (em doses)?	NÚMERO DE DOSES CONSUMIDAS... [] [] NÃO TOMOU BEBIDAS ALCOÓLICAS NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS00																			
218	Nos últimos 12 meses, você teve algum dos seguintes problemas, relacionados com a bebida? a) Problemas com dinheiro b) Problemas de saúde c) Conflitos familiares ou com amigos. d) Problemas com autoridades (dono de bar/polícia, etc) x) Outros, especifique	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%;">SIM</th> <th style="width: 10%;">NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PROBL. COM DINHEIRO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b) PROBL. DE SAÚDE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c) CONFLITOS FAMILIARES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d) PROBL. COM AUTORIDADES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>x) OUTROS: _____</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	a) PROBL. COM DINHEIRO	1	2	b) PROBL. DE SAÚDE	1	2	c) CONFLITOS FAMILIARES	1	2	d) PROBL. COM AUTORIDADES	1	2	x) OUTROS: _____	1	2	
	SIM	NÃO																			
a) PROBL. COM DINHEIRO	1	2																			
b) PROBL. DE SAÚDE	1	2																			
c) CONFLITOS FAMILIARES	1	2																			
d) PROBL. COM AUTORIDADES	1	2																			
x) OUTROS: _____	1	2																			

SEÇÃO 3 – SAÚDE REPRODUTIVA

301	Agora eu gostaria de perguntar sobre todos os partos que você já teve durante a sua vida. Você já deu à luz a quantas crianças vivas? (ESTA QUESTÃO DIZ RESPEITO AOS NASCIDOS VIVOS)	Nº DE NASCIMENTOS [][] SE MAIS DE UM . ⇒303 NENHUM 00
302	Você já engravidou alguma vez?	SIM 1 ⇒304 NÃO 2 ⇒310 TALVEZ/NÃO TENHO CERTEZA 3 ⇒310
303	Quantos filhos você tem, que estejam vivos atualmente? REGISTRE O NÚMERO	FILHOS [][] FILHOS ADOTADOS VIVOS [][] NENHUM 00
304	Você já teve um menino ou uma menina que tenha nascido vivo (a), mas morrido depois, em qualquer idade? SE NÃO, explore: nenhum bebê que tenha chorado ou dado algum sinal de vida, mas que tenha vivido somente algumas horas ou dias?	SIM 1 ⇒306 NÃO 2
305	a) Quantos filhos morreram? b) Quantas filhas morreram? (ESTA QUESTÃO DIZ RESPEITO A TODAS AS IDADES)	a) FILHOS MORTOS [][] b) FILHAS MORTAS [][] SE NENHUM REGISTRE '00'
306	Os seus filhos são todos do mesmo pai biológico ou você tem filhos com mais de um pai?	ÚNICO PAI 1 MAIS QUE UM PAI 2 NÃO SEI, SEM RESPOSTA 8
307	Quantos dos seus filhos recebem apoio financeiro dos pais deles? Você diria que nenhum, alguns ou todos?	NENHUM 1 ALGUNS 2 TODOS 3 NÃO SE APLICA 7
308	Quantas vezes você já ficou grávida? Considere, inclusive, qualquer gravidez mesmo que não tenha tido uma criança viva. EXPLORE: quantas gestações foram gêmeos ou trigêmeos?	a) NÚMERO TOTAL DE VEZES [][] QUE ENGRAVIDOU b) GESTAÇÕES COM GÊMEOS [] c) GESTAÇÕES COM TRIGÊMEOS []
309	Você já teve algum aborto ou alguma criança que tenha nascido morta? EXPLORE: Quantas vezes isso já ocorreu? (aborto espontâneo, natimorto, aborto provocado)	a) ABORTO ESPONTÂNEO [][] b) NATIMORTO [][] c) ABORTO PROVOCADO [][] SE NENHUM REGISTRE '00'
309 a BRA	Alguma vez você fez cesárea? SE SIM, quantas?	CESÁREAS [][] SE NENHUMA REGISTRE '00' ⇒310
309 b BRA	Seu primeiro filho foi cesárea?	SIM 1 NÃO 2
310	Você está grávida agora?	SIM 1 ⇒A NÃO 2 ⇒B TALVEZ 3 ⇒B

VERIFIQUE SE AS SOMAS PARA AMBAS AS LINHAS ESTÃO CORRETAS. SE NÃO VERIFIQUE AS RESPOSTAS DAS QUESTÕES.

- A. [301] ____ + [309 a+b+c] ____ + 1 =
[308a] ____ + [308b] ____ + [2x308c] ____ = ____
- B. [301] ____ + [309 a+b+c] ____ =
[308a] ____ + [308b] ____ + [2x308c] ____ = ____

311	Você já fez alguma coisa ou tentou de alguma forma evitar gravidez? (EXPLORE: Nem ligadura de trompas ou operação para não ter filhos?)	SIM 1 NÃO 2 NUNCA TEVE RELAÇÃO SEXUAL 3	⇒315 ⇒S.5
312	Atualmente você está fazendo algo ou usando algum método para evitar gravidez? EXPLORE: E o seu parceiro fez alguma coisa?	SIM 1 NÃO 2	⇒315
313	Qual é o principal método que vocês estão usando atualmente? SE MAIS QUE UM, MARQUE APENAS O PRINCIPAL.	PÍLULAS / DRÁGEAS 1 INJEÇÕES 2 IMPLANTE DE ADESIVO (NORPLANT) ... 3 DIU – Dispositivo intra-uterino 4 DIAFRAGMA / ESPERMICIDA 5 TABELA/MÉTODO DO MUCO 6 ESTERILIZAÇÃO FEMININA 7 CAMISINHA 8 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA 9 COITO INTERROMPIDO 10 CHÁS/ERVAS 11 OUTROS: 96	⇒315 ⇒315 ⇒315
314	Seu marido/companheiro atual sabe que você está usando um método para planejamento familiar?	SIM 1 NÃO 2 NÃO TEM COMPANHEIRO ATUAL 8	
315	Alguma vez seu marido/companheiro mais recente/atual já recusou ou tentou impedi-la de usar algum método para evitar a gravidez?	SIM 1 NÃO 2	⇒317
316	De que maneira ele demonstrou que não aprovava que você usava algum método para evitar a gravidez? MARQUE TODAS AS QUE SE APLICAM	FALOU QUE NÃO APROVAVA A GRITOU / FICOU COM RAIVA B AMEAÇOU ME BATER C AMEAÇOU ME LARGAR / ME POR PARA FORA DE CASA D ME BATEU / ME AGREDIU E PEGOU OU DESTRUIU O MÉTODO F OUTRAS: X	
317	Você alguma vez usou camisinha com seu parceiro mais recente/atual para se proteger de alguma doença?	SIM 1 NÃO 2	⇒S.4
318	Você alguma vez pediu para que seu parceiro mais recente/atual usasse camisinha?	SIM 1 NÃO 2	⇒S.4
319	Alguma vez seu marido/companheiro mais recente/atual já se recusou a usar camisinha para prevenir alguma doença?	SIM 1 NÃO 2	⇒S.4
320	De que maneiras ele demonstrou para você que não aprovava o uso de camisinha?	FALOU QUE NÃO APROVAVA A GRITOU / FICOU COM RAIVA B AMEAÇOU ME BATER C AMEAÇOU ME LARGAR / ME POR PARA FORA DE CASA D ME BATEU / ME AGREDIU E PEGOU OU DESTRUIU O MÉTODO F ACUSOU VOCÊ DE SER INFIEL/ DE NÃO SER UMA BOA MULHER G RIU DE MIM/ NÃO ME LEVOU A SÉRIO H DISSE QUE NÃO ERA NECESSÁRIO I OUTRAS: X	

SEÇÃO 4 – FILHOS

**ANTES DE COMEÇAR A SEÇÃO 4:
REVISE AS RESPOSTAS E MARQUE A HISTÓRIA REPRODUTIVA NA FOLHA DE REFERÊNCIA, BOX B.**

VER: (Folha de Ref, box B, item 2)	NASCIMENTOS DE FILHOS VIVOS [] ↓	SEM NASCIMENTO DE FILHOS VIVOS [] ⇒	⇒S.5
401	Eu gostaria de perguntar sobre a última vez que você deu a luz (mesmo se o filho ainda vive ou não). Qual é a data de nascimento desse último filho?	DIA [] [] MÊS [] [] ANO [] [] []	
402	Que nome foi dado a seu último filho? É (Nome) um menino ou uma menina?	NOME (letra inicial): _____ MENINO 1 MENINA 2	
403	O seu último filho (NOME) é vivo?	SIM 1 NÃO 2	⇒405
404	Quantos anos (NOME) fez no último aniversário dele? REGISTRAR A IDADE EM ANOS COMPLETOS. VERIFIQUE A IDADE COM A DATA DE NASCIMENTO.	IDADE EM ANOS [] [] SE AINDA NÃO COMPLETOU UM ANO 00	⇒406 ⇒406
405	Quanto anos (NOME) tinha quando morreu?	ANOS [] [] MESES (SE MENOS QUE UM ANO) .. [] [] DIAS (SE MENOS QUE UM MÊS) [] []	
406	VERIFIQUE SE A DATA DO ÚLTIMO NASCIMENTO É MAIOR OU MENOR QUE CINCO ANOS. [Q 401]	MAIOR QUE CINCO ANOS 1 MENOR QUE CINCO ANOS 2	⇒417
407	Eu gostaria de saber sobre sua última gravidez. Na época em que você ficou grávida desta criança (NOME), você queria engravidar, queria esperar mais um pouco, não queria ter (não queria ter mais) filhos, ou tanto fazia?	QUERIA ENGRAVIDAR 1 QUERIA ESPERAR 2 NÃO QUERIA FILHOS 3 NÃO FAZIA DIFERENÇA 4	
408	Na época em que você ficou grávida desta criança (NOME), seu marido / companheiro queria que você engravidasse, queria esperar mais um pouco, não queria ter (não queria ter mais) filhos, ou tanto fazia?	QUERIA A GRAVIDEZ 1 QUERIA ESPERAR 2 NÃO QUERIA FILHOS 3 NÃO FAZIA DIFERENÇA 4 NÃO SABE 8	
409	Quando você estava grávida desta criança (NOME), você fez acompanhamento pré-natal? Se sim, com quem? MARQUE TODAS AS RESPOSTAS QUE SE APLICAM	NINGUÉM A MÉDICO B OBSTETRA/GINECOLOGISTA C ENFERMEIRO/PARTEIRO D AUXILIAR DE ENFERMAGEM E AUX. DE PARTO F OUTRO: _____ X	
410	Seu marido/companheiro impediu, encorajou, ou não demonstrou qualquer interesse que você recebesse cuidados durante a gravidez (pré-natal)?	IMPEDIU 1 ENCORAJOU 2 NÃO DEMONSTROU INTERESSE 3	
411	Quando você estava grávida desta criança, seu marido/companheiro tinha preferência por um filho, uma filha, ou não se importou se seria um menino ou uma menina?	FILHO 1 FILHA 2 NÃO SE IMPORTOU 3	

412	Durante esta gravidez, você consumiu algum tipo de bebida alcoólica?	SIM1 NÃO2 NÃO SABE/NÃO SE LEMBRA.....8	
-----	----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	--

413	Durante esta gravidez, você fumou algum tipo de cigarro?	SIM1 NÃO2 NÃO SABE/NÃO SE LEMBRA8																			
414	Você teve alguma assistência no período pós parto até 06 semanas?	SIM1 NÃO2 NÃO SABE/ NÃO SE LEMBRA8																			
415	Esta criança (NOME) foi pesada ao nascer?	SIM1 NÃO2 NÃO SABE8	⇒417 ⇒417																		
416	Quanto pesava o bebê? VERIFIQUE NO CARTÃO DE SAÚDE, QUANDO POSSÍVEL.	KG DO CARTÃO [],[]1 KG DE MEMÓRIA [],[]2 NÃO SABE/NÃO LEMBRA8																			
417	Você tem filhos vivos de 5 a 12 anos? Quantos? (INCLUINDO FILHOS COM 12 ANOS COMPLETOS)	NÚMERO [] [] NENHUM00	⇒S.5																		
418	a) Quantos são meninos? b) Quantos são meninas?	a) MENINOS [] b) MENINAS []																			
419	Quantas dessas crianças vivem com você atualmente? VERIFIQUE: a) Quantas são meninos? b) Quantas são meninas?	a) MENINOS [] b) MENINAS [] SE "0" PARA AMBOS ===== VAI PARA ⇒	S.5																		
420	Qualquer uma destas crianças (de 5 a 12 anos): a) Tem pesadelos com frequência? b) Chupa os dedos? c) Urina na cama? d) É tímida ou retraída? e) É agressiva com você ou com outras crianças?	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:center;">SIM</td> <td style="text-align:center;">NÃO</td> </tr> <tr> <td>a) PESADELOS</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> </tr> <tr> <td>b) CHUPA DEDOS</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> </tr> <tr> <td>c) URINA NA CAMA</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> </tr> <tr> <td>d) TÍMIDA</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> </tr> <tr> <td>e) AGRESSIVA</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> </tr> </table>		SIM	NÃO	a) PESADELOS	1	2	b) CHUPA DEDOS	1	2	c) URINA NA CAMA	1	2	d) TÍMIDA	1	2	e) AGRESSIVA	1	2	
	SIM	NÃO																			
a) PESADELOS	1	2																			
b) CHUPA DEDOS	1	2																			
c) URINA NA CAMA	1	2																			
d) TÍMIDA	1	2																			
e) AGRESSIVA	1	2																			
421	Dentre estas crianças (de 5 e 12 anos), alguma já fugiu de casa? INDIQUE O NÚMERO DE MENINOS E MENINAS EM SEPARADO.	a) NÚMERO DE MENINOS [] b) NÚMERO DE MENINAS [] SE NÃO MARQUE '00'																			
422	Dentre estas crianças (de 5 e 12 anos), quantas frequentam a escola? INDIQUE O NÚMERO DE MENINOS E MENINAS EM SEPARADO.	a) MENINOS [] b) MENINAS [] SE "0" PARA AMBOS ===== VAI PARA ⇒	⇒S.5																		
423	Alguma destas crianças repetiu de ano na escola? CERTIFIQUE-SE QUE SÃO APENAS OS FILHOS DE 5 A 12 ANOS	SIM1 NÃO2 NÃO SABE8																			
424	Alguma destas crianças parou de ir à escola por algum período ou abandonou os estudos completamente? CERTIFIQUE-SE QUE SÃO APENAS OS FILHOS DE 5 A 12 ANOS	SIM1 NÃO2 NÃO SABE8																			

SEÇÃO 5 – PARCEIRO ATUAL OU MAIS RECENTE

ANTES DE COMEÇAR A SEÇÃO 5:
VEJA O ESTADO MARITAL NA FOLHA DE REFERÊNCIA, BOX A, E MARQUE ABAIXO.

Ver: Folha Ref. Box A)	CASADA ATUALMENTE /VIVENDO COM UM HOMEM/TEM PARCEIRO SEXUAL REGULAR (Opção 1) [] (Opção 5) ↓	CASADA ANTERIORMENTE / VIVEU COM UM HOMEM (Opção 2) [] ↓	NUNCA CASOU / NUNCA VIVEU COM UM HOMEM / SEM NAMORADO (Opção 4) [] ⇒	⇒S.6
501	Agora eu gostaria que você falasse um pouco sobre seu atual / mais recente marido/companheiro. Quantos anos seu marido/companheiro fez no último aniversário dele? VERIFIQUE IDADE APROXIMADA.	ANOS [] []		
502	Em que ano ele nasceu? [] [] [] [] NÃO SABE 9998		
503	Ele sabe ler e escrever?	SIM 1 NÃO 2		
504	Alguma vez ele frequentou a escola?	SIM 1 NÃO 2		⇒506
505	Qual o grau educacional mais alto que ele alcançou? MARQUE O GRAU MAIS ALTO.	PRIMÁRIO ANOS ... 1 SECUNDÁRIO/TÉCNICO ANOS ... 2 UNIV. COMPLETO ANOS ... 3 UNIV. INCOMPLETO ANOS ... 4 NÃO SABE 8 TOTAL DE ANOS ESTUDADOS..... [] []		
506	Atualmente seu marido/companheiro está trabalhando, procurando emprego ou desempregado, aposentado ou estudando? (PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE: Durante o relacionamento de vocês ele estava trabalhando?)	TRABALHANDO 1 PROC. EMPREGO/DESEMPREGADO 2 APOSENTADO 3 ESTUDANTE 4		⇒508 ⇒508 ⇒509
507	Quando ele saiu do seu último emprego? Nas últimas quatro semanas, entre 4 semanas e últimos doze meses, ou depois disso? (PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE: nas últimas quatro semanas ou nos últimos doze meses de seu relacionamento?)	ÚLTIMAS 4 SEMANAS 1 DE 4 SEMANAS A ULT. 12 MESES..... 2 MAIS QUE 12 MESES..... 3 NUNCA TEVE EMPREGO..... 4		⇒509
508	Habitualmente que tipo de trabalho ele faz / fazia? ESPECIFIQUE O TIPO DE TRABALHO	PROFISSIONAL: 1 TÉCNICO: 2 NÃO ESPECIALIZADO: 3 MILITAR/POLICIAL: 4 OUTRO: 8		

509	<p>Com que frequência seu marido/companheiro toma/tomava bebidas alcoólicas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Todos os dias ou quase todos os dias 2. Uma ou duas vezes por semana 3. 1 – 3 vezes por mês 4. Ocasionalmente, menos de uma vez por mês 5. Nunca 	<p>TODOS OU QUASE TODOS OS DIAS1 UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA2 1 – 3 VEZES POR MÊS3 MENOS DE UMA VEZ POR MÊS4 NUNCA5 NÃO SABE8</p>	<p>⇒512</p>
-----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

510	Nos últimos 12 meses de seu último relacionamento, quantas vezes você tem visto/viu seu marido/companheiro bêbado? Você diria: quase todos os dias, semanalmente, uma vez por mês, menos que uma vez por mês ou nunca?	QUASE TODOS OS DIAS 1 SEMANALMENTE 2 UMA VEZ POR MÊS..... 3 MENOS QUE UMA VEZ POR MÊS..... 4 NUNCA 5													
511	Nos últimos 12 meses de relacionamento, você vivenciou algum dos problemas abaixo relacionados com o uso de bebida pelo seu marido/companheiro? a) Problemas com dinheiro b) Problemas com familiares x) Outros. Especifique.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SIM</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PROBL. DINHEIRO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b) PROBL. FAMILIARES ...</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>x) OUTROS: _____...</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	a) PROBL. DINHEIRO.....	1	2	b) PROBL. FAMILIARES ...	1	2	x) OUTROS: _____...	1	2	
	SIM	NÃO													
a) PROBL. DINHEIRO.....	1	2													
b) PROBL. FAMILIARES ...	1	2													
x) OUTROS: _____...	1	2													
512	Com que frequência seu marido/companheiro (atual ou mais recente) usa/usou drogas? 1. Todos os dias ou quase todos os dias 2. Uma ou duas vezes por semana 3. 1 – 3 vezes por mês 4. Ocasionalmente, menos de uma vez por mês 5. Nunca	TODOS OU QUASE TODOS OS DIAS 1 UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 2 1 – 3 VEZES POR MÊS 3 MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 4 NUNCA 5 NÃO SABE 8													
513	Desde que você o conheceu, ele esteve envolvido em alguma briga (agressão física) com outro homem?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	⇒515 ⇒515												
514	Nos últimos doze meses de relacionamento (atual ou mais recente), isto nunca aconteceu, aconteceu uma ou duas vezes, ou muitas vezes?	NUNCA 1 UMA OU DUAS VEZES..... 2 ALGUMAS VEZES (DE 3 A 5) 3 MUITAS VEZES (MAIS DE 5)..... 4 NÃO SABE 8													
515	O seu marido/companheiro (atual ou mais recente) teve outras mulheres durante o relacionamento com você?	SIM 1 NÃO..... 2 PODE SER..... 3 NÃO SABE 8	⇒S.6 ⇒S.6												
516	O seu marido/companheiro (atual ou mais recente) teve filhos com outra mulher durante o relacionamento com você?	SIM 1 NÃO..... 2 PODE SER..... 3 NÃO SABE 8													

SEÇÃO 6 - ATITUDES COM RELAÇÃO AOS PAPÉIS DE GÊNERO

Nesta comunidade e em outros locais, as pessoas têm idéias diferentes sobre as famílias e sobre o que constitui um comportamento aceitável para homens e mulheres em casa. Vou ler uma lista de afirmações e gostaria que você me dissesse se você concorda ou discorda das afirmações. Não há respostas certas ou erradas.					
601	Uma boa esposa obedece a seu marido mesmo que discorde dele	CONCORDA	1		
		DISCORDA	2		
		NÃO SABE	8		
602	Os problemas familiares devem ser discutidos apenas com pessoas da família.	CONCORDA	1		
		DISCORDA	2		
		NÃO SABE	8		
603	É importante para o homem mostrar à sua esposa/companheira quem é que manda.	CONCORDA	1		
		DISCORDA	2		
		NÃO SABE	8		
604	Uma mulher deve escolher seus próprios amigos mesmo quando seu marido não concorda.	CONCORDA	1		
		DISCORDA	2		
		NÃO SABE	8		
605	É obrigação da esposa manter relações sexuais com seu marido mesmo quando não estiver com vontade.	CONCORDA	1		
		DISCORDA	2		
		NÃO SABE	8		
606	Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família deveriam intervir.	CONCORDA	1		
		DISCORDA	2		
		NÃO SABE	8		
607	Na sua opinião, um homem tem boas razões para bater em sua esposa se:				
	a) Ela não realiza os trabalhos domésticos de forma satisfatória para ele.	a) TRAB. DOMÉST.	SIM 1	NÃO 2	Ñ SABE 8
	b) Ela o desobedece.	b) DESOBEDECE	1	2	8
	c) Ela se recusa a manter relações sexuais com ele.	c) RECUSA SEXO	1	2	8
	d) Ela pergunta se ele tem outras namoradas.	d) NAMORADAS	1	2	8
	e) Ele suspeita que ela é infiel.	e) SUSPEITAS	1	2	8
	f) Ele descobre que ela tem sido infiel.	f) INFIDELIDADE	1	2	8
608	Na sua opinião, uma mulher casada pode recusar-se a manter relações sexuais com seu marido se:				
	a) ela não quer.	a) NÃO QUER	SIM 1	NÃO 2	Ñ SABE 8
	b) ele está bêbado.	b) BÊBADO	1	2	8
	c) ela está doente.	c) DOENTE	1	2	8
	d) ele a maltrata	d) MALTRATO	1	2	8

SEÇÃO 7 – A ENTREVISTADA E SEU COMPANHEIRO

ANTES DE COMEÇAR A SEÇÃO 7:
VEJA O ESTADO MARITAL DA FOLHA DE REFERÊNCIA, BOX A, E MARQUE ABAIXO.

Ver: (Fl. Ref. Box A)	JÁ ESTEVE / ESTÁ CASADA / VIVENDO COM UM HOMEM / COM PARCEIRO SEXUAL REGULAR (Opção 1, 2) [] (Opção 5) ↓	NUNCA CASOU / NUNCA VIVEU COM UM HOMEM / SOLTEIRA (SEM NAMORADO) (Opção 4) [] ⇒	⇒S.10																								
Quando duas pessoas casam, vivem juntas ou namoram, elas geralmente compartilham bons e maus momentos. Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre seus relacionamentos anteriores e atual e sobre como seu marido/companheiro a trata ou a tratou. Se alguém nos interromper, eu mudarei o assunto de nossa conversa. Gostaria de lhe assegurar, novamente, que suas respostas serão mantidas em segredo, e que você não precisa responder a nada que não queira. Posso continuar?																											
701	Geralmente, você e o seu atual (ou mais recente) marido/companheiro conversam, entre vocês, os seguintes assuntos: a) Coisas que aconteceram com ele durante o dia. b) Coisas que acontecem com você durante o dia. c) Suas preocupações ou sentimentos. d) As preocupações ou sentimentos dele.		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) O DIA DELE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) O SEU DIA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) SUAS PREOCUPAÇÕES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) AS PREOCUPAÇÕES DELE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	a) O DIA DELE	1	2	b) O SEU DIA	1	2	c) SUAS PREOCUPAÇÕES	1	2	d) AS PREOCUPAÇÕES DELE	1	2									
	SIM	NÃO																									
a) O DIA DELE	1	2																									
b) O SEU DIA	1	2																									
c) SUAS PREOCUPAÇÕES	1	2																									
d) AS PREOCUPAÇÕES DELE	1	2																									
702	No relacionamento com seu (atual ou mais recente) marido/companheiro, com que frequência você diria que vocês brigam? Raramente, algumas vezes ou frequentemente?		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>RARAMENTE</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ALGUMAS VEZES</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FREQUENTEMENTE</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	RARAMENTE	1	ALGUMAS VEZES	2	FREQUENTEMENTE	3																		
RARAMENTE	1																										
ALGUMAS VEZES	2																										
FREQUENTEMENTE	3																										
703	Agora vou lhe colocar algumas situações que são verdadeiras para muitas mulheres. Pensando sobre seu marido/companheiro (atual ou mais recente), você diria que geralmente ele: a) tenta evitar que você visite/veja seus amigos. b) Procura restringir o seu contato com sua família. c) Insiste em saber onde você está o tempo todo. d) Lhe ignora e a trata com indiferença. e) Fica zangado se você conversa com outro homem. f) Está frequentemente suspeitando que você é infiel. g) Espera que você peça permissão a ele antes de procurar um serviço de saúde para você mesma.		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) VER AMIGOS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) CONTATOS FAMILIARES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) SABER ONDE ESTÁ</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) A IGNORA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) FICA ZANGADO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) SUSPEITA</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) SERVIÇO DE SAÚDE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	a) VER AMIGOS	1	2	b) CONTATOS FAMILIARES	1	2	c) SABER ONDE ESTÁ	1	2	d) A IGNORA	1	2	e) FICA ZANGADO	1	2	f) SUSPEITA	1	2	g) SERVIÇO DE SAÚDE	1	2
	SIM	NÃO																									
a) VER AMIGOS	1	2																									
b) CONTATOS FAMILIARES	1	2																									
c) SABER ONDE ESTÁ	1	2																									
d) A IGNORA	1	2																									
e) FICA ZANGADO	1	2																									
f) SUSPEITA	1	2																									
g) SERVIÇO DE SAÚDE	1	2																									

704	Eu quero que você me diga se o seu atual marido/companheiro, ou qualquer outro companheiro, alguma vez, tratou você da seguinte forma:	A) (Se sim, continue com B. Se não, vá para o próximo item)	B) Isto aconteceu nestes últimos 12 meses de sua vida? (Se sim, pergunte somente a C. Se não, somente a D)	C) Nos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes? (depois de responder a C, pule o D)	D) Antes dos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?	
		SIM NÃO	SIM NÃO	Uma Poucas Muitas	Uma Poucas Muitas	
		a) Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3
		b) Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3
		c) Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito (p.ex.: a forma como ele a olha, como ele grita, como ele quebra coisas)?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3
d) Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3		
705	Alguma vez, o seu atual marido/companheiro, ou qualquer outro companheiro, tratou você da seguinte forma:	A)	B)	C)	D)	
		SIM NÃO	SIM NÃO	Uma Poucas Muitas	Uma Poucas Muitas	
		a) Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3
		b) Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3
		c) Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3
		d) Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3
		e) Estrangulou ou queimou você de propósito?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3
f) Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3		
706	Alguma vez, o seu atual marido/companheiro, ou qualquer outro companheiro, tratou você da seguinte forma:	A)	B)	C)	D)	
		SIM NÃO	SIM NÃO	Uma Poucas Muitas	Uma Poucas Muitas	
		a) forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3
		b) Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3
c) forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?	1 2	1 2	1 2 3	1 2 3		
707	VERIFIQUE SE HOVE RESPOSTA AFIRMATIVA PARA QUALQUER QUESTÃO COM VIOLÊNCIA FÍSICA. VEJA A QUESTÃO 705	SIM, VIOLÊNCIA FÍSICA 1 NÃO 2			MARQUE NO BOX C	

708	VERIFIQUE SE HOVE RESPOSTA AFIRMATIVA PARA QUALQUER QUESTÃO COM VIOLÊNCIA SEXUAL. VEJA A QUESTÃO 706	SIM. VIOLÊNCIA SEXUAL..... 1 NÃO..... 2	MARQUE NO BOX C
-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	----------------------------

Ver (Fl. Ref. Box B opção 1)	JÁ ENGRAVIDOU ALGUMA VEZ ↓ N. DE VEZES QUE ENGRAVIDOU (opção 5) [] [] ↓ ATUALMENTE GRÁVIDA (opção 4) SIM = 1 NÃO = 2	NUNCA ENGRAVIDOU [] ⇒	⇒716*
709	Você disse já ter engravidado NÚMERO TOTAL de vezes. Houve alguma ocasião na sua vida em que você foi espancada ou, de alguma outra forma, agredida fisicamente por um companheiro quando você estava grávida?	SIM..... 1 NÃO..... 2	⇒716*
710	Isto ocorreu em uma gravidez, ou em mais de uma? SE EM MAIS DE UMA: Em quantas delas você foi agredida fisicamente?	Nº DE GESTAÇÕES COM AGRESSÃO FÍSICA..... [] []	
711	Você já levou socos ou pontapés na barriga durante a gravidez?	SIM..... 1 NÃO..... 2	
SE A VIOLÊNCIA FOI RELATADA EM MAIS DO QUE UMA GRAVIDEZ, AS PERGUNTAS SEGUINTE IRÃO SE REFERIR À ÚLTIMA OU MAIS RECENTE GRAVIDEZ COM VIOLÊNCIA REPORTADA.			
712	Durante a mais recente gravidez, na qual você foi agredida, a pessoa que a agrediu era o pai da criança?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
713	Você estava vivendo com esta pessoa quando isto aconteceu?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	
714	Você já havia sido agredida por esta mesma pessoa antes de ficar grávida?	SIM 1 NÃO 2	⇒716*
715	Comparando sua situação antes da gravidez, você diria que a situação de violência diminuiu, não se alterou ou aumentou durante a gravidez?	DIMINUIU 1 NÃO SE ALTEROU 2 AUMENTOU..... 3 NÃO SABE 8	

* Ver:(Fl. Ref. Box A)	Opção 1: atualmente casada e/ou vivendo com um homem Opção 6: quantas vezes você casou/viveu com um homem	SIM [] NÃO [] [] [] SE ZERO ⇒				S.8
Ver: Fl. Ref. Box C	A MULHER NÃO SOFREU VIOLÊNCIA FÍSICA OU SEXUAL (“NÃO” TANTO PARA OPÇÕES 1 e 2) PERGUNTE APENAS: COLUNAS “a” E “b” [] ↓	A MULHER SOFREU VIOLÊNCIA (“SIM” PARA OPÇÃO 1 E/OU OPÇÃO 2) PERGUNTE DA COLUNA “a” ATÉ A “e” (PARA TODOS OS PARCEIROS) [] ↓				
716	SE MAIS QUE UM MARIDO/COMPANHEIRO, PERGUNTE: Você falou que foi casada ou morou com um homem TOTAL vezes. Você poderia contar um pouco sobre seu(s) marido(s)/companheiro(s)? (Começando pelo marido/companheiro atual ou mais recente):					
	a) Quando vocês foram morar juntos? SE ATUALMENTE JUNTOS, COMECE COM 1. SE NÃO, COMECE COM 2	b) Quando vocês se separaram?	c) Ele maltratou você física ou sexualmente? SE NÃO, PULE PARA O PRÓXIMO PARCEIRO, SE SIM CONTINUE.	d) Quando foi o primeiro incidente?	e) Quando foi o último incidente?	
1.	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO		SIM1 ⇒ NÃO2 ↓	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	
2.	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	SIM1 ⇒ NÃO2 ↓	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	
3.	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	SIM1 ⇒ NÃO2 ↓	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	
4.	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	SIM1 ⇒ NÃO2 ↓	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	
5.	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	SIM1 ⇒ NÃO2	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	
6.	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	SIM1 ⇒ NÃO2	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	
7.	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	SIM1 ⇒ NÃO2	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	[] [] MÊS [] [] [] [] ANO	

VERIFIQUE SE TODOS OS PARCEIROS ESTÃO INCLUÍDOS.

SEÇÃO 8 - LESÕES

**ANTES DE COMEÇAR A SEÇÃO 8:
VEJA A SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA E LESÕES DA FOLHA DE REFERÊNCIA, BOX C, E MARQUE ABAIXO.**

Ver: Fl. Ref. Box C	A MULHER SOFREU VIOLÊNCIA FÍSICA ("SIM" VÁ PARA OPÇÃO 1) [] [] ↓	A MULHER NÃO SOFREU VIOLÊNCIA FÍSICA ("NÃO" VÁ PARA OPÇÃO 1) [] =>	=>S.10																																												
	Agora, gostaria de saber mais sobre as lesões que você sofreu em decorrência da violência de seu marido/companheiro. Por violência, refiro-me a qualquer forma de dano físico, como cortes, torções, ossos ou dentes quebrados, ou outras coisas desse gênero.																																														
801	Você já sofreu lesões resultantes de violência/abuso por (um de) seu (s) marido(s)/companheiro(s) atual ou anterior	SIM..... 1 NÃO..... 2	=>S.9																																												
802 a	Na sua vida, quantas vezes você já sofreu lesões por seu marido/companheiro (atual ou anteriores)? Você diria uma ou duas vezes, algumas vezes, ou muitas vezes?	UMA/ DUAS VEZES 1 ALGUMAS (3-5) VEZES 2 MUITAS (MAIS QUE 5) VEZES 3																																													
802 b	Isto aconteceu nos últimos 12 meses?	SIM 1 NÃO..... 2																																													
803 a	Que tipo de lesão você sofreu? ASSINALE TODAS QUE APLICAM. EXPLORE: alguma outra lesão?	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2">b) SOMENTE PERGUNTE PARA AS RESPOSTAS ASSINALADAS NA 803 a. Isto aconteceu nos últimos 12 meses?</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>SIM</td> <td>NÃO</td> </tr> <tr> <td>CORTES, PERFURAÇÕES, MORDIDAS....</td> <td>A</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ESFOLAMENTO/CONTUSÃO.....</td> <td>B</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TORÇÃO/DESLOCAMENTO</td> <td>C</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>QUEIMADURAS</td> <td>D</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>LESÕES PENETRANTES, CORTES PROFUNDOS</td> <td>E</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PERFURAÇÃO DO TÍMPANO, LESÕES OCULARES.....</td> <td>F</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FRATURAS, OSSOS QUEBRADOS.....</td> <td>G</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DENTES QUEBRADOS</td> <td>H</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OUTRO. Especifique:</td> <td>X</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>			b) SOMENTE PERGUNTE PARA AS RESPOSTAS ASSINALADAS NA 803 a. Isto aconteceu nos últimos 12 meses?				SIM	NÃO	CORTES, PERFURAÇÕES, MORDIDAS....	A	1	2	ESFOLAMENTO/CONTUSÃO.....	B	1	2	TORÇÃO/DESLOCAMENTO	C	1	2	QUEIMADURAS	D	1	2	LESÕES PENETRANTES, CORTES PROFUNDOS	E	1	2	PERFURAÇÃO DO TÍMPANO, LESÕES OCULARES.....	F	1	2	FRATURAS, OSSOS QUEBRADOS.....	G	1	2	DENTES QUEBRADOS	H	1	2	OUTRO. Especifique:	X	1	2	
		b) SOMENTE PERGUNTE PARA AS RESPOSTAS ASSINALADAS NA 803 a. Isto aconteceu nos últimos 12 meses?																																													
		SIM	NÃO																																												
CORTES, PERFURAÇÕES, MORDIDAS....	A	1	2																																												
ESFOLAMENTO/CONTUSÃO.....	B	1	2																																												
TORÇÃO/DESLOCAMENTO	C	1	2																																												
QUEIMADURAS	D	1	2																																												
LESÕES PENETRANTES, CORTES PROFUNDOS	E	1	2																																												
PERFURAÇÃO DO TÍMPANO, LESÕES OCULARES.....	F	1	2																																												
FRATURAS, OSSOS QUEBRADOS.....	G	1	2																																												
DENTES QUEBRADOS	H	1	2																																												
OUTRO. Especifique:	X	1	2																																												
804 a	Você perdeu a consciência alguma vez? SE SIM: durante quanto tempo? Mais de 1 hora ou menos?	SIM, MENOS QUE 1 HORA..... 1 SIM, MAIS QUE 1 HORA..... 2 NÃO..... 3	=>805																																												
804 b	Isto aconteceu nos últimos 12 meses?	SIM 1 NÃO..... 2																																													
805	Você já ficou machucada a ponto de precisar de cuidados de saúde? SE SIM: quantas vezes?	NÚMERO DE VEZES [] [] SIM, MAS NÃO SABE98 NÃO PRECISOU00	=>S.9																																												

806	Você já recebeu cuidados de saúde para suas lesões? SE SIM: todas as vezes, ou apenas algumas?	SIM, ÀS VEZES	1	⇒S.9
		SIM, SEMPRE	2	
		NÃO	3	

807	Você precisou passar alguma noite hospitalizada por causa de suas lesões? SE SIM: quantas noites?	Nº NOITES EM HOSPITAL [] [] SE NÃO REGISTRE '00'	
808	Você contou ao profissional de saúde que a atendeu a verdadeira causa de suas lesões?	SIM..... 1 NÃO..... 2	

SEÇÃO 9 – IMPACTO E ENFRENTAMENTO

Agora eu gostaria de fazer perguntas sobre o que geralmente acontecia quando seu marido/companheiro era violento. CASO TENHA RELATADO MAIS QUE UM PARCEIRO VIOLENTO, ACRESCENTAR: AS QUESTÕES REFEREM-SE AO ÚLTIMO OU MAIS RECENTE PARCEIRO QUE USOU VIOLÊNCIA.

901	Existem situações particulares que costumam levar seu companheiro à violência?	SEM MOTIVOS..... A	
	EXPLORE: alguma outra situação?	QUANDO BÊBADO..... B	
	ASSINALE TODAS AS QUE FOREM MENCIONADAS.	PROBLEMAS COM DINHEIRO..... C	
		DIFICULDADES NO TRABALHO..... D	
		QUANDO DESEMPREGADO..... E	
		FALTA DE COMIDA EM CASA..... F	
		PROBLEMAS FAMILIARES..... G	
		GRAVIDEZ..... H	
		CIÚMES..... I	
		RECUSA DE SEXO..... J	
		DESOBEDIÊNCIA..... K	
		OUTRAS..... X	

**ANTES DE CONTINUAR A SEÇÃO 9:
VEJA A HISTÓRIA REPRODUTIVA DA FOLHA DE REFERÊNCIA, BOX B, E MARQUE ABAIXO.**

Ver: (Fl. Ref., box B, ponto 3)	FILHOS VIVOS [] ↓	SEM FILHOS VIVOS [] ⇒	⇒903
902	Seus filhos estavam presentes ou escutaram você sendo agredida fisicamente em qualquer um desses episódios de violência? SE SIM: com que frequência? Você diria que foram 1 ou 2 vezes, algumas vezes ou muitas vezes/o tempo todo?	NUNCA..... 1 1 OU 2 VEZES..... 2 ALGUMAS VEZES..... 3 MUITAS VEZES/O TEMPO TODO..... 4 NÃO SABE..... 8	
903	Durante ou depois do episódio de violência física, ele costuma/costumava forçar você a fazer sexo? SE SIM: com que frequência? Você diria que foram 1 ou 2 vezes, algumas vezes ou muitas vezes/o tempo todo?	NUNCA..... 1 1 OU 2 VEZES..... 2 ALGUMAS VEZES..... 3 MUITAS VEZES/O TEMPO TODO..... 4	
904	Durante as vezes em que você foi agredida, você alguma vez revidou fisicamente ou reagiu para se defender? SE SIM: com que frequência? Você diria que foram 1 ou 2 vezes, algumas vezes ou muitas vezes/o tempo todo?	NUNCA..... 1 1 OU 2 VEZES..... 2 ALGUMAS VEZES..... 3 MUITAS VEZES/O TEMPO TODO..... 4	
905	Em alguma ocasião você bateu ou agrediu fisicamente seu marido/companheiro quando ele não estava batendo em você ou agredindo você fisicamente? SE SIM: com que frequência? Você diria que foram 1 ou 2 vezes, algumas vezes ou muitas vezes?	NUNCA..... 1 1 OU 2 VEZES..... 2 ALGUMAS VEZES..... 3 MUITAS VEZES..... 4	
906	Você diria que a violência do seu marido / companheiro contra você afetou / está afetando sua saúde física ou mental? EXPLORE: afetou sua saúde um pouco ou muito?	NÃO AFETOU..... 1 UM POUCO..... 2 MUITO..... 3	

907	De que forma a violência prejudicou seu emprego ou outras atividades geradoras de renda? Se é que prejudicou. ASSINALE TODAS AS RESPOSTAS QUE SE APLICAM.	NÃO TEM TRABALHO REMUNERADO A NÃO PREJUDICOU B PARCEIRO INTERROMPEU O TRABALHO C INCAPAZ DE CONCENTRAR-SE D INCAPAZ DE TRABALHAR/AFAST. MÉDICO E PERDEU A CONFIANÇA EM SUA CAPACIDADE F OUTRAS: X	
908	Com quem você conversou sobre a violência física sofrida? ASSINALE TODOS QUE SE APLICAM. EXPLORE: Alguém mais?	NINGUÉM A AMIGOS B PAIS C IRMÃO OU IRMÃ D TIO OU TIA E FAMÍLIA DO MARIDO/COMPANHEIRO F FILHOS G VIZINHOS H POLICIAL I MÉDICO/PROFISSIONAL DE SAÚDE J PADRE/LÍDER RELIGIOSO K PSICÓLOGO L ONG / ORG. MULHERES M LÍDER LOCAL N OUTROS: X	
909	Alguém já tentou ajudá-la? SE SIM, quem? ASSINALE TODOS QUE SE APLICAM. EXPLORE: Alguém mais?	NINGUÉM A AMIGOS B PAIS C IRMÃO OU IRMÃ D TIO OU TIA E FAMÍLIA DO MARIDO/COMPANHEIRO F FILHOS G VIZINHOS H POLICIAL I MÉDICO/PROFISSIONAL DE SAÚDE J PADRE/LÍDER RELIGIOSO K PSICÓLOGO L ONG / ORG. MULHERES M LÍDER LOCAL N OUTROS: X	

910	<p>Você já foi a algum dos seguintes serviços para obter ajuda? LEIA CADA UM.</p> <p>a) Polícia/Delegacia b) Hospital ou Centros de Saúde c) Serviços sociais d) Serviços jurídicos/Advogado</p> <p>e) Tribunal/Juizado f) Abrigo g) Líder local h) Organização de Mulheres (Use o nome)</p> <p>j) Padre/líder religioso k) Delegacia de Defesa da Mulher - DDM</p> <p>x) Mais algum lugar? Onde? _____</p>	<p>APENAS SE SIM, passe para 910a BRA correspon-dente a cada</p> <p>SIM NÃO</p> <p>A) 1 2 B) 1 2 C) 1 2 D) 1 2</p> <p>E) 1 2 F) 1 2 G) 1 2 H) 1 2</p> <p>J) 1 2 K) 1 2</p> <p>X) 1 2</p>	<p>910 a BRA Se sua irmã ou melhor amiga tivesse um problema parecido e precisas- se do mesmo serviço, você recomendaria?</p> <p>SIM NÃO</p> <p>A) 1 2 B) 1 2 C) 1 2 D) 1 2</p> <p>E) 1 2 F) 1 2 G) 1 2 H) 1 2</p> <p>J) 1 2 K) 1 2</p> <p>Y) 1 2</p>	
<p>VER QUESTÃO 910</p>	<p>ASSINALE QUANDO A MULHER RESPONDER AFIRMATIVAMENTE EM QUALQUER QUESTÃO (PELO MENOS UM "1" ASSINALADO)</p> <p>[] ↓</p>	<p>ASSINALE QUANDO TODAS AS RESPOSTAS FOREM NEGATIVAS (SOMENTE "2" EM TODAS AS QUESTÕES DEVEM ESTAR ASSINALADAS)</p> <p>[]</p>	<p>⇒912</p>	
911	<p>O que a levou a buscar ajuda?</p> <p>ASSINALE TODAS AS MENCIONADAS E VÁ PARA 913</p>	<p>ENCORAJADA POR AMIGOS/FAMÍLIA..... A NÃO AGUENTAVA MAIS..... B MUITO MACHUCADA/MEDO QUE ELE A MATASSE... C ELE AMEAÇOU OU TENTOU MATÁ-LA..... D ELE AMEAÇOU OU BATEU NOS FILHOS E VIU QUE AS CRIANÇAS ESTAVAM SOFRENDO..... F FOI COLOCADA PARA FORA DE CASA..... G TEVE MEDO QUE PUDESSE MATÁ-LO..... H</p> <p>OUTRA _____ X</p>	<p>VÁ PARA 913</p>	
912	<p>Porque você não foi a algum destes serviços?</p> <p>ASSINALE TODAS AS RESPOSTAS DADAS</p>	<p>NÃO SABE/NÃO RESPONDE A MEDO DE SOFRER MAIS VIOLÊNCIA / AMEAÇAS/ CONSEQÜÊNCIAS B A VIOLÊNCIA É NORMAL, NADA SÉRIO..... C VERGONHA/ ACHOU QUE NÃO SERIA LEVADA A SÉRIO / ACHOU QUE PODERIA SER CULPADA..... D NÃOACREDITOU EM AJUDA/CONHECE MULHERES QUE NÃO FORAM AJUDADAS E MEDO DE TERMINAR A RELAÇÃO..... F MEDO DE PERDER OS FILHOS..... G SUJARIA O NOME DA FAMÍLIA H</p> <p>OUTROS _____ X</p>		

913	<p>Você gostaria de receber ajuda de mais alguém? De quem?</p> <p>ASSINALE TODAS AS RESPOSTAS DADAS</p>	<p>NINGUÉM MENCIONADO..... A FAMÍLIA..... B MÃE DELA..... C MÃE DELE..... D CENTRO DE SAÚDE..... E POLÍCIA..... F PADRE/LÍDER RELIGIOSO..... G</p> <p>OUTRA:..... X</p>	
914	<p>Você já saiu sua casa, mesmo que somente por uma noite, por causa da violência? SE SIM, quantas vezes?</p>	<p>NÚMERO DE VEZES..... [] [] NUNCA..... 00</p>	⇒919
915	<p>O que a fez ir embora da última vez?</p> <p>ASSINALE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS</p>	<p>NENHUM INCIDENTE PARTICULAR..... A ENCORAJADA POR AMIGOS/FAMÍLIA..... B NÃO AGUENTAVA MAIS..... C MUITO MACHUCADA/MEDO QUE ELE A MATASSE... D ELE AMEAÇOU OU TENTOU MATÁ-LA..... E ELE AMEAÇOU OU BATEU NOS FILHOS..... F VIU QUE OS FILHOS ESTAVAM SOFRENDO..... G FOI COLOCADA PARA FORA DE CASA..... H TEVE MEDO QUE PUDESSE MATÁ-LO..... I ENCORAJADA POR ALGUMA INST / ORG. J</p> <p>OUTRA..... X</p>	
916	<p>Para onde você foi da última vez?</p> <p>ASSINALE UMA.</p>	<p>PARENTES DELA..... 1 PARENTES DELE..... 2 AMIGOS DELA / VIZINHOS..... 3 HOTEL / PENSÃO..... 4 RUA..... 5 IGREJA / TEMPLO..... 6 ABRIGO..... 7</p> <p>OUTRO..... 8</p>	
917	<p>Por quanto tempo você ficou fora de casa da última vez?</p> <p>REGISTRE O NÚMERO DE DIAS / MESES</p>	<p>NÚMERO DE DIAS (SE MENOS QUE 1 MÊS)..... [] [] 1 NÚMERO DE MESES (SE 1 MÊS OU MAIS)..... [] [] 2</p> <p>SEM PARCEIRO / DEIXOU O PARCEIRO..... 3</p>	⇒S.10
918	<p>Por que você voltou para ele?</p> <p>ASSINALE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS E VÁ PARA A SESSÃO 10</p>	<p>NÃO QUERIA DEIXAR AS CRIANÇAS..... A O CASAMENTO É SAGRADO..... B PELO BEM DA FAMÍLIA/DOS FILHOS..... C NÃO PODERIA SUSTENTAR OS FILHOS..... D AMAVA O MARIDO/COMPANHEIRO..... E ELE PEDIU PARA QUE ELA VOLTASSE..... F A FAMÍLIA PEDIU PARA QUE ELA VOLTASSE..... G ELA O PERDOOU..... H ACHOU QUE ELE IRIA MUDAR..... I ELE AMEAÇOU A ELA/FILHOS..... J NÃO PODERIA PERMANECER ONDE ELA ESTAVA..... K</p> <p>OUTRO..... X</p>	S.10

919	<p>Quais foram as razões que fizeram com que você ficasse?</p> <p>ASSINALE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS</p>	<p>NÃO QUERIA DEIXAR AS CRIANÇAS A</p> <p>O CASAMENTO É SAGRADO..... B</p> <p>NÃO QUERIA ENVERGONHAR A FAMÍLIA/ FILHOS C</p> <p>NÃO PODERIA SUSTENTAR OS FILHOS D</p> <p>AMAVA O MARIDO/COMPANHEIRO..... E</p> <p>NÃO QUERIA FICAR SEM MARIDO/COMPANHEIRO F</p> <p>A FAMÍLIA PEDIU PARA QUE ELA FICASSE..... G</p> <p>ELA O PERDOOU..... H</p> <p>ACHOU QUE ELE IRIA MUDAR..... I</p> <p>ELE AMEAÇOU A ELA/FILHOS J</p> <p>NÃO TINHA PARA ONDE IR K</p> <p>OUTRO _____ . X</p>	
-----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

SEÇÃO 10 – OUTRAS EXPERIÊNCIAS

SEÇÃO 10 – OUTRAS EXPERIÊNCIAS																																																
	Em suas vidas, muitas mulheres vivenciam diferentes formas de violência, causadas por familiares, por outras pessoas que elas conhecem e/ou por estranhos. Se não se incomodar, gostaria de lhe perguntar, rapidamente, a respeito de algumas dessas situações. Tudo o que você disser será mantido em segredo. Posso continuar?																																															
1001 a	Desde seus 15 anos, de algum modo, alguém já bateu ou agrediu você fisicamente? (PARA AS MULHERES COM PARCEIROS ATUAIS OU ANTERIORES: outra pessoa que não seja o marido/companheiro.)	NINGUÉMA	⇒ 1002																																													
	SE SIM, quem fez isso com você?	PAIB PADRASTOC OUTRO MEMBRO DA FAMÍLIA (HOMEM)D	1001 b) MARQUE APENAS PARA AS QUE FORAM ASSINALADAS NA 1001 a. Quantas vezes isso aconteceu? Uma ou duas, poucas vezes, ou muitas vezes?																																													
	EXPLORE: Talvez um parente? Talvez alguém na escola ou no trabalho? Um amigo ou vizinho? Um estranho ou uma outra pessoa?	OUTRO MEMBRO DA FAMÍLIA (MULHER)E PROFESSORF POLICIAL/SOLDADOG AMIGO DA FAMÍLIA (HOMEM)H AMIGO DA FAMÍLIA (MULHER)I NAMORADOJ ESTRANHOK ALGUÉM NO TRABALHOL PADRE/LÍDER RELIGIOSOM OUTRAX	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Uma ou Duas</th> <th>Poucas vezes</th> <th>Muitas vezes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Uma ou Duas	Poucas vezes	Muitas vezes	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Uma ou Duas	Poucas vezes	Muitas vezes																																														
1	2	3																																														
1	2	3																																														
1	2	3																																														
1	2	3																																														
1	2	3																																														
1	2	3																																														
1	2	3																																														
1	2	3																																														
1	2	3																																														
1	2	3																																														
1	2	3																																														
1	2	3																																														
1	2	3																																														
1	2	3																																														

1002 a	Desde seus 15 anos, de algum modo, alguém já forçou você a fazer sexo ou a alguma prática sexual quando você não queria? (PARA AS MULHERES COM PARCEIROS ATUAIS OU ANTERIORES: outra pessoa que não seja o marido / companheiro.) SE SIM, quem fez isso a você? EXPLORE: Talvez um parente? Talvez alguém na escola ou no trabalho? Um amigo ou vizinho? Um estranho ou uma outra pessoa?	NINGUÉM A	⇒ 1003		
			b) MARQUE APENAS PARA AS QUE FORAM ASSINALADAS NA 1002 a. Quantas vezes isso aconteceu? Uma ou duas, poucas ou muitas vezes?		
			Uma ou Duas	Poucas vezes	Muitas vezes
		PAI B	1	2	3
		PADRASTO C	1	2	3
		OUTRO MEMBRO DA FAMÍLIA (HOMEM) D	1	2	3
		OUTRO MEMBRO DA FAMÍLIA (MULHER) E	1	2	3
		PROFESSOR F	1	2	3
		POLICIAL/SOLDADO G	1	2	3
		AMIGO DA FAMÍLIA (HOMEM) H	1	2	3
		AMIGO DA FAMÍLIA (MULHER) I	1	2	3
		NAMORADO J	1	2	3
		ESTRANHO K	1	2	3
		ALGUÉM NO TRABALHO L	1	2	3
		PADRE/ LÍDER RELIGIOSO M	1	2	3
		OUTRA X	1	2	3

1106	<p>Alguma vez seu marido/companheiro pegou seu salário ou poupança contra a sua vontade?</p> <p>SE SIM: ele fez isso uma ou duas, poucas, ou muitas vezes?</p>	<p>NUNCA 1</p> <p>UMA OU DUAS VEZES..... 2</p> <p>ALGUMAS VEZES 3</p> <p>MUITAS VEZES/O TEMPO TODO 4</p> <p>ELA NÃO TEM REMUNERAÇÃO/POUPANÇA. 7</p>	
1107	<p>Seu marido/companheiro, mesmo tendo dinheiro para outras coisas, já se recusou em contribuir com as despesas da casa?</p> <p>SE SIM: ele fez isso uma ou duas, poucas, ou muitas vezes?</p>	<p>NUNCA 1</p> <p>UMA OU DUAS VEZES..... 2</p> <p>ALGUMAS VEZES 3</p> <p>MUITAS VEZES/O TEMPO TODO 4</p> <p>ELE NÃO TEM REMUNERAÇÃO/POUPANÇA. 7</p>	
1108	<p>Em caso de emergência, você acha que sozinha conseguiria obter dinheiro suficiente para dar casa e comida a sua família por um mês? Isto poderia ser feito vendendo coisas que você possui, emprestando dinheiro de conhecidos, de banco ou de agiota?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO..... 2</p>	

FOLHA DE REFERÊNCIAS

Box A. ESTADO MARITALMarque apenas uma das alternativas abaixo para o estado marital da entrevistada:

1. Atualmente casada e/ou vivendo com um homem (Questão 119: qualquer uma das opções 1 e 3)
2. Anteriormente casada/viveu com um homem (Questão 120: opção 1)
4. Solteira – não foi casada/não viveu com um homem e sem parceiro sexual regular (Questão 120: opção 2)
5. Atualmente mantém um parceiro sexual regular (Questão 119: opção 4)

6. Número de vezes que se casou / viveu junto com um homem (Questão 123): [] []

Box B. HISTÓRIA REPRODUTIVAVerifique e complete tudo que se aplica para história reprodutiva da entrevistada:

1. A entrevistada engravidou pelo menos 1 vez (Questão 302: opção 1) SIM NÃO
2. A entrevistada teve pelo menos uma criança nascida viva (Questão 301: 1 nascido vivo ou mais) SIM NÃO
3. A entrevistada tem crianças vivas atualmente (Questão 303: 1 criança ou mais) SIM NÃO
4. A entrevistada está grávida atualmente (Questão 310: opção 1) SIM NÃO
5. Número de gestações relatadas (Questão 308) [] []

Box C. VIOLÊNCIA E LESÕESVerifique e complete tudo o que se aplica à respondente:

1. A entrevistada teve/tem sido vítima de violência física (Questão 707) SIM NÃO
2. A entrevistada teve/tem sido vítima de violência sexual (Questão 708) SIM NÃO

Tabela de Codificação da Escolaridade:

Denominação	Ano	Denominação	Série		Nº de anos
Analfabeto Assina o nome Semi-Alfabetizado Alfabetizado					
Primário	1º ano	1º grau	1ª série	Primário	01
	2º ano		2ª série		02
	3º ano		3ª série		03
	4º ano		4ª série		04
Ginásio	1º ano		5ª série		05
	2º ano		6ª série		06
	3º ano		7ª série		07
	4º ano		8ª série		08
Científico/ Colegial/ Técnico	1º ano	2º grau	1ª série	Secundário	09
	2º ano		2ª série		10
	3º ano		3ª série		11
Universitário	1º ano ou +	3º grau / superior	1º ano ou +	Univ.	12
				Incompleto	13
					14
					15
					16
				Completo	17

Anexo A3- Taxa de resposta dos domicílios sorteados e das mulheres elegíveis por setor censitário. Município de São Paulo, 2000.

Nº	Setores	Domicílios sorteados	Domicílios ocupados (A)	Domicílios entrevistados (B)	Mulheres elegíveis (C)	Mulheres integralmente entrevistadas (D)	Taxa de resposta do domicílio (TRD=B/A)	Taxa de resposta da mulher (TRM=D/C)	Taxa de resposta global (TRD x TRM)
01	Água Rasa	30	28	26	20	18	0,9280	0,9000	0,8352
02	Alto de Pinheiros	30	26	19	13	12	0,7310	0,9230	0,6747
03	Anhanguera	30	25	24	21	21	0,9600	1,0000	0,9600
04	Aricanduva-42	30	29	26	21	16	0,8960	0,7620	0,6828
05	Aricanduva-78	30	26	26	22	20	1,0000	0,9090	0,9090
06	Artur Alvim	30	29	24	15	15	0,8270	1,0000	0,8270
07	Bela Vista	30	25	20	10	9	0,8000	0,9000	0,7200
08	Belem-07	30	24	23	17	15	0,9580	0,8820	0,8450
09	Belem-10	30	26	25	11	10	0,9610	0,9090	0,8735
10	Brás	30	26	21	14	12	0,8070	0,8570	0,6916
11	Brasilândia-10	30	28	28	24	23	1,0000	0,9580	0,9580
12	Brasilândia-41	30	26	26	18	17	1,0000	0,9440	0,9440
13	Cachoeirinha-04	30	29	24	22	19	0,8270	0,8630	0,7137
14	Cachoeirinha-89	30	28	26	23	20	0,9280	0,8690	0,8064
15	Cambuci	30	23	19	15	13	0,8260	0,8660	0,7153
16	Campo Grande-39	30	28	24	21	19	0,8570	0,9050	0,7756
17	Campo Grande-63	30	28	27	17	13	0,9640	0,7640	0,7365
18	Campo Limpo-41	30	25	20	17	16	0,8000	0,9410	0,7528
19*	Campo Limpo-53	33	33	25	20	18	0,7570	0,9000	0,6813
20	Capão Redondo	30	26	23	17	16	0,8840	0,9410	0,8318
21	Carrão	30	25	22	15	14	0,8800	0,9330	0,8210
22	Casa Verde	30	27	23	15	12	0,8520	0,8000	0,6816
23	Cid. Ademar-38	30	25	16	10	9	0,6400	0,9000	0,5760
24	Cid. Ademar-147	30	24	22	17	17	0,9160	1,0000	0,9160
25	Cid. Dutra	30	28	25	18	16	0,8930	0,8890	0,7939
26	Consolação	30	26	19	13	13	0,7310	1,0000	0,7310

Nº	Setores	Domicílios sorteados	Domicílios ocupados (A)	Domicílios entrevistados (B)	Mulheres elegíveis (C)	Mulheres integralmente entrevistadas (D)	Taxa de resposta do domicílio (TRD=B/A)	Taxa de resposta da mulher (TRM=D/C)	Taxa de resposta global (TRD x TRM)
27	Cursino-13	30	29	26	20	18	0,8960	0,9000	0,8064
28	Cursino-30	30	19	14	10	8	0,7370	0,8000	0,5896
29	Freguesia Do Ó	30	28	27	18	16	0,9640	0,8880	0,8560
30	Grajaú	30	27	27	25	24	1,0000	0,9600	0,9600
31	Itaim Bibi	30	27	22	14	12	0,8150	0,8570	0,6985
32	Itaquera-57	30	23	23	19	19	1,0000	1,0000	1,0000
33	Itaquera-117	30	29	29	24	24	1,0000	1,0000	1,0000
34	Jabaquara	30	27	27	22	22	1,0000	1,0000	1,0000
35	Jaraguá	30	25	23	20	19	0,9200	0,9500	0,8740
36	Jd. Helena	30	28	28	26	25	1,0000	0,9610	0,9610
37	Jd. São Luís-06	30	28	27	22	19	0,9640	0,8630	0,8319
38	Jd. São Luís-72	30	29	28	19	19	0,9650	1,0000	0,9650
39	Jd. São Luís-167	30	25	23	18	15	0,9200	0,8330	0,7664
40	José Bonifácio	30	29	23	18	15	0,7930	0,8330	0,6606
41	Móoca	30	25	24	14	11	0,9600	0,7860	0,7546
42	Parelheiros	30	27	27	25	21	1,0000	0,8400	0,8400
43	Penha	30	26	26	15	14	1,0000	0,9330	0,9330
44	Perdizes	30	27	18	11	11	0,6660	1,0000	0,6660
45	Pirituba-89	30	28	28	20	20	1,0000	1,0000	1,0000
46	Pirituba-116	30	30	28	26	26	0,9330	1,0000	0,9330
47	República	30	25	21	13	13	0,8400	1,0000	0,8400
48	Rio Pequeno-14	30	28	28	19	18	1,0000	0,9470	0,9470
49	Rio Pequeno-73	30	28	26	23	19	0,9280	0,8260	0,7665
50	Sacomã	30	28	24	22	19	0,8570	0,8630	0,7396
51	Santana	30	29	21	16	13	0,7240	0,8120	0,5879
52	São Miguel-29	30	27	27	21	19	1,0000	0,9040	0,9040
53	São Miguel-94	30	29	28	23	20	0,9650	0,8690	0,8386
54	Sapopemba	30	26	25	22	19	0,9610	0,8630	0,8293

Nº	Setores	Domicílios sorteados	Domicílios ocupados (A)	Domicílios entrevistados (B)	Mulheres elegíveis (C)	Mulheres integralmente entrevistadas (D)	Taxa de resposta do domicílio (TRD=B/A)	Taxa de resposta da mulher (TRM=D/C)	Taxa de resposta global (TRD x TRM)
55	Saúde-04	30	27	15	12	12	0,5550	1,0000	0,5550
56	Saúde-22	30	28	22	17	12	0,7860	0,7060	0,5549
57	Tremembé	30	28	27	22	19	0,9640	0,8630	0,8319
58	Vila Curuçá-02	30	26	24	22	21	0,9230	0,9540	0,8805
59	Vila Curuçá-60	30	27	23	19	17	0,8520	0,8950	0,7625
60	Vila Guilherme	30	25	22	14	12	0,8800	0,8570	0,7542
61	Vila Maria-08	30	25	24	20	19	0,9600	0,9500	0,9120
62	Vila Maria-72	30	25	24	16	13	0,9600	0,8120	0,7795
63	Vila Maria-107	30	26	24	19	14	0,9230	0,7370	0,6803
64	Vila Mariana-36	30	25	23	15	13	0,9200	0,8660	0,7967
65	Vila Mariana-125	30	28	18	13	10	0,6430	0,7690	0,4945
66	Vila Mariana-161	30	25	22	14	14	0,8800	1,0000	0,8800
67	Vila Matilde-48	30	26	24	16	15	0,9230	0,9370	0,8649
68	Vila Matilde-81	30	24	24	18	14	1,0000	0,7770	0,7770
69	Vila Medeiros-43	30	28	26	22	18	0,9280	0,8180	0,7591
70	Vila Medeiros-137	30	28	27	23	21	0,9640	0,9130	0,8801
71	Vila Prudente-08	30	24	21	14	12	0,8750	0,8570	0,7499
72	Vila Prudente-56	30	25	24	16	15	0,9600	0,9370	0,8995
73	Total	2163	1919	1715	1303	1172	0,8930	0,8990	0,8030

Anexo A4.1- Odds ratios (ORs) ajustadas no modelo de regressão logística para a realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida.

Variáveis Explanatórias	Análise Univariada	2	3	4	5	6	7	8	9	Modelo final
Idade										
25-34 anos	8,18	3,44 ^a	3,31 ^a	3,54 ^a	3,86 ^a	3,77 ^a	3,48 ^b	3,85 ^b	3,93 ^b	4,05 ^b
35-49 anos	16,00	6,24 ^a	4,93 ^a	5,55 ^a	7,78 ^a	8,31 ^a	7,66 ^a	9,25 ^a	10,08 ^a	9,66 ^a
Tempo de vida sexual										
Mais de 3 anos	16,73	5,62 ^a	4,14 ^a	4,24 ^a	3,48 ^b	3,67 ^b	3,39 ^b	3,43 ^b	3,60 ^b	3,56 ^b
Gravidez										
1 gestação	3,65		1,96 ^d	1,62 ^d	1,08 ^d	1,14 ^d	1,50 ^d	1,58 ^d	1,49 ^d	1,53 ^d
2 ou mais gestações	9,37		2,14 ^c	1,83 ^d	1,41 ^d	1,32 ^d	2,03 ^d	2,18 ^d	2,04 ^d	2,09 ^d
Estado Marital										
Solteira com parceiro	1,78			2,08 ^d	2,21 ^c	2,05 ^d	2,24 ^d	2,43 ^c	2,46 ^c	2,46 ^c
Separada/divorciada/viúva	5,84			0,87 ^d	0,87 ^d	0,73 ^d	0,92 ^d	1,05 ^d	1,04 ^d	1,24 ^d
Casada/União consensual	7,71			1,94 ^d	1,83 ^d	1,58 ^d	2,15 ^d	2,88 ^c	2,90 ^c	3,13 ^c
Teste para HIV										
Uso de método contraceptivo	4,55				3,80 ^a	3,61 ^a	2,93 ^a	2,81 ^b	2,89 ^b	2,81 ^b
	3,24					2,48 ^b	1,94 ^c	1,80 ^d	2,03 ^c	2,12 ^c
Escolaridade										
5-8 anos	0,63						1,49 ^d	1,54 ^d	1,59 ^d	1,59 ^d
9-11 anos	0,59						2,36 ^c	2,38 ^c	2,73 ^c	2,69 ^c
12 anos ou mais	2,67						7,23 ^a	7,35 ^a	8,33 ^a	8,22 ^a
Uso de camisinha	0,56							2,01 ^d	1,92 ^d	1,99 ^d
Status geral da saúde										
Regular	2,69								4,33 ^b	4,88 ^b
Bom ou Excelente	1,71								1,97 ^d	2,04 ^d
Violência sexual no último ano	0,46									0,21 ^c
Teste Wald (estatística F) ^a	-	54,05	31,17	21,64	19,20	17,37	13,29	11,39	11,48	10,35
n	1046	1046	1046	1046	1046	1046	1046	1046	1046	1046

^ap<0,0001; ^bp<0,001; ^cp<0,01; ^dp>0,05;

Anexo A4.2- Razões de odds brutas e ajustadas e respectivos intervalos de confiança (95%) dos principais fatores associados à realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida, Município de São Paulo, 2000.

Variáveis Explanatórias	Realização de Papanicolaou (%)	OR _{bruta}	OR _{ajustada}	IC95%
Idade				
15-24 anos	61,4	1,00	1,00	-
25-34 anos	92,8	8,18	4,05	1,87-8,76
35-49 anos	96,2	16,00	9,66	3,94-23,68
Estado Marital				
Solteira sem parceiro ^a	64,2	1,00	1,00	-
Solteira com parceiro	76,1	1,78	2,46	1,06-5,67
Separada/divorciada/viúva	91,3	5,84	1,24	0,33-4,63
Casada/União consensual	93,2	7,71	3,13	1,26-7,76
Escolaridade				
0-4 anos ^a	88,3	1,00	1,00	-
5-8 anos	82,7	0,63	1,59	0,79-3,21
9-11 anos	81,8	0,59	2,69	1,18-6,14
12 anos ou mais	95,3	2,67	8,22	2,83-23,92
Tempo de vida sexual				
3 anos ou menos ^a	43,5	1,00	1,00	-
Mais de 3 anos	92,8	16,73	3,56	1,66-7,65
Número de gestações				
Nenhuma ^a	65,8	1,00	1,00	-
Uma gestação	87,9	3,65	1,53	0,66-3,54
2 ou mais gestações	94,9	9,37	2,09	0,95-4,61
Método contraceptivo				
Não ^a	69,9	1,00	1,00	-
Sim	88,3	3,24	2,12	1,12-4,03
Teste para HIV				
Não ^a	79,9	1,00	1,00	-
Sim	94,7	4,55	2,81	1,57-5,03
Uso de camisinha contra DSTs				
Não ^a	89,4	1,00	1,00	-
Sim	82,6	0,56	1,99	0,99-4,03
Status geral de saúde				
Fraca ou muito fraca ^a	77,1	1,00	1,00	-
Regular	90,1	2,69	4,87	1,64-14,46
Bom ou excelente	85,3	1,71	2,04	0,79-5,26
Violência sexual no último ano				
Não ^a	86,3	1,00	1,00	-
Sim	74,5	0,46	0,21	0,06-0,78

^acategoria de referência; OR_{bruta}= Razão de odds bruta; OR_{ajustada}= Razão de odds ajustada por demais variáveis presentes no modelo final de regressão logística; IC95%= Intervalo de confiança de 95%.