



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA (IESC)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LUÍS FELIPE LEITE MARTINS

ESTUDO DOS FATORES ASSOCIADOS AO NÃO ACESSO AO RESULTADO DO
EXAME PREVENTIVO PARA O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA REDE SUS DO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO

2015

LUÍS FELIPE LEITE MARTINS

ESTUDO DOS FATORES ASSOCIADOS AO NÃO ACESSO AO RESULTADO DO
EXAME PREVENTIVO PARA O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA REDE SUS DO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de
Estudos em Saúde Coletiva, na Universidade
Federal do Rio de Janeiro, como parte dos
requisitos para obtenção do título de Doutor em
Saúde Coletiva.

ORIENTADORAS: Prof.^a Dr.^a CLÁUDIA MEDINA COELI
Prof.^a Dr.^a LIZ MARIA DE ALMEIDA

RIO DE JANEIRO

2015

M379 Martins, Luís Felipe Leite.

Estudo dos fatores associados ao não acesso ao resultado do exame preventivo para câncer do colo do útero na Rede SUS do município do Rio de Janeiro / Luís Felipe Leite Martins. – Rio de Janeiro: UFRJ / Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, 2015.
152 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Cláudia Medina Coeli.

Co-orientadora: Liz Maria de Almeida.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2015.

Referências: f. 82-90.

1. Neoplasias do colo uterino. 2. Saúde da mulher. 3. Esfregaço vaginal. 4. Acesso aos serviços de saúde. I. Coeli, Cláudia Medina. II. Almeida, Liz Maria de. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDD 618.14

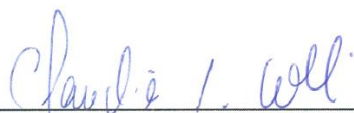
FOLHA DE APROVAÇÃO

Luís Felipe Leite Martins

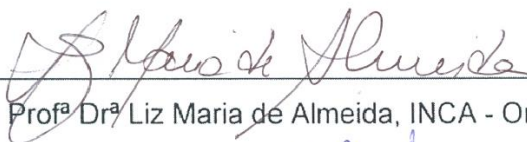
ESTUDO DOS FATORES ASSOCIADOS AO NÃO ACESSO AO
RESULTADO DO EXAME PREVENTIVO PARA O CÂNCER DO COLO DO
ÚTERO NA REDE SUS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva, Instituto de Estudos em Saúde
Coletiva, Universidade Federal do Rio
de Janeiro, como requisito parcial à
obtenção do título de Doutor em Saúde
Coletiva.

Aprovada em 17/04/2015.



Profª. Drª. Claudia Medina Coeli, IESC/UFRJ - Orientadora



Profª. Drª. Liz Maria de Almeida, INCA - Orientadora Conjunta



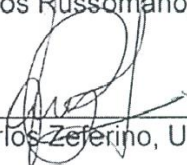
Profª. Drª. Rejane Sobrino Pinheiro, IESC/UFRJ



Profª. Drª. Enirtes Caetano Prates Melo, ENSP/FIOCRUZ



Prof. Dr. Fábio Bastos Russomano, FIOCRUZ



Prof. Dr. Luiz Carlos Zetterino, UNICAMP

A todos que contribuíram com esta tese, em especial a minha esposa Rita de Cássia Ribeiro de Albuquerque, aos meus pais Daniel Soares Martins e Neusa Maria Leite Martins, e ao meu irmão Eduardo Leite Martins.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminhos nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

Aos meus pais, Daniel e Neusa, pelo carinho, compreensão e por acreditarem em mim.

Ao meu irmão Eduardo e sua esposa Juliana, pelo carinho e pelo incentivo.

À minha amada esposa Rita de Cássia, pelo apoio incondicional em todos os momentos, principalmente nos de incerteza.

À minha orientadora Dra. Cláudia Medina por sua contribuição a este trabalho, sempre compartilhando conhecimentos e ideias. Sua amizade e dedicação muito auxiliaram em meu crescimento pessoal e profissional.

À minha co-orientadora Dra. Liz Maria de Almeida cuja confiança, incentivo e orientação foram fundamentais na realização deste trabalho.

Aos professores convidados a participar de minhas bancas de qualificação e defesa, por sua disponibilidade e interesse neste projeto.

A todos os professores da IESC/UFRJ, ENSP/FIOCRUZ e IMS/UERJ, cujos conhecimentos me foram passados durante cursos e disciplinas dos quais participei.

À equipe da Divisão de Pesquisa Populacional do INCA, pelo incentivo e contribuições técnicas para realização desse trabalho. Em especial Antônio Negrão, André Szklo, Flavia Miranda, Mirian Carvalho e Tadeu Cheriff.

À equipe do INCA que participou no trabalho de campo da pesquisa (Antônio Negrão, Sérgio Carvalho, Neile Carvalho e Evaneide Aquino).

À Helena de Almeida Tupinambá pelo incentivo e pela revisão da tese.

Às equipes da SMS/RJ, CAPS e unidades que contribuíram com a pesquisa. Em especial à Dra. Diana Cristina e Silva e à Dra. Maria de Fátima Gonçalves Ennes.

À Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva pelo apoio financeiro.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram com gestos, palavras e intenções para a realização deste trabalho.

*“Não se deve ir atrás de objetivos fáceis.
É preciso buscar o que só pode ser alcançado por meio dos maiores esforços”.*
Albert Einstein

RESUMO

MARTINS, Luís Felipe Leite. **Estudo dos fatores associados ao não acesso ao resultado do exame preventivo para o câncer do colo do útero na rede SUS do município do Rio de Janeiro.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Introdução: O rastreamento do câncer do colo do útero pelo exame citopatológico continua sendo a abordagem mais efetiva para o controle da doença, apesar dos recentes avanços tecnológicos para a sua prevenção. Entretanto, para que o programa seja efetivo é necessário que a mulher receba o resultado do exame e conclua o tratamento. **Objetivo:** Investigar fatores associados ao não acesso ao resultado do último citopatológico em uma amostra de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e residentes no município do Rio de Janeiro. **Métodos:** Os dados dessa análise são provenientes de um estudo transversal com mulheres que foram submetidas ao exame citopatológico, atendidas em unidades de saúde da rede pública do município do Rio de Janeiro. Foram calculados os percentuais de não acesso ao resultado do exame segundo as variáveis de estudo: idade, escolaridade, conhecimento sobre o exame, periodicidade de realização do exame, atividade remunerada, tempo gasto para chegar à unidade de saúde, dificuldade de marcação da consulta, informação sobre quando buscar o resultado e avaliação da paciente sobre o profissional que realizou a coleta de material para o exame. Para medir o grau de associação foram estimadas razões de prevalência brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança por meio do modelo de regressão log-binomial. Para cada variável de estudo, foram construídos DAGS (*Directed Acyclic Graph*) visando identificar o conjunto mínimo de fatores de confusão que deveriam ser ajustados. Além disso, os motivos das usuárias para o não acesso ao resultado do exame citopatológico foram registrados. **Resultados:** A prevalência de não acesso ao resultado foi de 18,4%. As mais jovens, raça/cor preta, que tiveram dificuldade para marcar a consulta, que não receberam informação sobre quando buscar o resultado e a avaliação regular/ruim do paciente sobre o profissional mostraram associação com o não acesso ao resultado do exame. Em relação aos motivos para não acesso ao resultado do exame, as questões relacionadas à organização e infraestrutura da unidade de saúde e as questões individuais (não liberação do trabalho e falta de tempo) foram os motivos mais frequentes. **Conclusão:** Este estudo apontou que o não acesso ao resultado do exame pode estar relacionado a problemas no sistema de saúde, que poderiam ser corrigidos desde que prestadores de serviços de saúde conhecessem as necessidades e expectativas dos clientes. É importante que o serviço de saúde tenha maior conhecimento sobre seus usuários e sobre as condições de atendimento, visando a um melhor planejamento das ações de prevenção, melhoria da qualidade assistencial e impacto sobre a morbimortalidade.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo Uterino. Saúde da Mulher. Esfregaço vaginal. Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

MARTINS, Luís Felipe Leite. **Estudo dos fatores associados ao não acesso ao resultado do exame preventivo para o câncer do colo do útero na rede SUS do município do Rio de Janeiro.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Introduction: Screening for cervical cancer with Pap smear remains the most effective approach to controlling the disease, despite recent technological advances for its prevention. However, for the program to be effective women must receive test results and complete treatment. **Objective:** To investigate factors associated with lack of access to the results of the last Pap smear test in a sample of women who use the National Unified Health System (SUS) and live in Rio de Janeiro city. **Methods:** A cross-sectional study was conducted among women who underwent the Pap smear test, in different health units of SUS in the city of Rio de Janeiro. The percentages were calculated for lack of access to test results according to the study variables: age, education, knowledge of the exam, the exam schedule, paid work, time spent to get the health unit, difficulty to schedule the appointments, information on when to get the result and patient's evaluation of the professional who performed the collection of material for the exam. A log-binomial model was used to estimate crude and adjusted prevalence rate ratios for lack of access. For each study variable, we built Directed Acyclic Graph (DAGS) to identify the minimum set of confounding factors that should be adjusted. Moreover, the reasons for users to not have access to test results were recorded. **Results:** Overall prevalence of lack of access was 18.4%. Younger, black, who had difficulty to make an appointment, who had no information about when to get the result and the fair/poor patient assessment on the professional show association with lack of access to test results. With regard to the reasons for lack of access to test results mentioned by interviewees, issues related to the health unit's organization and infrastructure as well as not being able to leave work and lack of time were the most frequently reasons mentioned. **Conclusion:** This study found that the lack of access to test results may be related to problems in the health system, which could be fixed since health care providers knew the needs and expectations of customers. It is important that the health service has more knowledge about its users and the conditions of service, in order to better plan of prevention actions, improve quality of care and impact on morbidity and mortality.

Keywords: Cervix Neoplasms. Women's Health. Pap smear. Access to health services.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Analogia entre as nomenclaturas citopatológicas e histopatológicas das lesões cervicais.....	20
Quadro 2 - Tipos de HPV segundo o nível de evidência sobre a carcinogenicidade do colo uterino.....	21
Quadro 3 - Motivos referidos pelas usuárias que não tiveram acesso ao resultado do exame preventivo para o câncer do colo do útero, relacionados à unidade de saúde, ao profissional de saúde e às usuárias.....	71

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - A progressão da infecção do HPV até o câncer do colo do útero.....	18
Figura 2 - Linha de cuidado no câncer	29
Figura 3 - Modelo teórico dos fatores associados ao acesso e utilização do teste de Papanicolaou.....	34
Figura 4 - Percentual de resposta das mulheres selecionadas para a pesquisa e população de análise	43
Figura 5 - Modelo de Andersen adaptado às variáveis de estudo	45
Figura 6 - DAG sobre escolaridade.	50
Figura 7 - DAG sobre o conhecimento sobre o exame citopatológico.....	51
Figura 8 - DAG sobre a periodicidade de realização do exame citopatológico	53
Figura 9 - DAG sobre atividade remunerada	55
Figura 10 - DAG sobre o tempo de chegar à unidade de saúde	57
Figura 11 - DAG sobre a dificuldade de marcação da consulta	59
Figura 12 - DAG sobre informação na consulta sobre quando buscar o resultado do exame na unidade de saúde.....	61
Figura 13 - DAG sobre avaliação da paciente em relação ao profissional que realizou a coleta do exame citopatológico.....	63
Figura 14 - DAG sobre o motivo da consulta.....	66

APÊNDICE

Figure 1 - Distribution of study sample in relation to the interview status	103
---	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxa de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero por 100.000 mulheres, ajustada por idade*, para países selecionados, 2012	23
Tabela 2 - Estudos sobre a cobertura do exame citopatológico, Brasil 2002 a 2003	27
Tabela 3 - Distribuição da população de estudo segundo os fatores predisponentes, capacitantes e necessidade em saúde	73
Tabela 4 - Prevalência e razões de prevalências brutas e ajustadas para o não acesso ao resultado do último exame preventivo, segundo os determinantes do uso, Rio de Janeiro, 2007 - 2010.....	74

APÊNDICE

Table 1 - Distribution of socio demographic variables according to the reason for the visit to a Brazilian Public Care System primary care unit, women aged 18 years old or older, Rio de Janeiro, Brazil, 2010.....	101
Table 2 - Prevalence rates, prevalence rate ratios, and absolute differences between the prevalence rates of not performing a clinical breast examination, during the last gynecological clinical visit at health care units of the Brazilian Public Care System, according to the reason for the clinical visit, women aged 18 years or over, stratified by age, educational level and per capita household income, Rio de Janeiro, Brazil, 2010.....	102

ANEXO I

Tabela 1 - Distribuição dos exames por resultado/condução, segundo as coordenações das áreas de planejamento.....	105
Tabela 2 – Distribuição da amostra da pesquisa pelo tipo de condução, segundo as coordenações das áreas de planejamento e a unidades de saúde selecionadas.....	106
Tabela 3 - Distribuição das unidades de saúde referidas nas entrevistas, segundo CAP e ano de realização do último exame citopatológico.	108
Tabela 4 – Panorama do trabalho de campo.....	113

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AIS - Adenocarcinoma *in situ*.

CAP - Coordenação da Área Programática.

CADWEB - Cadastro Nacional de Usuários do SUS.

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

DAG - *Directed Acyclic Graphs* (Gráficos acíclicos direcionados).

DAPS - Divisões de Atenção e Programas de Saúde

DST - Doenças sexualmente transmissíveis.

EZT - Exérese da zona de transformação.

FDA - *Food and Drug Administration* (Administração de Comidas e Remédios).

FGTS - Fundo de Garantia do Tempo de Serviço.

FIGO - *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia).

HPV - *human papiloma virus* (Vírus do papiloma humano).

HSIL - *High-grade squamous intraepithelial lesion* (Lesão intraepitelial escamosa de alto grau).

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.

IARC - *International Agency of Cancer Research* (Agência Internacional de Pesquisa em Câncer).

IC - Intervalo de confiança.

ICESCC - *International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer*.

LSIL - *Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion* (Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau).

MS - Ministério da Saúde.

OMS (WHO, sigla em inglês) - Organização Mundial de Saúde.

NIC- Neoplasia intraepitelial cervical

PASEP - Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público.

PIS - Programa Integração Social.

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

PNCCU - Programa nacional de controle do câncer do colo do útero (PNCCU).

RP - Razão de prevalências.

SADT - Sistema de Apoio e Diagnóstico.

SISCAN - Sistema de informação em câncer.

SISCOLO - Sistema de Informação sobre o Câncer do Colo do Útero.

SISMAMA - O Sistema de Informação do Câncer de Mama.

SISREG - Sistema de regulação.

SITEC - Serviço Integrado Tecnológico em Citologia (INCA/MS).

SUS - Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	17
1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 O câncer do colo do útero.....	18
1.1.1 História natural da doença.....	18
1.1.1.1 Nomenclatura das Lesões precursoras.....	19
1.1.2 Fatores de risco.....	20
1.1.3 Diagnóstico clínico.....	21
1.1.4 Tratamento.....	22
1.1.5 Magnitude da doença.....	22
1.1.6 O controle do câncer do colo do útero.....	24
1.1.6.1 Níveis de prevenção.....	24
1.1.6.1.1 Prevenção primária.....	24
1.1.6.1.2 Prevenção secundária.....	25
1.1.6.1.3 Prevenção terciária.....	27
1.1.6.2 Organização da Rede de Atenção ao Câncer do Colo do Útero no Brasil.....	28
1.1.6.2.1 Atenção Primária (ou Atenção Básica) à Saúde.....	29
1.1.6.2.2 Atenção Secundária (ou Atenção Especializada) à Saúde.....	30
1.1.6.2.3 Atenção Terciária (ou Atenção Hospitalar) à Saúde.....	30
1.1.6.2.4 Sistema de Apoio e Diagnóstico (SADT).....	31
1.1.6.2.5 Sistema de Informação.....	31
1.1.6.2.6 Sistema de Regulação (SISREG).....	32
1.1.6.2.7 Prováveis barreiras do fluxo de atendimento.....	32
1.2 Uso dos serviços de saúde.....	32
2 JUSTIFICATIVA.....	39
3 OBJETIVO.....	40
3.1 Objetivo geral.....	40
3.2 Objetivos específicos.....	40
4 METODOLOGIA.....	41
4.1 Base populacional e população de estudo.....	41
4.2 Panoramas da pesquisa e da população de análise.....	42
4.3 Modelo teórico para análise - Modelo Comportamental de Andersen.....	44
4.4 Variáveis do estudo.....	46
4.4.1 Variável resposta (desfecho).....	46
4.4.2 Variáveis explicativas.....	46
4.5 Processamento de dados.....	48
4.6 Plano de análise.....	48
4.6.1 Gráficos Acíclicos Direcionados (<i>Directed Acyclic Graph</i> - DAG).....	50
4.7 Considerações éticas.....	68
5 RESULTADOS.....	69
6 DISCUSSÃO.....	75
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
APÊNDICE - Artigo científico.....	91
ANEXO I - Aspectos metodológicos da pesquisa.....	104
ANEXO II - Considerações éticas.....	117
ANEXO III - Instrumentos de coleta.....	125

APRESENTAÇÃO

Este trabalho aborda um tema de grande importância para a Saúde Pública: a detecção precoce do câncer do colo do útero. Apesar do conhecimento cada vez maior nesta área, a abordagem mais efetiva para o controle do câncer do colo útero continua sendo o rastreamento por meio do exame preventivo (exame citopatológico). Mesmo com a recente introdução da vacina contra os tipos de HPV 16 e 18 em vários países, pelo menos 10 outros tipos de HPV oncogênicos permanecerão circulantes no meio ambiente. Para que o programa de rastreamento seja efetivo é necessário que a cobertura da população alvo seja suficientemente elevada, que os exames sejam realizados com qualidade e que o tratamento das lesões precursoras do câncer seja realizado logo após a confirmação diagnóstica. Uma etapa crucial para se atingir esse objetivo é o acesso das mulheres aos resultados dos exames citopatológicos. Pouco se conhece em nosso meio sobre os fatores associados ao sucesso ou fracasso dessa etapa do processo. Este trabalho busca investigar os fatores associados ao não acesso ao resultado do exame citopatológico na Rede SUS do município do Rio de Janeiro. Os dados utilizados nessa análise são provenientes de um estudo transversal realizado em pacientes que realizaram o exame citopatológico em diferentes unidades de saúde da rede SUS. A percepção da usuária em relação ao serviço prestado pela unidade de saúde, incluindo a avaliação sobre o profissional que realizou o atendimento, serão os diferenciais desse estudo.

A tese será apresentada na forma tradicional e está organizada em sete seções (introdução, objetivos, métodos, resultados, discussão, considerações finais e referências bibliográficas). Na seção de introdução são apresentados tópicos relativos ao câncer do colo do útero, a saber: história natural, fatores de risco associados à sua ocorrência, métodos de diagnóstico de lesões precursoras e o tratamento, linha de cuidado e organização do sistema.

No apêndice é apresentado um artigo sobre outro objeto que também foi abordado no inquérito: a prática de exames clínicos das mamas durante a consulta ginecológica na qual foi realizado o exame citopatológico. Cabe ressaltar que ambos os temas trabalham com avaliações de barreiras a operacionalização de protocolos.

Nos anexos I, II e III são apresentados, respectivamente, aspectos metodológicos da pesquisa, documentos de aprovação do projeto em Comitês de Ética e os instrumentos de coleta de dados.

1 INTRODUÇÃO

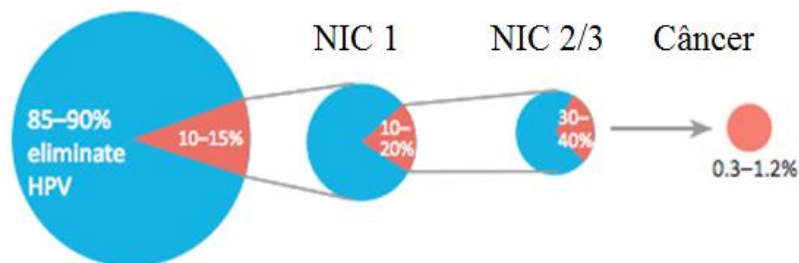
1.1 O câncer do colo do útero

O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (75% a 90% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (10% a 25% dos casos) (FRAPPART et al., 2004).

1.1.1 História natural da doença

A infecção persistente por tipos de papilomavírus humano (HPV) considerados oncogênicos pode causar alterações nas células do colo do útero, que podem se tornar lesões pré-cancerosas, também chamadas de precursoras do câncer. Geralmente, essas lesões precursoras progridem lentamente, por anos, antes de atingir o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil, quando não impossível (WHO, 1988). A maioria das lesões do tipo neoplasia intraepitelial cervical grau I (NIC I), que representam apenas a manifestação da infecção pelo HPV, regride em períodos entre 12 a 24 meses ou não progride para lesões consideradas precursoras, como NIC II ou NIC III (INCA, 2011), Figura 1.

Figura 1 - A progressão da infecção do HPV até o câncer do colo do útero



Fonte: Adaptado de Shulzhenko et al, 2014.

A identificação e o tratamento adequado das lesões precursoras possibilita a prevenção da progressão das lesões para o câncer (IARC, 2007).

1.1.1.1 Nomenclatura das Lesões precursoras

A nomenclatura citopatológica e histopatológica do colo do útero sofreu várias alterações no decorrer dos anos. Em 1943, George Papanicolaou definiu a classificação citológica em cinco classes, numeradas de I a V, na qual a classe III era sugestiva de malignidade, mas não conclusiva, a classe IV era altamente sugestiva de malignidade e a classe V era conclusiva para a malignidade. Em 1949, Papanicolaou introduziu o termo displasia. No ano de 1953, Reagan e colaboradores descreveram a presença de células atípicas que comprometiam parte ou toda a espessura do epitélio e propuseram uma nova classificação das alterações em leve, moderada, acentuada e carcinoma *in situ*. Em 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS), sugeriu o agrupamento das classificações propostas por Papanicolau e Reagan.

Em 1967, Richart definiu, com base em seu estudo sobre a história natural da doença, o conceito de NIC para as alterações histológicas. Ele considerou esse conjunto de alterações como etapas de um único fenômeno, contínuo e progressivo, que se caracterizava por graus de atipias celulares abrangendo parte ou toda a espessura do epitélio cervical. O autor dividiu essas lesões em três graus: NIC I, caracterizada por atipias celulares localizadas no terço do epitélio escamoso mais próximo da membrana basal; NIC II, em que as atipias ocupam os dois terços mais próximo da membrana basal desse epitélio; e NIC III, em que as células atípicas comprometem mais de dois terços ou toda a espessura do epitélio. A NIC I, a NIC II e a NIC III correspondem, respectivamente, a displasia leve, displasia moderada e displasia acentuada/carcinoma *in situ*.

Em 1988 foi criado, na cidade de Bethesda (Maryland/EUA), um novo sistema de classificação citológica para o colo do útero com o objetivo de unificar a terminologia e incorporar novos conceitos sobre a história natural do câncer nesse sítio. Esse mesmo sistema foi revisto em 2001 e é utilizado até o presente. Resumidamente, as NIC I são classificadas como lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau (LSIL) e as NIC II e III agrupadas como lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (HSIL) (AIDÉ et al, 2009).

Segue, no quadro 1, um resumo das alterações das nomenclaturas e a classificação atual utilizada no Brasil (INCA, 2011).

Segue, no quadro 1, um resumo das alterações das nomenclaturas e a classificação atual utilizada no Brasil (INCA, 2011).

Quadro 1 - Analogia entre as nomenclaturas citopatológicas e histopatológicas das lesões cervicais

Classificação citopatológica de Papanicolaou (1941)	Classificação histológica da OMS (1952)	Classificação histológica de Richart (1967)	Classificação citopatológica Brasileira (2006)
Classe I	-	-	-
Classe II	-	-	Alterações benignas
	-	-	Atipias de significado indeterminado
Classe III	Displasia leve	NIC I	Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL)
	Displasia moderada e acentuada	NIC II e NIC III	Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL)
Classe IV	Carcinoma <i>in situ</i>	NIC III	Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS)
Classe V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

Fonte: INCA, 2011.

1.1.2 Fatores de risco

O câncer do colo do útero está associado à infecção persistente por tipos oncogênicos do vírus HPV, especialmente o HPV16 e o HPV18, responsáveis por cerca de 70% desses cânceres (DE SANJOSÉ et al., 2007).

A infecção pelo HPV é muito comum. Estima-se que cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo de suas vidas. Aproximadamente 291 milhões de mulheres no mundo são portadoras do HPV, sendo que 32% estão infectadas pelos tipos 16, 18 ou ambos (DE SANJOSÉ et al., 2007).

Foram identificados mais de 100 tipos de HPV que tiveram seu genoma mapeado. No quadro 2 é apresentada a classificação feita pela IARC (Agência Internacional em Pesquisa em Câncer, da OMS) em termos de risco de carcinogênese (BOUVARD et al., 2009).

Quadro 2 - Tipos de HPV segundo o nível de evidência sobre a carcinogenicidade do colo uterino

Grupo	Tipo de HPV	Comentários
1	16	Maior potencial oncogênico, causa câncer em várias topografias.
1	18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59	Evidência suficiente para causar câncer do colo do útero.
2A	68	Evidência limitada em humanos; forte evidência de mecanismo capaz de causar o câncer do colo do útero.
2B	26, 53, 66, 67, 70, 73, 82	Evidência limitada em humanos para causar câncer do colo do útero.
2B	30, 34, 69, 85, 97	Classificados, por analogia filogenética, para os tipos de HPV e evidência suficiente ou limitada em humanos para causar câncer do colo do útero.
3	6, 11	Não oncogênicos.

Fonte: Adaptado de Bouvard et al., 2009.

Comparando-se os dados sobre a infecção pelo HPV com os dados de incidência anual de aproximadamente 500 mil casos de câncer de colo do útero, conclui-se que a doença é um evento raro, mesmo na presença do vírus. Ou seja, a infecção pelo HPV é um fator necessário, mas não suficiente para o desenvolvimento do câncer do colo uterino (FERLAY et al., 2013).

Os aspectos relacionados ao comportamento sexual como o início precoce da atividade sexual e múltiplos parceiros atuam como facilitadores da aquisição da infecção pelo HPV ao longo da vida (ICESCC, 2009). Outros fatores relacionados ao desenvolvimento do câncer são os aspectos imunológicos, genéticos e relacionados ao estilo de vida (SCHIFFMAN; WENTZENSEN, 2013). Estudos epidemiológicos demonstraram associações do câncer do colo do útero com o tabagismo e a multiparidade. Os fatores ligados ao estilo de vida, aproximadamente, dobram o risco de desenvolvimento da doença (ICESCC 2006a; ICESCC 2006b). Entretanto, os mecanismos biológicos associados a esse fenômeno ainda não são bem conhecidos (LUHN et al., 2013).

1.1.3 Diagnóstico clínico

A fase pré-maligna na qual encontramos as lesões precursoras não gera sinais e sintomas clínicos e o exame especular simples é de pouca ajuda para o diagnóstico. A

avaliação complementar compreende o exame citopatológico, a colposcopia e o estudo histopatológico (INCA, 2000).

No estágio invasor da doença os principais sintomas são quadros de sangramento vaginal (espontâneo ou após a relação sexual), corrimento vaginal e dor pélvica, que podem estar associados com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados. No exame especular podem ser verificados sangramento, formação tumoral, ulceração e necrose do tecido no colo do útero. O toque vaginal pode mostrar alterações no colo do útero e estruturas subjacentes (forma, tamanho, consistência e mobilidade do colo do útero). Os exames de imagem complementam a avaliação clínica e permitem verificar a presença de metástases (BRASIL, 2013a).

1.1.4 Tratamento

Segundo as diretrizes brasileiras, o tratamento das lesões intraepiteliais escamosas de alto grau, confirmadas por análise histopatológica, deve ser realizado por meio de exérese da zona de transformação (EZT) por eletrocirurgia ou pela conização. O tratamento apropriado das lesões precursoras é a meta prioritária para a redução da incidência e mortalidade pelo câncer do colo uterino (INCA, 2011).

Em relação ao câncer, os tratamentos mais comuns são a cirurgia e a radioterapia. O esquema terapêutico dependerá do estadió da doença e de fatores individuais (idade da paciente, condições físicas e de saúde e desejo de preservação de fertilidade). A quimioterapia é recomendada somente nos estágios mais avançados (INCA, 2000; WHO, 2013).

1.1.5 Magnitude da doença

O câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum no sexo feminino no mundo, contabilizando 528 mil novos casos anualmente. Oitenta e cinco por cento dos casos ocorre em países em desenvolvimento, onde a doença responde por 12% dos cânceres em mulheres. Em alguns desses países em desenvolvimento, ocupa a primeira posição na incidência de câncer entre as mulheres, enquanto que, em países desenvolvidos, chega a ocupar a sexta posição. As mais altas taxas de incidência são observadas na América Latina e países do Caribe, partes da África e no Sul e Sudeste asiático, enquanto que na América do

Norte, Austrália e Nova Zelândia, Norte e Oeste europeu e oeste da Ásia as taxas são baixas (FERLAY et al., 2013).

O câncer do colo do útero foi responsável por 266 mil mortes, no mundo, em 2012, das quais 87% ocorreram em países em desenvolvimento. A razão mortalidade/incidência foi de 50,4% (FERLAY et al., 2013). Na América Latina e no Caribe, a neoplasia representa a mais importante causa de anos de vida perdidos em mulheres entre 25 e 64 anos de idade (YANG et al., 2004).

Grande parte dos países desenvolvidos conseguiu uma substancial redução na incidência e mortalidade por câncer do colo do útero ao longo dos anos, à custa da organização de programas de rastreamento das lesões precursoras (NIEMINEN et al., 1999). A Tabela 1 mostra as diferentes taxas de incidência e de mortalidade do câncer do colo do útero em países selecionados.

Tabela 1 - Taxa de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero por 100.000 mulheres, ajustada por idade*, para países selecionados, 2012

País	Taxa de incidência ajustada	Taxa de mortalidade ajustada
Finlândia	4,3	1,0
Austrália	5,5	1,6
Canadá	6,3	1,7
Itália	6,7	1,5
Estados Unidos da América	6,6	2,7
Bélgica	8,6	1,9
Chile	12,8	6,0
Brasil	16,3	7,3
Honduras	29,4	14,1
República Democrática do Congo	33,1	27,3
Paraguai	34,2	15,7
Suriname	38,0	15,7
Bolívia	47,7	21,0
Zâmbia	58,0	36,2

Fonte: FERLAY et al., 2013

* Taxas ajustadas pela população Padrão Mundial, modificada por Doll et al.(1966).

No Brasil, o câncer do colo do útero é o terceiro câncer mais incidente em mulheres. Para 2014 foram estimados aproximadamente 15,3 mil casos novos para 100 mil mulheres. Entretanto, existe importante variação regional: na Região Norte é o primeiro câncer mais incidente em mulheres, nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste o segundo, na Região Sudeste o quarto e na Região Sul o quinto (INCA, 2014b).

Em 2012 o câncer do colo do útero foi à quarta causa de morte por câncer em mulheres no Brasil, com taxa bruta de 5,3 por 100 mil mulheres, persistindo a variação regional: primeira causa de morte por câncer em mulheres na Região Norte, terceira na Região Nordeste, quarta causa na Região Centro-Oeste e sexta causa nas Regiões Sul e Sudeste (INCA, 2014a). Apesar das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero no país serem consideradas moderadamente altas, recentemente registrou-se, pela primeira vez, tendência de queda, principalmente nas capitais de todas as regiões (AZEREDO E SILVA, 2011; INCA, 2012b).

1.1.6 O controle do câncer do colo do útero

1.1.6.1 Níveis de prevenção

O câncer do colo do útero pode ser evitado de duas maneiras: a prevenção da infecção pelo HPV, por meio da vacinação e o rastreamento e tratamento das lesões precursoras do câncer. A combinação dessas estratégias tem o maior potencial de redução da incidência do câncer do colo do útero num curto espaço de tempo (FIGO, 2009). Caso essas duas estratégias falhem e as lesões precursoras evoluam para o câncer, as pacientes devem ser imediatamente submetidas ao tratamento (BRASIL, 2010).

1.1.6.1.1 Prevenção primária

Atualmente, há duas vacinas aprovadas e comercialmente disponíveis no Brasil: a vacina bivalente que protege contra os tipos 16 e 18 do HPV e a vacina tetravalente que protege contra os tipos 6, 11, 16 e 18. Ambas são eficazes se não tiver ocorrido contato prévio com os tipos de HPV vacinais. Desse modo, a aplicação da vacina é indicada para o período que antecede a exposição à infecção, ou seja, antes da iniciação sexual. Entretanto, a adoção das vacinas anti-HPV não é suficiente para prescindir do rastreamento pelo exame citopatológico atualmente. Porque as vacinas atuais não cobrem todos os tipos de HPV oncogênicos (FIGO, 2009). Recentemente, o *Food and Drug Administration* (FDA) dos

Estados Unidos da América aprovou o uso e comercialização da vacina nonavalente contra os tipos de HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58¹.

Em 2014, o Ministério da Saúde do Brasil implementou a vacina tetravalente para meninas de 9 a 13 anos de idade, no calendário vacinal. A meta é vacinar pelo menos 80% da população alvo para alcançar o objetivo de reduzir a incidência do câncer do colo do útero nas próximas décadas².

1.1.6.1.2 Prevenção secundária

A prevenção secundária se dá por meio de exames que buscam detectar as lesões precursoras do câncer do colo do útero (exame citopatológico) ou a presença do DNA de HPV oncogênico nas células do colo uterino.

O exame citopatológico apresenta como vantagens o custo relativamente baixo e sua efetividade para a detecção precoce das lesões precursoras do câncer do colo do útero. A OMS mostrou que, com uma cobertura de exame citopatológico na população-alvo de no mínimo 80%, a confirmação diagnóstica e o tratamento adequado, é possível reduzir, em média de 60 a 90% a incidência desse tipo de câncer (WHO, 2002).

A evidência da efetividade do exame citopatológico para reduzir taxas de morbimortalidade por câncer do colo do útero vem de duas fontes. A primeira são os estudos comparativos de tendências temporais, que têm mostrado redução nas taxas de incidência em alguns países, após a introdução de programas populacionais de rastreamento (DAY, 1986, GUSTAFSSON et al., 1997, QUINN et al., 1999). Outra fonte são os estudos do tipo caso-controle, que têm indicado uma chance elevada de desenvolvimento de câncer do colo do útero entre mulheres que nunca realizaram o exame citopatológico (HERRERO et al., 1992; ELUF-NETO et al.; 1994).

No entanto, sua técnica de realização é vulnerável a erros de coleta e de preparação da lâmina e à subjetividade na interpretação dos resultados (KOSS, 1989). Por essas razões, os estudos têm apresentado grande variabilidade nas estimativas de sensibilidade e especificidade do exame. A metanálise realizada por Fahey e colaboradores encontrou variação de 11% a 99% para a sensibilidade, e variação de 14% a 97% para a especificidade

¹<http://www.fda.gov/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/ucm426445.htm>

²http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_utero/prevencao

(FAHEY; IRWIG; MACASKILL, 1995). Já a revisão sistemática da literatura realizada por Nanda e colaboradores apresentou as seguintes variações: 30% a 87% para a sensibilidade e 86% a 100% para a especificidade (NANDA et al., 2000).

O emprego da citologia em base líquida, a automação da citologia e o uso do teste do DNA-HPV oncogênico são outras estratégias.

A citologia em base líquida apresenta vantagens logísticas e menos exames insatisfatórios, o que poderia melhorar o desempenho do teste. Oferece ainda a vantagem de permitir a detecção do DNA do HPV no material coletado e reservado. Estudos demonstraram, porém, que a técnica não é mais sensível ou mais específica que a citologia atual e tem um custo mais elevado (ARBYN et al., 2008).

A automação da citologia é outra técnica que possibilita a utilização da telepatologia e permite o aumento da produtividade e redução da necessidade de profissionais especializados. Entretanto, ensaios clínicos têm demonstrado que não houve diferença nas taxas de mortalidade e de incidência do câncer do colo do útero com o uso desse método, em comparação com o exame citológico (ANTTILA et al., 2009). Adicionalmente, verificou-se que a sensibilidade desse método para a detecção de NIC II ou lesão mais grave é menor do que a observada com o exame tradicional (KITCHENER et al., 2009).

Já o rastreamento pelo teste do DNA do HPV oncogênico mostrou um aumento da sensibilidade, quando comparado ao exame citopatológico, embora a especificidade tenha sido menor, o que acaba produzindo mais resultados falsos positivos para as lesões precursoras e aumento no número de mulheres encaminhadas, desnecessariamente, para o exame colposcópico. Uma forma de minimizar esse problema seria a realização do exame a partir dos 30 anos e de um exame citopatológico subsequente naquelas que tivessem um resultado positivo para o DNA do HPV e o encaminhamento para a colposcopia apenas para as mulheres que tivessem um resultado positivo em ambos os testes. Essa estratégia se mostrou mais sensível do que o exame convencional, porém com a mesma especificidade do rastreamento citológico, possibilitando o aumento do intervalo entre os exames, com segurança (CUZICK et al., 2008). Esse teste não é utilizado como método de rastreamento no Brasil (INCA, 2011).

Até o presente momento, a estratégia de rastreamento e detecção precoce das lesões precursoras do câncer do colo do útero no Brasil se baseia no exame citopatológico e subsequente encaminhamento para confirmação diagnóstica e tratamento adequado. O exame

deve ser realizado, após dois exames anuais negativos, com uma periodicidade de três anos e a faixa etária atualmente recomendada para a sua realização é de 25 a 64 anos (INCA 2011).

No Brasil, dados oriundos de inquéritos populacionais de abrangência nacional mostraram que, em 2003, em mulheres com idade entre 18 e 69 anos, a cobertura do exame citopatológico nos três anos anteriores à pesquisa foi de 66,0% (SZWARCOWALD et al., 2004). Outro estudo realizado no mesmo ano, em mulheres com 25 anos e mais, estimou uma cobertura de pelo menos um exame citopatológico na vida de 79,1% e, nos últimos três anos, de 68,7% (IBGE, 2005). Essa última pesquisa foi replicada em 2008 e, dessa vez, a cobertura de um exame na vida foi de 84,5% (IBGE, 2010).

A revisão sistemática da literatura realizada por Martins e colaboradores (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005) mostrou que há poucas estimativas no país sobre a realização dos exames e seus fatores determinantes, sendo que a maioria dos estudos concentra-se nas Regiões Sul e Sudeste e em grandes cidades. Observou-se tendência de aumento temporal no percentual de mulheres que realizaram pelo menos um exame citopatológico.

A tabela 2 apresenta as coberturas de realização do exame citopatológico no Brasil e nas capitais, a partir de informações referidas pelas entrevistadas.

Tabela 2 - Estudos sobre a cobertura do exame citopatológico, Brasil 2002 a 2003

Autor, ano da publicação.	Localidade	Ano	Faixa etária (anos)	Cobertura do exame citopatológico (%)	
				Na vida	Nos últimos três anos
INCA, 2004	16 cidades	2002-03	25 a 59	-	73,4 a 92,9
Szwarcwald et al., 2004	Brasil	2003	18 a 69	-	66,0
IBGE, 2005	Brasil	2003	Acima de 24	79,1	68,7
IBGE, 2010	Brasil	2008	25 ou mais	84,5	-
			25 a 59	87,0	-
Brasil, 2012	Capitais	2011	25 a 59	75,2 a 96,4	72,7 a 90,4
Brasil, 2013b	Capitais	2012	25 a 64	77,6 a 95,9	70,8 a 91,6
Brasil, 2014	Capitais	2013	25 a 64	74,1 a 94,6	67,7 a 89,3

1.1.6.1.3 Prevenção terciária

Uma vez diagnosticado, o câncer do colo do útero pode ser tratado com cirurgia e/ou radioterapia, podendo complementar-se com quimioterapia nos estágios mais avançados. As ações necessárias para a viabilização dessas estratégias são (WHO, 2013):

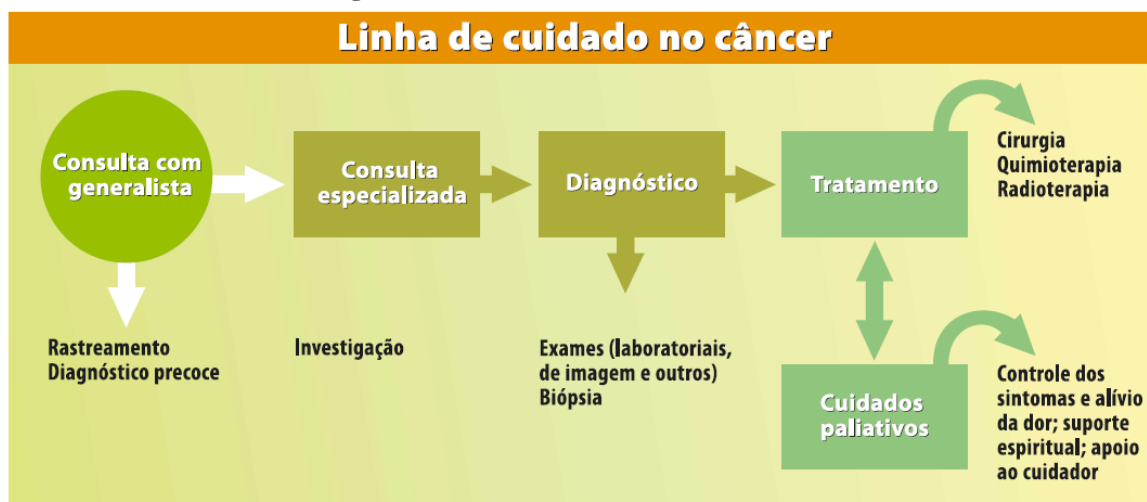
- Rede eficaz de referência, que possibilite acesso oportuno e continuidade da assistência (unidades de referência, laboratórios e centros de diagnóstico e tratamento);
- Adesão da paciente ao tratamento – assegurar todo tratamento a paciente, que irá necessitar de um longo período de seguimento em um centro de tratamento regional ou nacional. Dessa forma problemas de acesso (barreiras geográficas, financeiras e sociais) contribuem para a não adesão;
- Cuidados paliativos – é preciso ter equipe estruturada e bem qualificada (médicos, enfermeiros e outras especialistas) para garantir alívios da dor e do sofrimento às pacientes, visando uma melhor qualidade de vida.

O tratamento do câncer do colo do útero, sobretudo a radioterapia e quimioterapia, levam as pacientes, na maioria das vezes, a um estado de fragilidade, provocando uma série de consequências físicas, emocionais e também na rotina diária (FRIGATO; HOGA, 2003). Sendo assim, é de extrema importância a assistência ou auxílio a essas pacientes e seus familiares. No Brasil, a pessoa com câncer tem direitos especiais como auxílio-doença, tratamento fora do domicílio, saque no FGTS, saque do PIS/PASEP, aposentadoria por invalidez, entre outros. No estado do Rio de Janeiro, desde 2005, é oferecido o vale social que garante gratuidade no transporte público para portadores com deficiência ou doença crônica (INCA, 2012a).

1.1.6.2 Organização da Rede de Atenção ao Câncer do Colo do Útero no Brasil

Para o alcance da meta de redução da morbimortalidade por câncer do colo do útero o modelo assistencial deve organizar e articular os recursos nos diferentes níveis de atenção, de forma a garantir o acesso aos serviços e ao cuidado integral à saúde (prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos) (BRASIL, 2013a).

As linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do fluxo assistencial seguro e garantido ao usuário de acordo com suas necessidades em saúde (FRANCO; MAGALHAES, 2003) (Figura 2).

Figura 2 - Linha de cuidado no câncer

Fonte: "Situação do Câncer no Brasil" (INCA, 2006).

O acesso universal às ações e aos serviços de saúde, de forma integral e humanizada, é a principal estratégia de prevenção da doença, dentro da linha de cuidado do câncer do colo do útero. Ele garante à mulher que as lesões precursoras e/ou o próprio câncer sejam rastreados, precocemente diagnosticados e tratados de forma adequada, qualificada e em tempo oportuno (BRASIL, 2013a).

No Brasil, a estrutura operacional da linha de cuidado para o câncer do colo do útero, dentro do Sistema Único de Saúde é composta por: Atenção Primária à Saúde (ou Atenção Básica); Atenção Secundária (ou Atenção Especializada) à Saúde; Atenção Terciária (ou Atenção Hospitalar) à Saúde; o Sistema de Apoio e Diagnóstico (SADT) o Sistema de Informação; e o Sistema de Regulação (SISREG).

1.1.6.2.1 Atenção Primária (ou Atenção Básica) à Saúde

A atenção básica exerce a coordenação do cuidado e o ordenamento das redes de atenção à saúde. Em relação ao câncer do colo do útero, a atenção primária é a porta de entrada para o rastreamento. Cabe a ela realizar a coleta do material para o exame citopatológico e o acompanhamento da usuária que recebeu um resultado "positivo", encaminhando-a ao serviço de referência para confirmação do diagnóstico e realização do tratamento. O sistema logístico da rede (sistema de informação) deve permitir que a atenção

básica tenha acesso ao relatório do tratamento durante a sua realização, bem como a contra referência, quando o serviço especializado realiza a alta da usuária (BRASIL, 2013a).

Idealmente, a equipe de saúde deve conhecer e acompanhar a sua população alvo, o que só é possível por meio de um cadastro sistemático de todas as usuárias da sua área de cobertura. O cadastro permite à equipe identificar todas as mulheres da faixa etária alvo do programa, assim como identificar aquelas com riscos elevados para doença. Usuárias que não comparecem de forma espontânea para a realização do exame ou para receber o resultado podem ser convocadas pelas unidades (busca ativa). De posse do resultado, o profissional deve realizar a conduta preconizada de acordo com o resultado do exame. Se for necessário o encaminhamento da mulher para outro serviço, é importante que o profissional faça a solicitação do encaminhamento informando os dados relevantes sobre o caso (quadro clínico e o resultado do exame). Além disso, é necessário que a equipe acompanhe essa mulher, verificando o seguimento efetivo da mesma no sistema (BRASIL, 2013a).

1.1.6.2.2 Atenção Secundária (ou Atenção Especializada) à Saúde

A atenção secundária é composta por unidades ambulatoriais, que podem ou não estar localizadas na estrutura de um hospital e por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, responsáveis pela oferta de consultas e exames especializados. Historicamente, ela tem sido interpretada como uma etapa na qual acontecem os procedimentos de média complexidade (ERDMANN et al., 2013).

No caso do câncer do colo do útero, de acordo com as recomendações preconizadas pelas diretrizes brasileiras (INCA, 2011), as mulheres com alguns resultados citopatológicos alterados devem repetir esse exame ou serem encaminhadas para serviços especializados para realizar uma colposcopia, assim como outros procedimentos que se fizerem necessários para a confirmação diagnóstica e tratamento ambulatorial das lesões precursoras (BRASIL, 2013a).

1.1.6.2.3 Atenção Terciária (ou Atenção Hospitalar) à Saúde

A atenção terciária é o nível de assistência no qual são realizados os procedimentos de alta complexidade em oncologia (cirurgia oncológica, radioterapia e quimioterapia). O planejamento cuidadoso da oferta de serviços, com base em parâmetros populacionais,

permitirá a oferta universal de tratamento para todos os pacientes com câncer. Ela também é responsável pela oferta e coordenação dos cuidados paliativos dos pacientes com câncer fora de possibilidade terapêutica (BRASIL, 2013a).

1.1.6.2.4 Sistema de Apoio e Diagnóstico (SADT)

Sem a estruturação de laboratórios de referência para citopatologia e histopatologia para avaliação do material coletado, todo o esforço para realizar o exame preventivo das lesões precursoras pode ser perdido. Os laboratórios credenciados norteiam-se pelas recomendações técnicas do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Os laudos devem ser liberados com agilidade, para que os profissionais de saúde possam adotar as condutas oportunamente. Os laboratórios devem estar integrados com o sistema de informação de saúde, para que os resultados sejam vinculados aos cadastros das usuárias (BRASIL, 2013a).

1.1.6.2.5 Sistema de Informação

O sistema de informação permite o diálogo entre os diversos serviços e sua estruturação é fundamental para o aprimoramento dos programas de rastreamento e diagnóstico precoce (BRASIL, 2013a). O Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) foi implantado em janeiro de 2000 com o objetivo de armazenar dados de identificação da mulher bem como informações demográficas, epidemiológicas e dos exames citopatológicos e histopatológicos realizados no SUS (GIRIANELLI; THULER; SILVA, 2009). Atualmente, o INCA, em parceria com o DATASUS, desenvolveu o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) que é a versão em plataforma web que integra os Sistemas de Informações do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Câncer de Mama (SISMAMA). O SISCAN é integrado ao Cadastro Nacional de Usuários do SUS (CADWEB), o que permite identificar as usuárias através do cartão SUS e atualizar, automaticamente, o seu seguimento. O SISCAN também é integrado ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o que permite o acesso às informações pelos profissionais dos estabelecimentos de saúde habilitados para coleta, solicitação e emissão de laudos de exames. Quando o laudo é liberado ele pode ser visualizado pelo prestador de serviço da unidade solicitante. Ao final da

competência, as informações epidemiológicas são automaticamente exportadas para a base nacional. Atualmente, o SISCAN se encontra em fase de implantação em todo o território nacional (INCA, 2013).

1.1.6.2.6 Sistema de Regulação (SISREG)

O sistema de regulação é um instrumento que foi criado com o objetivo de promover a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde, conforme a atual Política Nacional de Regulação. Ele qualifica a demanda e a assistência prestada; organiza a oferta e ajuda a monitorar/avaliar os pactos intergestores estabelecidos (BRASIL, 2013).

1.1.6.2.7 Prováveis barreiras do fluxo de atendimento

Alguns estudos vêm demonstrando as dificuldades de acesso apontadas pelas usuárias aos serviços de saúde para a prevenção e controle do câncer do colo do útero: acesso à unidade de saúde (distância), dificuldades para deixar filhos ou parentes, não liberação do trabalho, dificuldades financeiras, crenças e valores em relação aos serviços (prevenção, diagnóstico e tratamento), falhas no acolhimento e na assistência do profissional de saúde, problemas de organização do fluxo da usuária no sistema (encaminhamento/agendamento para outros serviços, retorno dos resultados de exames), problemas de infraestrutura nos estabelecimentos de saúde (falta de vagas, de profissionais e de equipamentos) (PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003, GREENWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006; ALBUQUERQUE et al., 2011).

1.2 Uso dos serviços de saúde

O uso de serviços de saúde é um comportamento complexo, determinado por vários fatores que consistem na interação entre usuários que procuram o cuidado à saúde e os profissionais de saúde que os guiam dentro do sistema de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Essa interação pode ser entendida com mais clareza por meio de modelos teóricos explicativos. Na revisão de Pavão e Coeli (2008) foram apresentados os principais modelos

teóricos para utilização de serviços: o Modelo de Crenças em Saúde, o Modelo Comportamental de Andersen, o Modelo de Dutton e o Modelo de Evans e Stoddart (Modelo de Produção em Saúde).

O Modelo de Crenças em Saúde, elaborado nos anos 50, visa explicar o comportamento dos indivíduos em relação à saúde e ao uso de serviços, segundo suas crenças e percepções de risco. Esse comportamento é dependente do conhecimento do indivíduo sobre a sua susceptibilidade a um determinado problema de saúde, gravidade da doença e ações de saúde disponíveis.

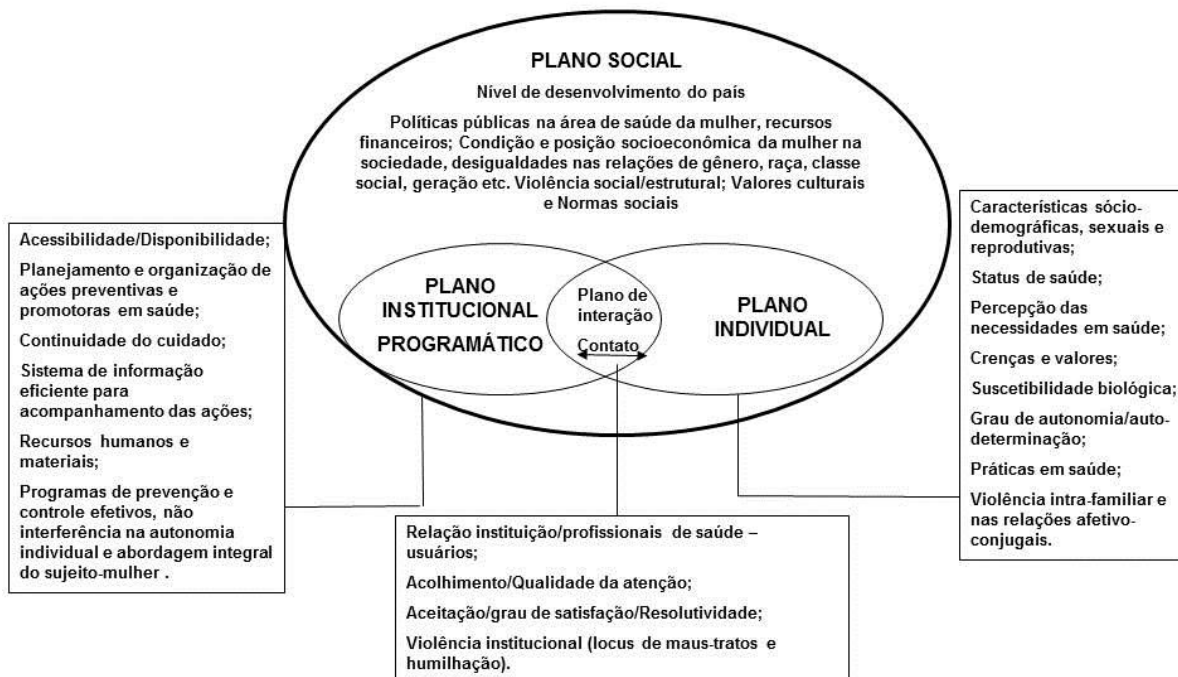
O Modelo Comportamental de Andersen é um dos modelos de uso de serviços mais completos e utilizados. Ele passou por cinco fases de atualização nas últimas décadas e considera que o uso de serviços de saúde é resultante da interação entre determinantes individuais, do contexto social, do sistema e do serviço de saúde, além da experiência prévia de utilização dos últimos. Em relação aos determinantes individuais são considerados três fatores: (1) os fatores predisponentes estão relacionados à tendência do indivíduo utilizar o serviço (idade, gênero, escolaridade, tipo de ocupação, os conhecimentos médicos e hábitos culturais); (2) os fatores capacitantes contribuem para tornar os recursos dos serviços de saúde disponíveis ao indivíduo (renda, acesso ao plano de saúde, transporte, equipamentos e equipes de saúde disponíveis); e (3) as necessidades de saúde, que dizem respeito às condições de saúde percebidas pelo usuário ou definidas pelo profissional de saúde.

Em relação ao modelo proposto por Dutton, a utilização seria um produto de características do paciente (determinantes individuais de Andersen) do prestador do cuidado (características sociodemográficas, formação, experiência e atitudes) e do sistema de saúde (organização e infraestrutura).

O modelo proposto por Evans e Stoddart, denominado de “Modelo de produção de saúde”, refere-se à saúde e ao uso de serviços de saúde. É caracterizado pela relação causal recíproca entre doença e utilização, com destaque especial à doença como responsável direta pelo consumo do serviço de saúde, ou seja, a saúde ou sua promoção não são enfatizadas como base desse modelo.

Em 2003, Pinho e França-Júnior propuseram um modelo teórico aplicado aos fatores associados ao acesso e utilização do teste Papanicolaou (Figura 3). Nesse modelo, vários fatores interligados estão associados à adesão ao protocolo de rastreamento do câncer do colo do útero, englobando, segundo os autores, os planos individual, institucional e social.

Figura 3 - Modelo teórico dos fatores associados ao acesso e utilização do teste de Papanicolaou



Fonte: Pinho e França-Júnior, 2003.

No plano individual, destacam-se os aspectos sociodemográficos, sexuais e reprodutivos e aqueles relacionados às crenças e atitudes sobre o câncer do colo do útero e o exame citopatológico.

Dentre os aspectos sociodemográficos que contribuem para a não realização do exame citopatológico pelas mulheres brasileiras, diversos autores destacaram: a faixa etária mais jovem (20 a 29 anos) e também a faixa etária mais elevada (50 anos e mais); a baixa escolaridade, a baixa renda familiar, o baixo nível socioeconômico, a cor da pele não branca (parda ou preta) e a situação conjugal (não ter um companheiro) (LOPES et al., 1995; NASCIMENTO; ELUF-NETO; REGO, 1996; DIAS-DA-COSTA et al., 1998; PINHO et al., 2003; CESAR et al., 2003; DIAS-DA-COSTA et al., 2003; QUADROS; VICTORA; DIAS-DA-COSTA, 2004; HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006; MARTINS; VALENTE; THULER, 2009; GASPERIN; BOING; KUPEK; 2011).

Os aspectos sexuais e reprodutivos, como o não uso do contraceptivo oral (NASCIMENTO; ELUF-NETO; REGO, 1996) e a ausência de problemas ginecológicos (PINHO et al., 2003), estão associados à baixa frequência de busca de assistência ginecológica, obstétrica e de planejamento familiar.

As práticas de saúde e os aspectos comportamentais estão associados à baixa realização do exame preventivo: não ter consultado o ginecologista nos últimos 12 meses (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006; GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011); nunca ter realizado mamografia, exame clínico das mamas, exames de glicemia e de colesterolemia (MARTINS; VALENTE; THULER, 2009) e comportamento tabagístico (MARTINS; VALENTE; THULER, 2009).

O conhecimento que as mulheres possuem sobre o câncer do colo do útero e sobre a finalidade do exame citopatológico é um aspecto crucial para adesão ao programa de prevenção. A decisão de uma pessoa assintomática se submeter a um teste de rastreamento, periodicamente, depende da compreensão da doença e da crença na utilidade do teste em evitá-la. Crenças fatalísticas em relação à doença, considerada incurável, e o desconhecimento sobre o papel da infecção pelo HPV e das lesões precursoras, desfavorecem a adesão às práticas, levando as mulheres a procurar a assistência médica apenas quando apresentam sintomas da doença. Vários estudos apontam que o conhecimento sobre o exame citopatológico está diretamente relacionado com a sua realização, bem como a sua periodicidade (BRENNA et al., 2001; PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003; QUADROS; VICTORA; DIAS-DA-COSTA, 2004; PINHO et al., 2003; AMORIM et al., 2006).

No plano institucional do modelo teórico de Pinho e França-Júnior (2003), aspectos relativos à organização da assistência à saúde da mulher, aos programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero, à qualidade do exame citopatológico, a existência de serviços diagnósticos e terapêuticos para mulheres com lesões precursoras são fundamentais. Outra questão relevante são as relações estabelecidas entre a instituição, o profissional de saúde e a paciente. Esse plano contempla a adequação da oferta de serviços de saúde em relação à demanda, sua acessibilidade geográfica e o planejamento de ações efetivas na prevenção e promoção da saúde.

A localização dos serviços de saúde, muitas vezes distantes das usuárias, somada a dificuldades de transporte, constitui uma barreira geográfica ao atendimento. Entraves burocráticos, dificuldades para o agendamento, remarcação de consultas por absenteísmo

médico ou greve e tempo de espera prolongado desestimulam ou exigem que as mulheres disponibilizem um tempo muito grande para conseguir o atendimento, muitas vezes tornando-o inviável devido a obrigações familiares ou de trabalho. Esses fatores interferem negativamente na credibilidade e no grau de adesão das mulheres aos serviços e programas de prevenção (BRENNA et al., 2001; PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003; QUADROS et al., 2004; PINHO et al., 2003; AMORIM et al., 2006). Um fator determinante é a adesão dos profissionais de saúde às diretrizes padronizadas para definição do método, da população-alvo e do intervalo de rastreamento. Entretanto, os desafios para a implementação de diretrizes são significativos. Nos Estados Unidos, dados obtidos por meio de pesquisa nacional realizada entre 2006 e 2007 com 1.212 médicos da assistência primária apontaram para a baixa adesão às recomendações para o rastreamento do câncer do colo do útero, representada por uso excessivo dos testes de rastreamento, em desacordo com a população-alvo e a periodicidade recomendadas (YABROFF et al., 2009). No Brasil, se examinamos os dados do SISCOLO, observamos uma baixa adesão das mulheres que frequentam as unidades de saúde do sistema público às recomendações do protocolo de controle do câncer do colo do útero. Um exemplo disso é a periodicidade preconizada para o rastreio das lesões precursoras em nosso país. Apesar do intervalo recomendado entre os exames, de três em três anos, após dois resultados negativos anuais (INCA, 2011), constata-se que mais de 70% dos exames são realizados em período menor (BRASIL, 2008), denotando repetições desnecessárias e comprometendo a efetividade do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino.

Outro aspecto fundamental do modelo refere-se à interação entre o plano institucional e o plano individual. Da relação do profissional de saúde com a paciente vai resultar o grau de aceitação e satisfação da usuária ao serviço prestado e o grau de resolutividade ao problema demandado (PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003). No caso específico do exame ginecológico, sentimentos de desconforto físico e psicológico são comuns, principalmente se o procedimento for realizado sem explicação do seu significado, de forma fria e descuidada, sem sinalização das etapas e manobras de exame. Isso pode gerar um sentimento de insatisfação, de perda de confiança, de desrespeito e até mesmo humilhação, o que pode adquirir um caráter invasivo à privacidade e à integridade corporal e induzir à rejeição dessa prática assistencial (PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003; PINHO et al., 2003).

Na prática, percebe-se que muitas mulheres que não tiveram acesso ao resultado do exame citopatológico acabaram interrompendo a continuidade da linha de cuidado (PINHO et

al., 2003; VICTOR et al., 2004; GREENWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2004; HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006; VASCONCELOS et al., 2010; VASCONCELOS et al., 2014). No estudo qualitativo de Greenwood e colaboradores (2004) foram identificados motivos para o não acesso ao resultado do exame relacionados à mulher (esquecimento, dificuldades de trabalho, financeiras e de locomoção), ao profissional de saúde (pouca interação com a paciente) e ao serviço (dificuldades de agendamento, greves, atraso na liberação do resultado do exame e falhas de comunicação). Outros estudos (estudos transversais de base populacional – PINHO et al., 2003; HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006, estudo transversal em unidade de saúde - VASCONCELOS et al., 2014 e pesquisas documentais de caráter retrospectivo em unidade de saúde - VICTOR et al., 2004; VASCONCELOS et al., 2010) encontraram fatores individuais para o não acesso: idade (mulheres jovens)³ (PINHO et al., 2003; VICTOR et al., 2004; VASCONCELOS et al., 2010; VASCONCELOS et al., 2014), baixa escolaridade (PINHO et al., 2003; HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006), baixa classe social (PINHO et al., 2003), mulheres casadas (VICTOR et al., 2004), início precoce de atividade sexual (VASCONCELOS et al., 2014) e conhecimento inadequado sobre o exame citopatológico (VASCONCELOS et al., 2014).

A baixa adesão às condutas recomendadas pelo profissional de saúde ou a abordagem inadequada desse profissional frente a um resultado alterado do exame citopatológico são alguns dos motivos determinantes para o fato de mulheres que participam de programas de rastreamento evoluírem para o câncer do colo do útero.

Na revisão sistemática conduzida por Eggleston e colaboradores (2007) foram avaliados fatores preditores de falha na adesão das mulheres ao seguimento, após resultado anormal do exame citopatológico. A maior gravidade da lesão estava associada a maiores taxas de adesão enquanto que a falta de informações adequadas ou a incompreensão sobre o significado das alterações citológicas encontradas se mostraram consistentemente associadas a menores taxas de adesão. A associação da adesão a fatores sociodemográficos foi inconsistente, contrariando os achados de outras revisões sistemáticas que encontraram associação entre raça/etnia, idade e nível socioeconômico com a não adesão (ABERCROMBIE, 2001; KHANNA; PHILLIPS, 2001; YABROFF et al., 2003; ZAPKA et al., 2010; SABATINO et al., 2012). O fatalismo e o medo de procedimentos invasivos

³ Variação de faixa etária entre os estudos – 15 a 24 anos (PINHO et al., 2003); Até 35 anos (VASCONCELOS et al., 2014) e 30 a 35 anos (VICTOR et al., 2004)

dolorosos, bem como do próprio diagnóstico de câncer têm sido associados com falhas no seguimento (ABERCROMBIE, 2001; KHANNA; PHILLIPS, 2001; YABROFF et al., 2003; PERRIN et al., 2006; EGGLESTON et al., 2007; SABATINO et al., 2012; ZAPKA et al., 2010).

Dentre os fatores relacionados aos profissionais de saúde destaca-se a importância da comunicação para as pacientes sobre o significado dos resultados alterados encontrados, os possíveis riscos, a necessidade da confirmação diagnóstica, a indicação dos procedimentos subsequentes mais acurados e do tratamento adequado (KHANNA; PHILLIPS, 2001; YABROFF et al., 2003; ZAPKA et al., 2010; SABATINO et al., 2012).

Vários estudos (ABERCROMBIE, 2001; KHANNA; PHILLIPS, 2001; YABROFF et al., 2003; SABATINO et al., 2012; ZAPKA et al., 2010) também apontaram como fatores associados à menor adesão características dos serviços e sistemas de saúde, desde a inadequação e insensibilidade às necessidades das pacientes à falta de estruturação das redes de atenção à saúde e a oferta deficitária de procedimentos de diagnóstico, tratamento e seguimento.

Finalmente, no plano social do modelo teórico encontram-se fatores como o nível de desenvolvimento do país, políticas econômicas e de saúde pública, *status* da mulher na sociedade, relações de desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. Os planos individual e institucional são fortemente influenciados por aspectos inerentes ao plano social (PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003; AMORIM et al., 2006).

Com o objetivo de orientar a análise dessa tese foi desenvolvido um modelo teórico-conceitual para o não acesso ao resultado do exame. Optamos por empregar o modelo de primeira fase (ANDERSEN, 1968) por entender que o mesmo se adequa ao problema em estudo e ao conjunto de variáveis disponíveis para a operacionalização dos construtos considerados no modelo.

2 JUSTIFICATIVA

Desde os anos 80, o município do Rio de Janeiro implantou ações de controle do câncer do colo do útero na rede de atenção básica. Em 1996, foi um dos cinco municípios que participou do programa piloto “Viva Mulher” (INCA, 2002). Desde 2000, mais de 200.000 exames citopatológicos têm sido realizados pelo SUS, por ano, no município (BRASIL, 2008). No inquérito realizado pelo INCA em 2002, 83,5% das mulheres de 25 a 59 anos relataram ter realizado pelo menos um exame citopatológico nos últimos três anos. Destes, apenas 32,0% foram realizados na rede SUS (INCA, 2004).

Apesar desse panorama, o município ainda apresenta uma das maiores taxas de incidência (estimativa para 2014, 16,8/100.000 mulheres) (INCA, 2014b) e de mortalidade (em 2012, 5,4/100.000 mulheres) por câncer do colo do útero no país (INCA, 2014a).

Para o programa ser efetivo se faz necessário que a cobertura seja elevada e que o tratamento das lesões detectadas seja realizado. Uma etapa essencial para o tratamento oportuno é o acesso aos resultados de exames. Pouco se conhece sobre esse aspecto. Esse trabalho busca avaliar a proporção de mulheres que não tiveram acesso ao resultado do exame citopatológico, assim como investigar os fatores associados ao não acesso aos resultados do exame.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Investigar os fatores associados ao não acesso ao resultado do exame citopatológico em uma amostra de mulheres residentes no município do Rio de Janeiro, usuárias do SUS, usando como referência o modelo de uso de serviços proposto por Andersen (ANDERSEN, 1968).

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Identificar o perfil das pacientes que não tiveram acesso ao resultado do seu exame citopatológico na rede SUS do município do Rio de Janeiro;

3.2.2 Investigar se os fatores predisponentes selecionados (idade, escolaridade, raça/cor, conhecimento sobre o exame citopatológico e periodicidade de realização) das pacientes que foram submetidas ao exame citopatológico na Rede SUS do município do Rio de Janeiro estão associados ao não acesso ao resultado do exame;

3.2.3 Investigar se os fatores capacitantes selecionados (atividade remunerada, tempo para chegar à unidade de saúde, dificuldade na marcação da consulta, avaliação da paciente em relação ao profissional que realizou a coleta do exame citopatológico e informação na consulta sobre quando buscar o resultado do exame citopatológico) das pacientes que foram submetidas ao exame citopatológico na Rede SUS do município do Rio de Janeiro estão associados ao não acesso ao resultado do exame;

3.2.4. Investigar se a necessidade em saúde (motivo da consulta) das pacientes que foram submetidas ao exame citopatológico na Rede SUS do município do Rio de Janeiro está associada ao não acesso ao resultado do exame;

3.2.5 Estimar a proporção de mulheres que não tiveram acesso ao resultado do seu exame citopatológico na rede SUS do município do Rio de Janeiro.

4 METODOLOGIA

4.1 Base populacional e população de estudo

Os dados deste estudo são provenientes de um inquérito de base populacional realizado em 2010, com mulheres de 18 anos e mais que realizaram o exame citopatológico pelo SUS no município do Rio de Janeiro (detalhes no Anexo I).

A partir do cadastro do ano de 2007 do Serviço Integrado Tecnológico em Citologia (SITEC/INCA) foi desenhada uma amostra probabilística por conglomerados com dois estágios de seleção, sendo o primeiro estágio composto pelas unidades de saúde e o segundo estágio, pelas mulheres submetidas ao exame citopatológico. Essas unidades foram distribuídas pelas 10 coordenações de planejamento (CAP). Foram selecionadas, inicialmente, 2.361 mulheres. O trabalho de campo, por razões logísticas, só foi iniciado em 2010. Nessa ocasião, inconsistências no cadastro de endereço e fatores como mobilidade urbana (levando em conta o intervalo de três anos), foram os principais fatores que implicaram em uma perda de 36,7% das mulheres.

Devido à possibilidade das mulheres terem sido submetidas a novos exames citopatológicos no espaço de tempo entre a elaboração da amostra e o início do trabalho de campo, optou-se por obter informações sobre o último exame realizado. Um fato observado no estudo foi que uma informante selecionada a partir de uma determinada unidade realizou esse último exame em outra unidade de saúde do SUS ou mesmo na rede privada. No processo de análise foi observado que 17,9% fizeram o exame numa nova unidade da mesma CAP e 5,6% das mulheres o fizeram numa nova unidade de outra CAP. Sendo assim, as probabilidades de seleção das unidades de saúde e das pacientes foram automaticamente alteradas, impossibilitando o processo de expansão estabelecido na amostra inicial. Em consequência desse processo, a amostra tornou-se não probabilística.

Em relação ao perfil das mulheres que não foram entrevistadas, as únicas informações disponíveis para comparar com o perfil das entrevistadas foram: idade, CAP e unidade de saúde. A distribuição etária mostrou as seguintes diferenças: entrevistadas (média de idade = 41 anos, erro-padrão de 0,47) e não entrevistadas (média de idade = 39 anos; erro-padrão de 0,53). O teste para diferença de médias foi significativo (valor de $p < 0,01$). A perda mediana

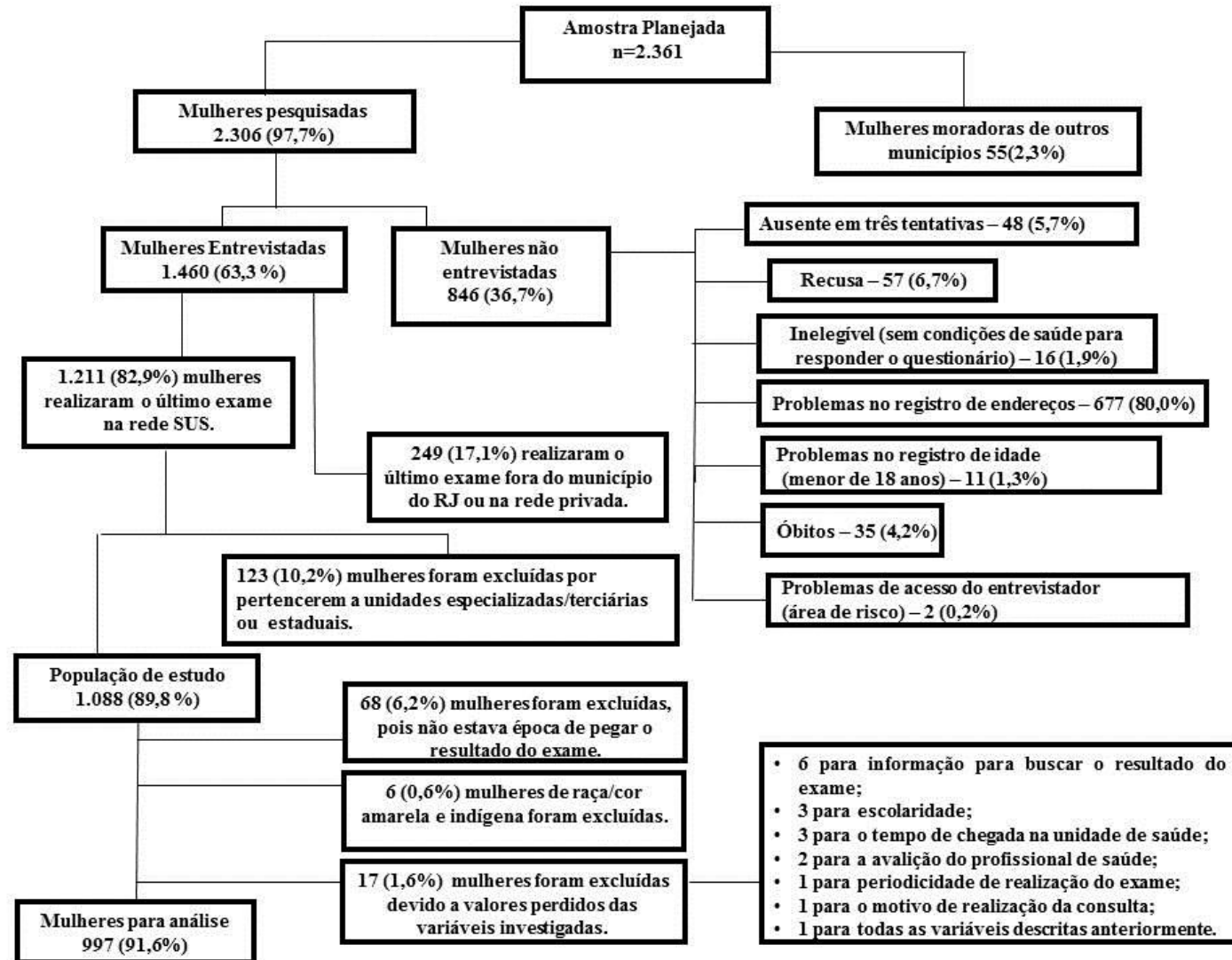
por CAP ficou em torno de 10,0% e a perda máxima foi de 15,5% devido a um problema de acesso na ocasião, a algumas comunidades (Morro de Alemão e Vila Cruzeiro).

Tendo em vista todos esses fatos, a população de estudo que foi objeto dessa análise foi composta por mulheres que foram selecionadas a partir do desenho inicial, que realizaram o seu último exame citopatológico na rede SUS do município do Rio de Janeiro e que foram entrevistadas.

4.2 Panoramas da pesquisa e da população de análise

Em relação à amostra inicial (2.361 mulheres), foram excluídas 55 porque se verificou, posteriormente, que, na realidade, não residiam no município do Rio de Janeiro, restando 2.306. Das mulheres pesquisadas, 1.460 (63,3%) deram entrevistas. Mas, nesse grupo, apenas 1.088 fizeram o último exame citopatológico na rede SUS do município do Rio de Janeiro, em unidades primárias e secundárias que forneciam as lâminas para o SITEC. Sessenta e oito mulheres não retornaram para pegar o resultado do exame, pois o mesmo ainda estava dentro do prazo de entrega, resultando numa amostra de 1.020 mulheres. Dezesete mulheres foram excluídas devido à ausência de informação sobre as variáveis de estudo e seis de raça/cor indígena ou amarela, resultando em 997 mulheres para análise (Figura 4).

Figura 4 - Percentual de resposta das mulheres selecionadas para a pesquisa e população de análise



4.3 Modelo teórico para análise - Modelo Comportamental de Andersen

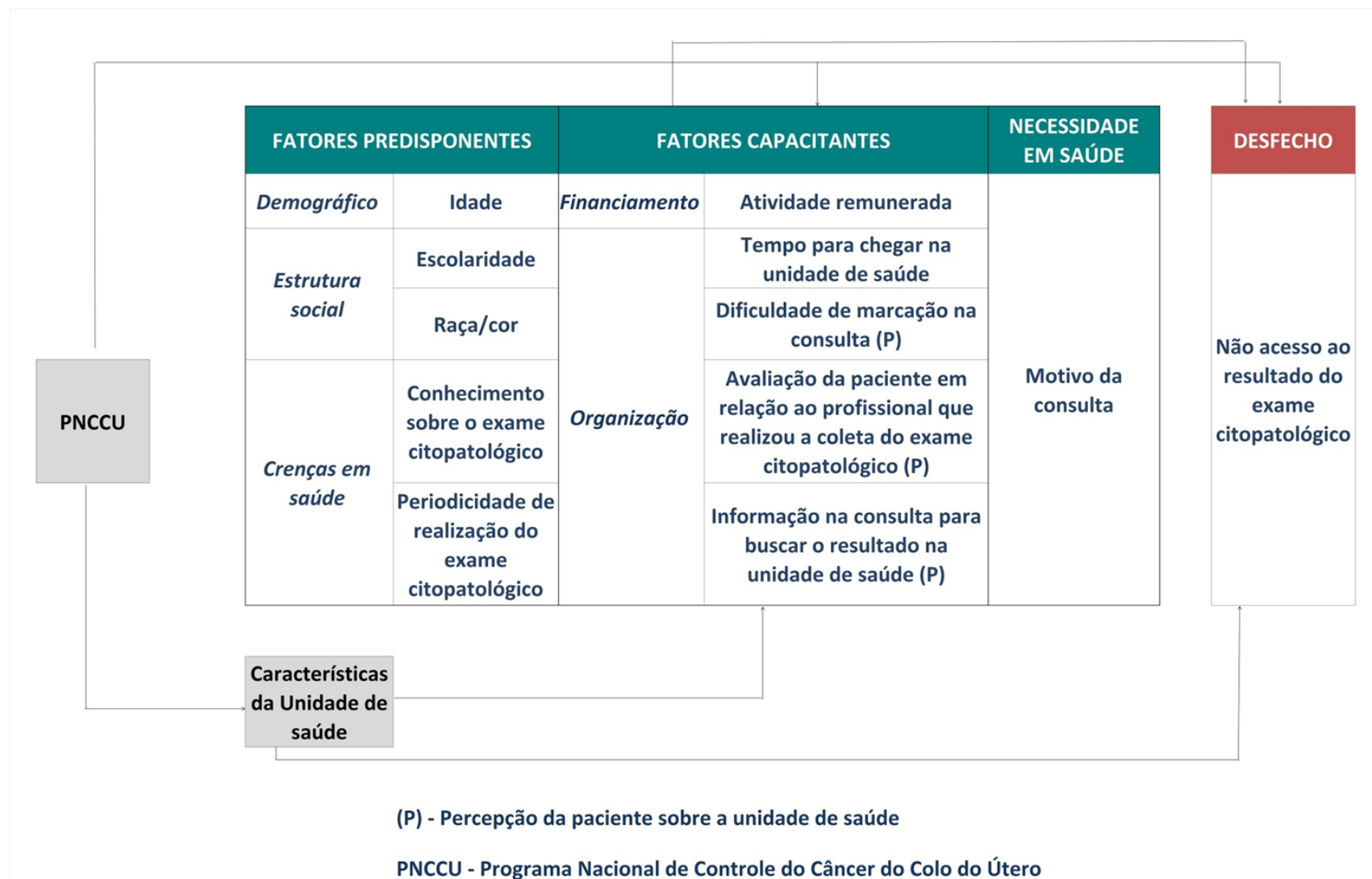
A Figura 5 apresenta o modelo de Andersen adaptado ao desfecho do estudo (o não acesso ao resultado do exame citopatológico), sendo avaliadas as seguintes variáveis:

- a) fatores predisponentes: idade, escolaridade, conhecimento sobre o exame citopatológico e a periodicidade de realização do exame citopatológico;
- b) fatores capacitantes: atividade remunerada, tempo para chegar à unidade de saúde, dificuldade de marcação da consulta, a informação na consulta sobre quando buscar o resultado do exame citopatológico e avaliação da paciente em relação ao profissional que realizou a coleta do exame citopatológico. As variáveis relacionadas com as unidades de saúde refletem as percepções das usuárias sobre as características e o processo de funcionamento das mesmas;
- c) necessidade em saúde: motivo da consulta.

O programa nacional de controle do câncer do colo do útero (PNCCU) e a unidade de saúde interagem com todos os demais fatores. Foram inseridas no modelo contextual, apesar de não mensuradas. Nessa proposta, estão sendo desconsiderados os laços de *feedback*.

Cabe ressaltar que os fatores predisponentes do modelo de Andersen se equivalem aos fatores descritos ao plano individual proposto pelo o modelo teórico de Pinho e Franca-Júnior (2003), bem como os fatores capacitantes ao plano organizacional e ao plano de interação (unidade de saúde/profissional de saúde e usuárias).

Figura 5 - Modelo de Andersen adaptado às variáveis de estudo



4.4 Variáveis do estudo

4.4.1 Variável resposta (*desfecho*)

A variável de desfecho do estudo foi “*O não acesso ao resultado do último exame preventivo*”: 1=sim; 0=não.

A variável de desfecho foi composta pelas seguintes perguntas (ver o Anexo II – Questionário individual):

- 35. A Sra. pegou o resultado desse exame preventivo? (Sim ou não)
- 47. Por que motivo a Sra. não pegou o resultado do seu exame preventivo? (Múltiplas opções).

Foram excluídas da análise as pacientes cujos exames não estavam na época de obter o resultado.

4.4.2 Variáveis explicativas

As variáveis explicativas referentes às informantes foram divididas em três blocos, conforme o modelo de Andersen descrito anteriormente: a) fatores predisponentes; b) fatores capacitantes e c) necessidade em saúde.

a) Fatores predisponentes

Idade - idade da informante em anos completos na data da entrevista, distribuída em faixas (18 a 24 anos, 25 a 59 anos ou 60 e mais);

Escolaridade - série ou período que a informante efetivamente concluiu e o grau correspondente, até o dia da entrevista, que foi transformada em anos de estudo e distribuída em duas faixas: 0 a 7 anos ou 8 anos e mais;

Raça/cor - cor ou raça referida pela própria informante no momento da entrevista, distribuída em três categorias (branca, parda ou preta). Foram excluídas desse conjunto de mulheres aquelas que referiram raça/cor amarela ou indígena (6).

Conhecimento sobre o exame citopatológico - a informante sabe que o exame citopatológico serve para a prevenção do câncer do colo do útero. Essa variável foi construída pela composição de duas perguntas: 17. A Sra. sabe para que serve o exame preventivo? (Sim ou não) e 18. A Sra. poderia me dizer, quais os problemas que o exame preventivo é capaz de identificar? (câncer do colo do útero, inflamações, infecções, DSTs e outros). Esta variável foi categorizada da seguinte maneira: Sim (sim para pergunta 17 e sim para câncer do colo do útero na pergunta 18) e Não (caso contrário).

Periodicidade de realização do exame citopatológico - categorizado em duas faixas: com intervalo até três anos ou com intervalo maior que três anos.

b) Fatores de capacitação

Atividade remunerada - trabalha ou tem atividade remunerada no momento da entrevista - sim ou não.

Tempo para chegar à unidade de saúde - em minutos, categorizado em três faixas: até 10, mais de 10 até 30 ou mais de 30.

Dificuldade de marcação da consulta - a pergunta original (51) tem quatro categorias: tem muita dificuldade para marcar a consulta, consegue marcar logo a consulta; não precisa marcar (acesso direto) ou outra situação. Foi dicotomizada, sendo sim (tem muita dificuldade) ou não (caso contrário). Não houve frequência para outra situação.

Avaliação da paciente em relação ao profissional que realizou a coleta do exame citopatológico - nota de 0 (nada satisfeita) a 10 (muito satisfeita), categorizada em três faixas: 0 a 6, 7 a 8 a 9 a 10. Apesar de sua origem contínua, não apresentou linearidade no *logit* e devido a sua distribuição de frequência, foi categorizada no seguinte sentido (0 a 6 – ruim a regular, 7 a 8 – boa nota e 9 a 10 – excelente).

Informação na consulta sobre quando buscar o resultado do exame citopatológico - classificada em três categorias: sim, ele (ela) marcou a data para pegar o resultado; sim, mas ele (ela) não marcou a data para pegar o resultado; não.

c) Necessidade em saúde

Motivo da consulta - classificada em duas categorias: exame de rotina ou algum problema ginecológico. Foram considerados como exames de rotina: exames pré-natais, exames preventivos para câncer e planejamento familiar.

4.5 Processamento de dados

Após a digitação e armazenamento dos dados no aplicativo Epi-info, versão 6.0 (USA Centers for Disease Control and Prevention) foi realizada análise de consistência do banco para verificação de possíveis erros de digitação.

4.6 Plano de análise

Inicialmente foi realizada a análise exploratória das variáveis para a verificação de incoerências e valores discrepantes (*outliers*). Para variáveis categóricas foram utilizadas tabelas de frequências simples e bivariadas. Em relação às variáveis contínuas, foram utilizadas as medidas de posição e tendência central (média, moda, mediana, primeiro quartil e terceiro quartil); medida de dispersão (coeficiente de variação), além da representação gráfica (histogramas e *boxes plots*).

O percentual de não acesso ao resultado foi estimado e os motivos referidos pelas pacientes (Quesito 47, questionário individual – Anexo III) foram apresentados e agrupados em três categorias: motivos relacionados à unidade de saúde, motivos relacionados ao profissional de saúde que realizou o atendimento e motivos relacionados à usuária (PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003; GREENWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006).

Também foram calculados os percentuais das variáveis de estudo em relação à variável desfecho. Para medir o grau de associação entre as variáveis preditoras e o desfecho foram estimadas razões de prevalências brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de

confiança de 95% ($IC_{95\%}$) por meio do modelo de regressão de log-binomial, que fornece diretamente as razões de prevalência (ZOCCHETTI; CONSONNI; BERTAZZI, 1997; BARROS; HIRAKATA, 2003).

Para cada variável de estudo (exposição) analisada, foram construídos diagramas causais (DAGS - *Directed Acyclic graph*) visando identificar o conjunto mínimo de fatores de confusão que deveriam ser ajustados. O interesse foi estimar o efeito total dessas variáveis, ou seja, não foi realizado ajuste para variáveis mediadoras. Nas figuras 6 a 14 são apresentados os diagramas causais, assim como a descrição do conjunto mínimo de variáveis que foi selecionado para o ajuste. Os diagramas causais, representados pelos DAGS, consistem numa abordagem com base num modelo teórico de representação da relação causal, orientando sobre as variáveis de confusão a controlar obtendo, desse modo, medidas de associação menos enviesadas (GREENLAND; PEARL; ROBINS, 1999; SHRIER; PLATT, 2008).

O software estatístico utilizado para a análise de dados foi o STATA 12.0 (STATACORP, 2011) e a para a construção dos DAGS foi usada a ferramenta gráfica *DAGitty* (TEXTOR; HARDT; KNUPPEL, 2011; KNUPPEL; STANG, 2010).

4.6.1 Gráficos Acíclicos Direcionados (*Directed Acyclic Graph* - DAG)

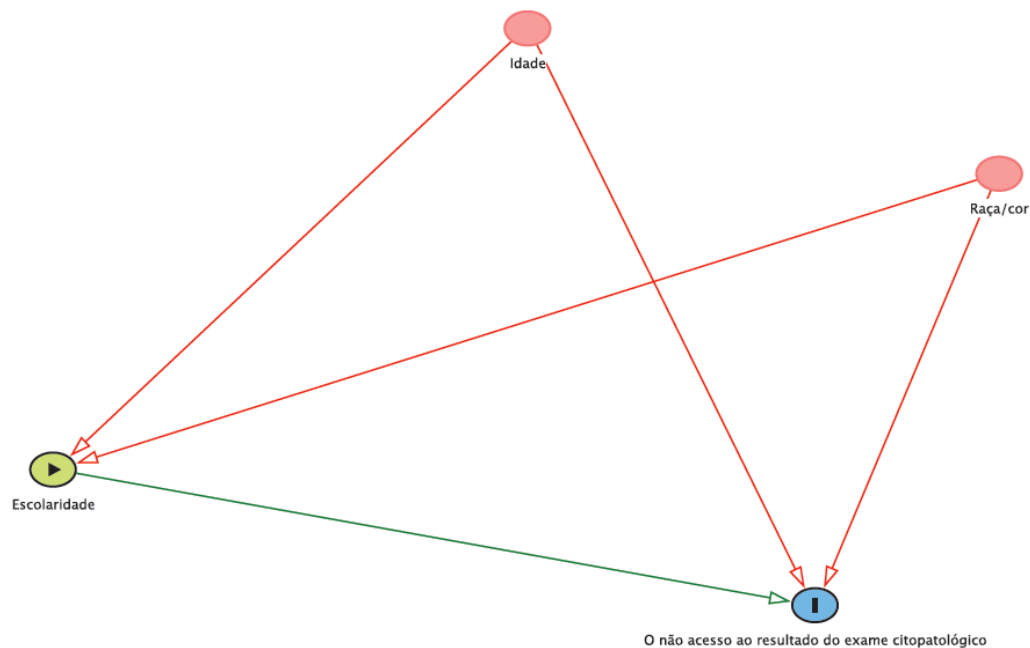
Nos diagramas abaixo a variável de exposição será representada em verde, a variável desfecho, em azul, os fatores potenciais de confusão, em vermelho e os fatores não mensurados, em cinza.

a) **Escolaridade**

Conjunto mínimo de variáveis para estimar o efeito total da Escolaridade sobre o Não acesso ao resultado do exame citopatológico:

- {Idade, Raça/cor}

Figura 6 - DAG sobre escolaridade.



Justificativa da entrada das variáveis no DAG:

Escolaridade – está relacionada diretamente ao não acesso ao resultado do exame por dois motivos: compreensão da importância do resultado do exame citopatológico e compreensão da orientação fornecida pelo profissional de saúde.

Idade – está relacionada diretamente ao não acesso devido à susceptibilidade a doenças, periodicidade de realização do exame, experiência de vida e questões de acesso à unidade. A idade está relacionada à escolaridade.

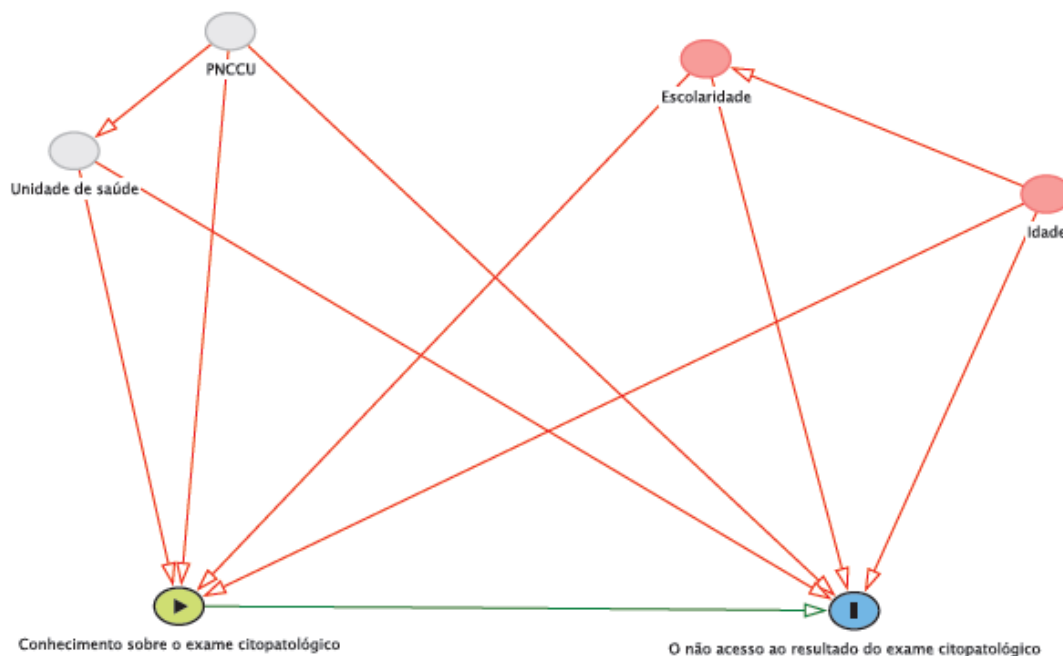
Raça/cor – está relacionada diretamente ao não acesso devido às questões de racismo que podem interferir no atendimento. Além disso, está associada à escolaridade. Mulheres de raça/cor preta têm menos acesso à escolaridade e renda.

b) Conhecimento sobre o exame citopatológico

Conjunto mínimo de variáveis para estimar o efeito total do Conhecimento sobre o exame citopatológico sobre O não acesso ao resultado do exame citopatológico:

- {Escolaridade, Idade}

Figura 7 - DAG sobre o conhecimento sobre o exame citopatológico



Justificativa da entrada das variáveis no DAG:

Conhecimento sobre o exame citopatológico – está relacionado diretamente ao não acesso, pois o conhecimento sobre o papel do exame pode influenciar no processo de busca (crenças sobre a doença, susceptibilidade, benefícios e eficácia da ação preventiva).

Escolaridade – está relacionada diretamente ao não acesso devido à compreensão sobre o exame citopatológico e a explicação do profissional de saúde durante a consulta.

Idade – está relacionada diretamente ao não acesso devido à susceptibilidade a doenças, periodicidade de realização do exame e questões de acesso à unidade. A idade está relacionada à escolaridade.

PNCCU (não mensurável) – tem influência nas unidades de saúde pois define normas e diretrizes para as ações de controle do câncer do colo do útero no sistema de saúde em todo o território nacional. Está relacionado ao conhecimento sobre o exame (divulgação de campanhas) e tem ligação direta com o desfecho.

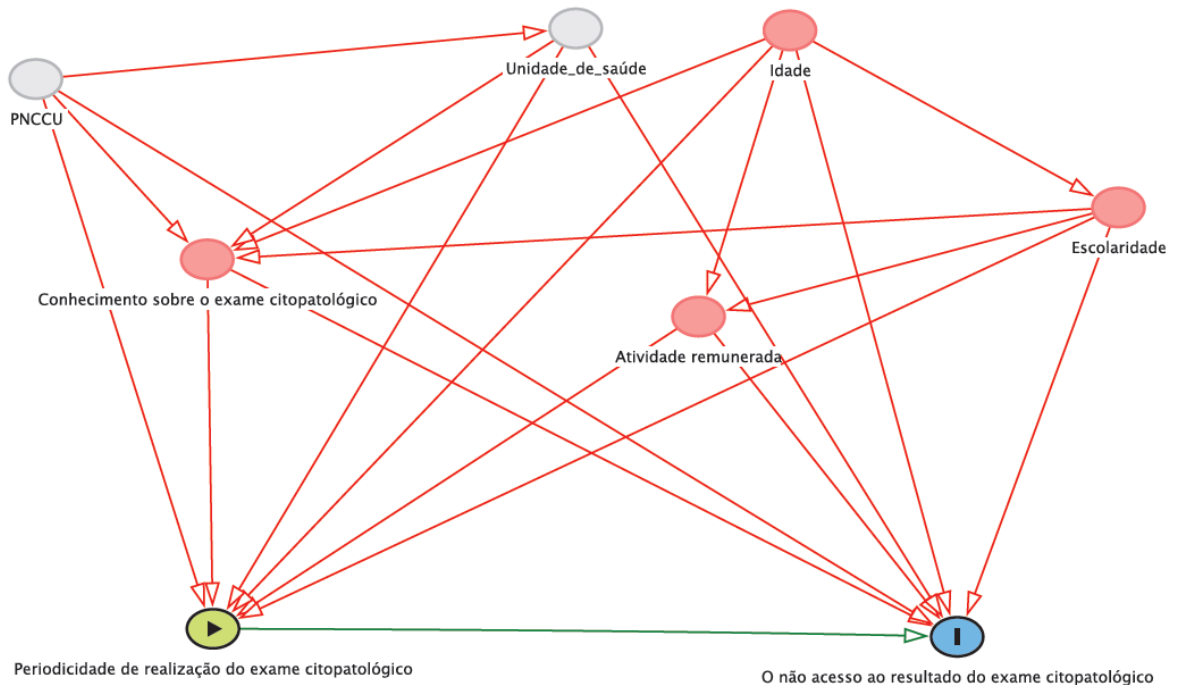
Unidade de saúde (não mensurável) – a estrutura e funcionamento têm influência no não acesso ao resultado do exame. Além disso, está relacionado ao conhecimento da paciente com o exame devido às formas de divulgação (orientação na consulta, palestras, programa de planejamento familiar, etc.).

c) Periodicidade de realização do exame citopatológico

Conjunto mínimo de variáveis para estimar o efeito total da Periodicidade de realização do exame citopatológico sobre o Não acesso ao resultado do exame citopatológico:

- {Atividade remunerada, Conhecimento sobre o exame citopatológico, Escolaridade, Idade}

Figura 8 - DAG sobre a periodicidade de realização do exame citopatológico



Justificava da entrada das variáveis no DAG:

Periodicidade de realização do exame citopatológico - está relacionada diretamente ao não acesso devido à experiência e percepção da paciente sobre o risco da doença.

Idade – está relacionada diretamente ao não acesso devido à susceptibilidade a doenças, periodicidade de realização do exame e questões de acesso à unidade. A idade está relacionada à escolaridade, ao conhecimento e à atividade remunerada.

Escolaridade – está relacionada diretamente ao não acesso. Influencia o conhecimento sobre o exame citopatológico, a atividade remunerada (maior escolaridade possibilidade mais acesso as atividades remuneradas) e na periodicidade de realização do exame (no sentido da compreensão).

Atividade remunerada – está relacionada diretamente ao não acesso, devido às questões de tempo (liberação do trabalho) e as questões financeiras (acesso a transporte). Por causas dessas questões tem influência na periodicidade do exame.

PNCCU (não mensurável) – tem influência nas unidades de saúde pois define normas e diretrizes para as ações de controle do câncer do colo do útero no sistema de saúde em todo o território nacional. Está relacionado ao conhecimento (divulgação de campanhas) e à periodicidade do exame e tem ligação direta com o desfecho.

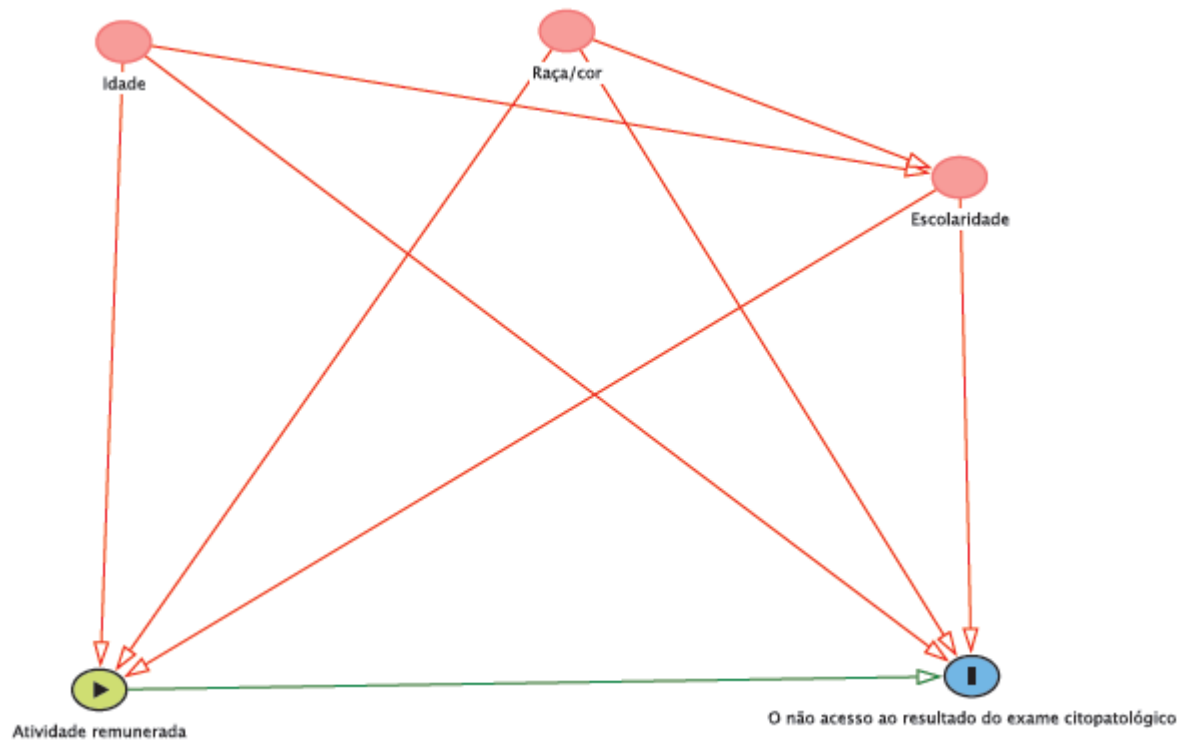
Unidade de saúde (não mensurável) – a estrutura e funcionamento têm influência no não acesso. Além disso, está relacionado ao conhecimento da paciente sobre o exame devido às formas de divulgação (orientação na consulta, palestras, programa de planejamento familiar etc.) e à periodicidade do exame e tem ligação direta com o desfecho.

d) **Atividade remunerada**

Conjunto mínimo de variáveis para estimar o efeito total da Atividade remunerada sobre O não acesso ao resultado do exame:

- {Escolaridade, Idade, Raça/cor}

Figura 9 - DAG sobre atividade remunerada



Justificava da entrada das variáveis no DAG:

Atividade remunerada – está relacionada diretamente ao não acesso, devido às questões de tempo (liberação do trabalho) e às questões financeiras (acesso a transporte).

Idade – está relacionada diretamente ao não acesso. A idade está relacionada à escolaridade e à atividade remunerada.

Escolaridade – está relacionada diretamente ao não acesso e à atividade remunerada. Quanto maior a escolaridade, maior a possibilidade de acesso à atividade remunerada.

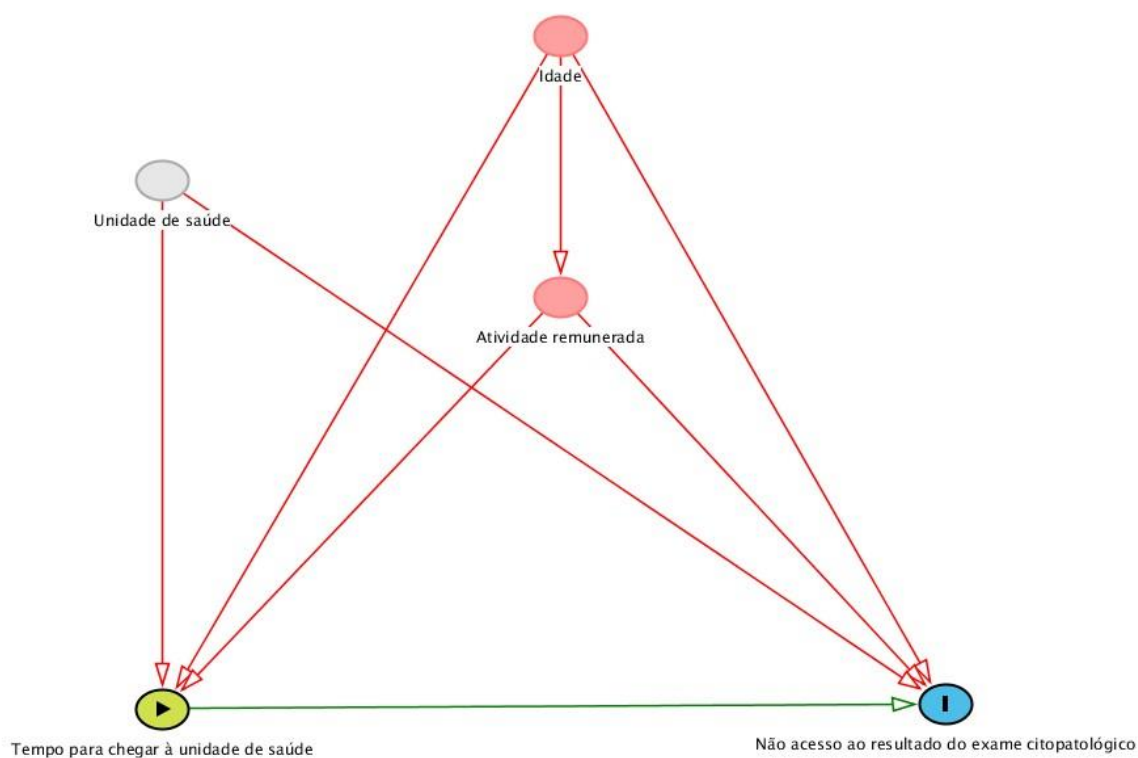
Raça/cor – está relacionada diretamente ao não acesso devido às questões de racismo que podem interferir no atendimento. Além disso, está ligada com a escolaridade. Mulher de raça/cor preta tem menos acesso à atividade remunerada.

e) **Tempo para chegar à unidade de saúde**

Conjunto mínimo de variáveis para estimar o efeito total do Tempo para chegar à unidade de saúde sobre O não acesso ao resultado do exame citopatológico:

- {Atividade remunerada, Idade}

Figura 10 - DAG sobre o tempo de chegar à unidade de saúde



Justificativa da entrada das variáveis no DAG:

Tempo para chegar à unidade de saúde – está relacionada ao não acesso ao resultado devido às questões de acessibilidade à unidade onde realizou o exame.

Idade – está relacionada diretamente ao não acesso e tem influência na atividade remunerada e no tempo para chegar à unidade (acesso de mulheres com idade mais avançadas ou com dificuldade de locomoção).

Atividade remunerada – está relacionada diretamente ao não acesso e ao tempo para chegar à unidade devido a questões financeiras.

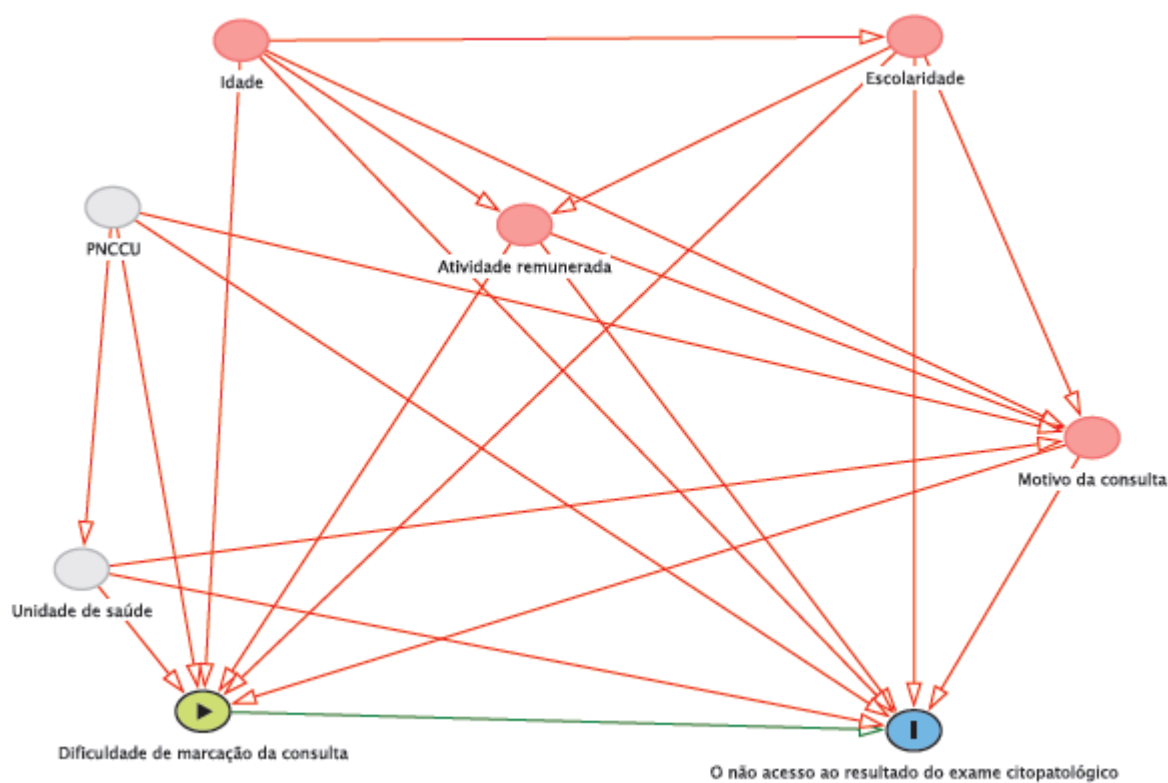
Unidade de saúde (não mensurável) – a estrutura e funcionamento têm influência no não acesso. Além disso, está relacionada ao tempo para chegar à unidade devido à acessibilidade.

f) **Dificuldade de marcação da consulta**

Conjunto mínimo de variáveis para estimar o efeito total da Dificuldade de marcação da consulta sobre O não acesso ao resultado do exame:

- {Atividade remunerada, Escolaridade, Idade, Motivo da consulta}

Figura 11 - DAG sobre a dificuldade de marcação da consulta



Justificava da entrada das variáveis no DAG:

Dificuldade de marcação da consulta – está relacionada ao não acesso ao resultado devido a questões de acesso ao profissional de saúde, principalmente se o resultado for entregue

somente durante a consulta. Além disso, seria uma *proxy* da organização da unidade em relação à demanda/atendimento.

Idade – está relacionada diretamente ao não acesso e tem influência na escolaridade, na atividade remunerada, na escolaridade, no motivo da consulta (faixa etária do programa e susceptibilidade biológica). Em relação à dificuldade de marcação da consulta, está relacionada à questão do acesso das mulheres com idades mais avançadas.

Escolaridade – está relacionada diretamente ao não acesso da consulta e às demais variáveis individuais. A relação com a variável dificuldade de marcação da consulta refere-se às questões de compreensão no momento da consulta ou em outro setor de atendimento.

Atividade remunerada – está relacionada diretamente ao não acesso e à disponibilidade de marcação da consulta (liberação do trabalho e falta de tempo).

Motivo da consulta – está relacionado diretamente com o não acesso. O motivo da consulta pode influenciar na disponibilidade de marcação.

PNCCU (não mensurável) – tem influência nas unidades de saúde pois define normas e diretrizes para as ações de controle do câncer do colo do útero no sistema de saúde em todo o território nacional. Está relacionada diretamente ao não acesso. A adesão às diretrizes de forma não adequada pode prejudicar o acesso das usuárias na unidade de saúde.

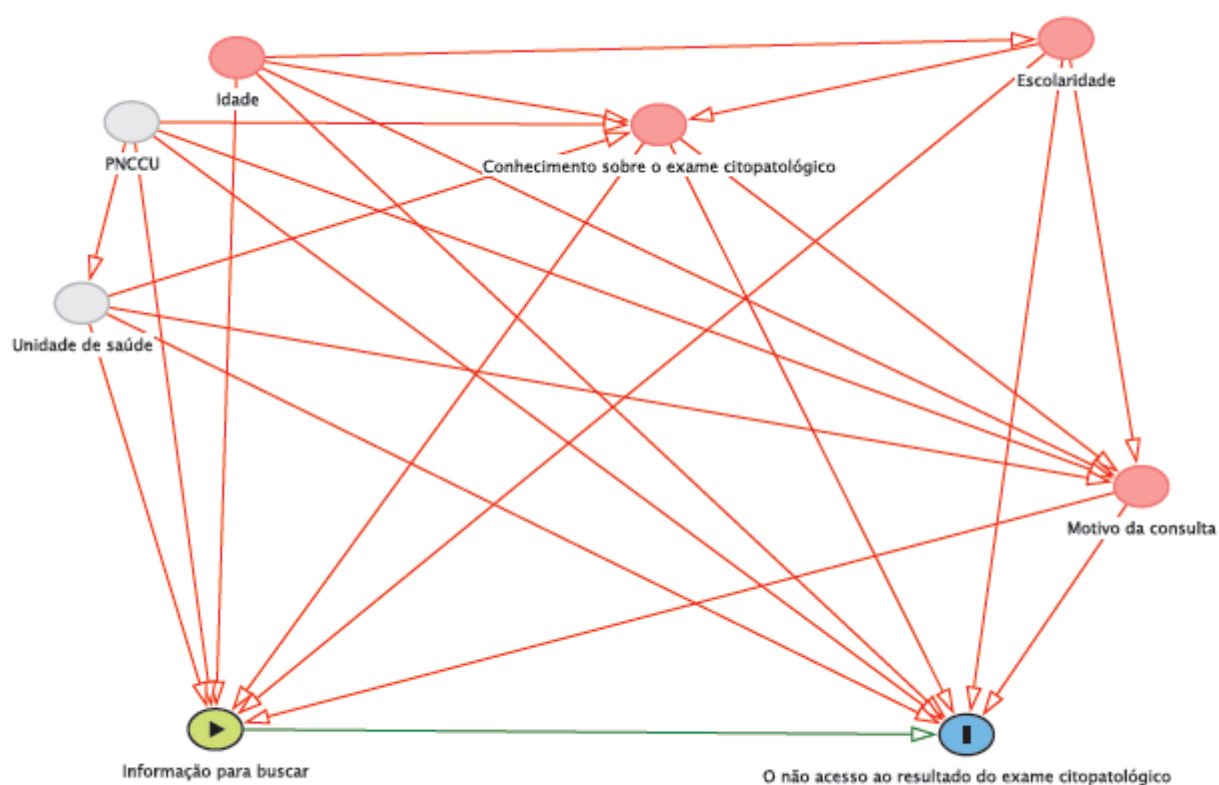
Unidade de saúde (não mensurável) – a estrutura e funcionamento têm influência no não acesso ao resultado do exame. Além disso, está fortemente relacionada à dificuldade de marcação da consulta devido à organização e à disponibilidade de vagas nas unidades.

g) **Informação na consulta sobre quando buscar o resultado do exame citopatológico**

Conjunto mínimo de variáveis para estimar o efeito total da Informação para buscar sobre O não acesso ao resultado do exame citopatológico:

- {Conhecimento sobre o exame o preventivo, Escolaridade, Idade, Motivo da consulta}

Figura 12 - DAG sobre informação na consulta sobre quando buscar o resultado do exame na unidade de saúde



Justificativa da entrada das variáveis no DAG:

Informação na consulta sobre quando buscar o resultado do exame citopatológico – está relacionada ao não acesso ao resultado devido à falta de orientação na consulta.

Idade – está relacionada diretamente ao não acesso e tem influência na escolaridade, no conhecimento do exame citopatológico e no motivo da consulta. Em relação à informação está relacionada no sentido da compreensão das orientações recebidas na consulta.

Escolaridade – está relacionada diretamente ao não acesso da consulta e às demais variáveis individuais. A relação com a variável dificuldade de marcação da consulta refere-se às questões de compreensão no momento da consulta ou fornecidas por outro setor de atendimento.

Motivo da consulta – está relacionado diretamente ao não acesso. O motivo da consulta pode influenciar na disponibilidade de marcação.

PNCCU (não mensurável) – tem influência nas unidades de saúde, pois define normas e diretrizes para as ações de controle do câncer do colo do útero no sistema de saúde em todo o território nacional. Está relacionada diretamente com o não acesso. A adesão às diretrizes de forma inadequada podem prejudicar o acesso das usuárias na unidade de saúde.

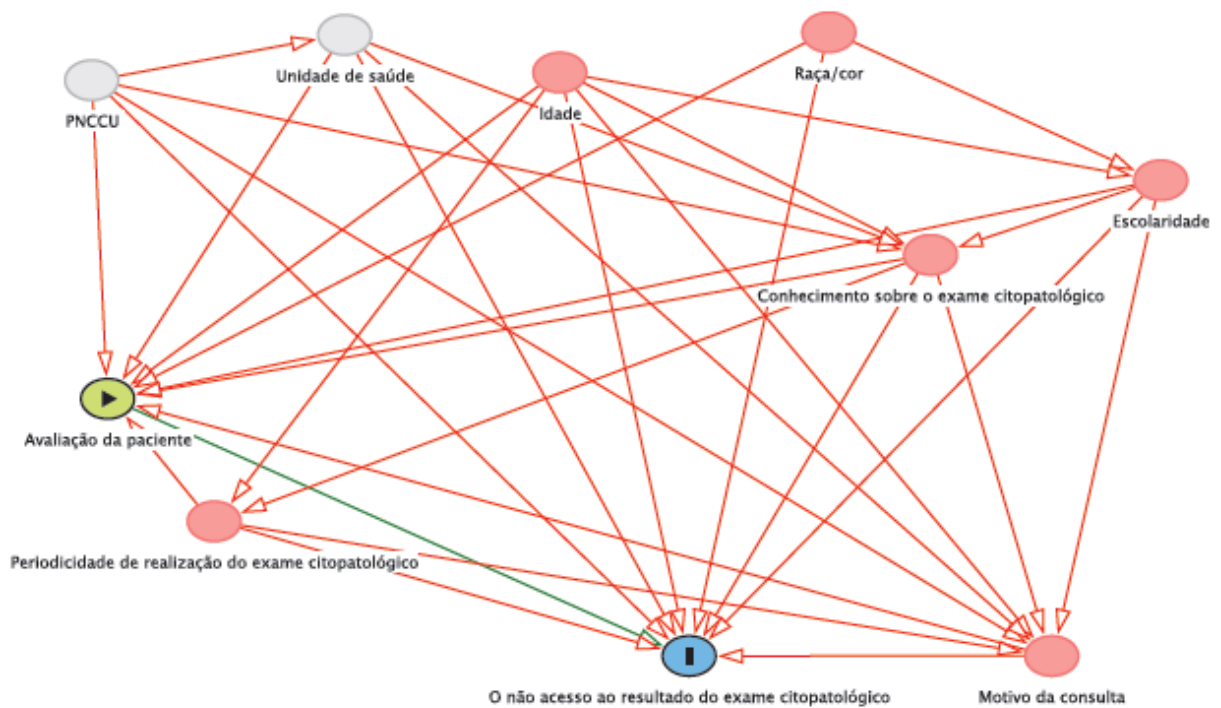
Unidade de saúde (não mensurável) – a estrutura e funcionamento têm influência no não acesso ao resultado do exame. Além disso, está fortemente relacionada à informação para buscar o resultado devido à organização e à disponibilidade de vagas nas unidades.

h) Avaliação da paciente em relação ao profissional que realizou a coleta do exame citopatológico

Conjunto mínimo de variáveis para estimar o efeito total da Avaliação da paciente sobre O não acesso ao resultado do exame:

- {Conhecimento sobre o exame, Escolaridade, Idade, Motivo da consulta, Periodicidade do exame citopatológico, Raça/cor}

Figura 13 - DAG sobre avaliação da paciente em relação ao profissional que realizou a coleta do exame citopatológico



Justificativa da entrada das variáveis no DAG:

Avaliação da paciente em relação ao profissional que realizou a coleta do exame citopatológico – está relacionada ao não acesso devido à qualidade do atendimento prestado pelo profissional de saúde.

Idade – está relacionada diretamente ao não acesso. Influencia no conhecimento sobre o exame citopatológico, na periodicidade de realização do exame e no motivo da consulta. Em relação à avaliação está associada à percepção da paciente pela experiência de vida acumulada.

Raça/cor – está relacionada diretamente ao não acesso. O racismo pode interferir na qualidade do atendimento prestado pelo profissional de saúde e de outros funcionários da unidade e influenciar na avaliação da usuária.

Escolaridade – está relacionada diretamente ao não acesso da consulta e está relacionada com às demais variáveis individuais. Em relação à avaliação, está associada no sentido do grau de exigência da usuária relacionado ao seu nível de escolaridade.

Conhecimento sobre o exame citopatológico - _está_ relacionado diretamente ao não acesso e à periodicidade de realização do exame citopatológico. Em relação à avaliação, está associado à percepção da paciente através do seu conhecimento.

Periodicidade de realização do exame citopatológico – _está_ relacionada diretamente ao não acesso. Em relação à avaliação, está associada à experiência acumulada da paciente com a realização do exame citopatológico.

Motivo da consulta – está relacionado diretamente ao não acesso. O motivo da consulta pode influenciar na avaliação.

PNCCU (não mensurável) – tem influência nas unidades de saúde, pois define normas e diretrizes para as ações de controle do câncer do colo do útero no sistema de saúde em todo o território nacional. Está relacionada diretamente com o não acesso. Profissionais que aderem às diretrizes adequadamente podem influenciar no atendimento e, posteriormente, na avaliação da paciente.

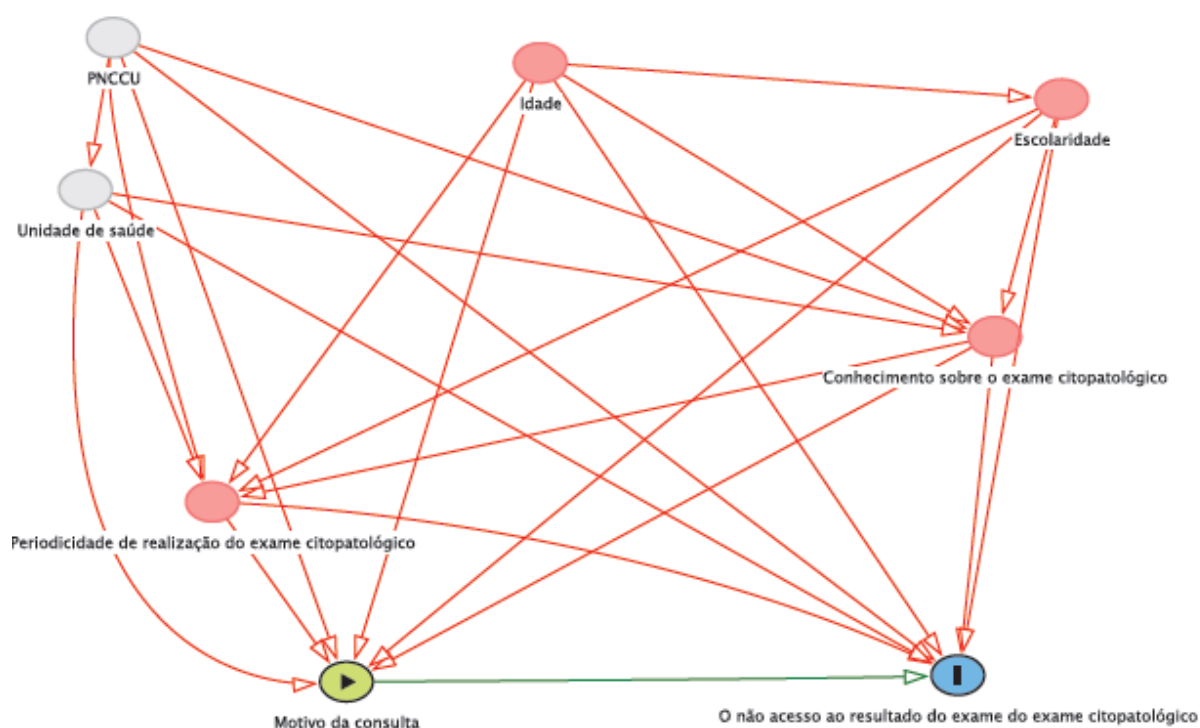
Unidade de saúde (não mensurável) – a estrutura e funcionamento têm influência no não acesso ao resultado do exame. Além disso, está fortemente relacionada às condições de trabalho e à informação do profissional de saúde.

i) Motivo da consulta

Conjunto mínimo de variáveis para estimar o efeito total do Motivo da consulta sobre O não acesso ao resultado do exame:

- {Conhecimento sobre o exame, Escolaridade, Idade, Periodicidade de realização do exame}

Figura 14 - DAG sobre o motivo da consulta



Justificava da entrada das variáveis no DAG:

Motivo da consulta – está relacionada ao não acesso devido ao motivo da procura pelo atendimento, influenciando a realização da busca ativa da usuária e o seu retorno à unidade.

Idade – está relacionada diretamente ao não acesso e tem influência na escolaridade, no conhecimento sobre o exame citopatológico, na periodicidade de realização do exame e no motivo da consulta. Em relação à avaliação, está associada à susceptibilidade biológica.

Escolaridade – está relacionada diretamente ao não acesso da consulta e às demais variáveis individuais. Em relação à avaliação, está associada ao grau de percepção de importância do exame preventivo e em relação às práticas de promoção da saúde.

Conhecimento sobre o exame citopatológico – está relacionado diretamente ao não acesso e à periodicidade de realização do exame citopatológico. Em relação ao motivo da consulta, está associado às práticas em saúde.

Periodicidade de realização do exame citopatológico – está relacionada diretamente ao não acesso. A periodicidade de realização tem influência direta no motivo da consulta.

PNCCU (não mensurável) – tem influência nas unidades de saúde, pois define normas e diretrizes para as ações de controle do câncer do colo do útero no sistema de saúde em todo o território nacional. Está relacionada diretamente ao não acesso. O Programa pode influenciar a paciente tanto na realização do exame quanto o profissional de saúde nas orientações e na realização do exame.

Unidade de saúde (não mensurável) – a estrutura e funcionamento têm influência no não acesso ao resultado do exame. Além disso, está fortemente relacionada às condições de trabalho e à informação do profissional de saúde.

4.7 Considerações éticas

Os procedimentos do estudo foram desenvolvidos de forma a proteger a privacidade dos indivíduos, garantindo a participação anônima e voluntária. Um termo de consentimento informado assinado pelo informante foi uma condição para a participação no estudo. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer, sendo respeitadas as recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), CEP nº 096/06 e também no comitê de ética do IESC/UFRJ (Anexo II).

5 RESULTADOS

A média de idade das mulheres entrevistadas foi de 41 anos e a mediana foi de 39 anos (primeiro quartil = 29 anos e o terceiro quartil = 51 anos). Vale ressaltar que 75,2% das entrevistadas se encontrava na faixa etária alvo do programa de rastreamento do câncer do colo do útero que, em 2010, era de 25 a 59 anos de idade. Em relação à escolaridade, 53,2% tinha pelo menos o ensino fundamental completo e 52,0% declarou a cor de pele parda (Tabela 3).

Oitenta e cinco por cento das mulheres sabia qual era o objetivo do exame citopatológico e a maioria declarou que realizava o exame com intervalo de até três anos (80,9%). Vale ressaltar que 71,1% referiu que o fazia anualmente.

Metade das mulheres declarou que não tinha atividade remunerada na época da pesquisa. O tempo médio gasto para chegar à unidade de saúde foi de 22 minutos e o tempo mediano foi de 15 minutos (primeiro quartil = 10 minutos e o terceiro quartil = 30 minutos). A maioria das mulheres referiu alguma dificuldade para marcar consulta no posto de saúde (59,3%) (Tabela 3).

Setenta e dois por cento das mulheres procurou a consulta para realizar exames de rotina. Noventa e três por cento referiu que foi informada de que deveria retornar à unidade para buscar o resultado do exame preventivo, mas a data de retorno só foi agendada para 39,3%. A nota de avaliação do profissional de saúde que realizou o atendimento foi, em média, 8,9 e a nota mediana foi 10 (primeiro quartil = 8,0 e o terceiro quartil = 10,0).

O percentual de mulheres que não tiveram acesso ao resultado do exame após sua realização foi de 18,4% (IC_{95%}: 16,0 – 20,9). As 183 mulheres que não tiveram acesso ao resultado do exame referiram 199 motivos. Esses motivos foram agrupados em: motivos relacionados à usuária, motivos relacionados ao profissional de saúde e motivos relacionados à unidade de saúde (Quadro 3). O motivo apontado com maior frequência para o não acesso ao resultado do exame preventivo foi o fato de que, quando a usuária retornou na data agendada para buscá-lo, este não estava pronto (52 referências, 26,1%). O fato de estar trabalhando e não conseguir liberação foi o segundo motivo alegado (32 referências, 16,1%). A falta de tempo foi à terceira causa mais apontada (18 referências, 9,0%), seguida pela dificuldade para remarcar a consulta para receber o resultado do exame (15 referências,

7,5%). Quatorze (7,0%) usuárias relataram falta de interesse em saber o resultado do exame e 12 (6,0%) referiram que o mesmo não foi encontrado na unidade quando foram buscá-lo.

Quadro 3 - Motivos referidos pelas usuárias que não tiveram acesso ao resultado do exame preventivo para o câncer do colo do útero, relacionados à unidade de saúde, ao profissional de saúde e às usuárias

Motivos relacionados à unidade de saúde	Motivos relacionados ao profissional de saúde que realizou o atendimento	Motivos relacionados à usuária
No dia marcado para buscar o resultado do exame, este não estava pronto (52 referências).	Não gostou do atendimento do profissional de saúde (5 referências).	Não pode retornar devido ao trabalho (32 referências).
Dificuldade para remarcar a consulta para pegar o resultado do exame (15 referências).	Não tinha número para o profissional de saúde com quem a usuária costumava se tratar (1 referência).	Não teve tempo para buscar o resultado do exame (18 referências).
O resultado do exame não foi encontrado (12 referências).	O profissional de saúde faltou (1 referência).	Não teve interesse em saber o resultado do exame (14 referências).
Falta de médico na unidade (7 referências).	-	Esqueceu que ainda não tinha recebido o resultado (5 referências)
O resultado do exame demorou (4 referências).	-	Estava viajando na ocasião do retorno (4 referências).
Não tinha agente de saúde para entregar o resultado (3 referências).	-	Teve um problema sério na ocasião do retorno (4 referências).
Unidade de saúde era longe (2 referências).	-	Ficou com medo do resultado (3 referências).
O profissional de saúde estava de férias (2 referências).	-	Tem dificuldade de locomoção (3 referências)
O resultado ficou retido no hospital (1 referência).	-	Ficou doente (3 referências).
-	-	Não teve dinheiro para a passagem (2 referências)
-	-	Mudou de endereço (2 referências).
-	-	Engravidou e se esqueceu de retornar para pegar o resultado do exame (2 referências).
-	-	Perdeu o papel da marcação do retorno à unidade (1 referência).
-	-	Doença na família (1 referência).

A análise das razões de prevalência brutas (Tabela 4) mostrou que os fatores predisponentes (idade e raça), e os fatores capacitantes (dificuldade de marcação da consulta, informação na consulta sobre quando buscar o resultado e avaliação do paciente em relação ao profissional de saúde que realizou a coleta do material para o exame preventivo) tiveram associação com o não acesso ao resultado do exame citopatológico. Esse padrão foi mantido na análise multivariada. Cabe ressaltar que idade e raça não foram ajustadas pelas demais variáveis por serem variáveis mais distais.

Observou-se que as mulheres com 60 anos ou mais de idade apresentaram menores prevalências para o não acesso ao resultado em relação àquelas com 25 a 59 anos (RP = 0,59, IC_{95%}: 0,36 – 0,99). Mulheres de raça/cor preta apresentaram maiores prevalências de não acesso e, quando comparadas com as mulheres de cor pardas, a RP foi igual a 1,37 (IC_{95%}: 1,02 – 1,86).

Em relação aos fatores capacitantes, as mulheres que tiveram dificuldade para marcar a consulta na unidade tiveram maiores prevalências de não acesso ao resultado em relação às demais, (RP = 1,52, IC_{95%}: 1,14 – 2,03). A falta de informação em relação à data de retorno à unidade para pegar o resultado foi o fator mais relevante (RP = 2,81. IC_{95%}: 1,93 - 4,10). Mulheres que deram notas de avaliação entre 0 a 6 ao profissional que realizou a coleta de material para o exame preventivo tiveram maiores prevalências de não acesso em relação ao grupo de nota 9 ou 10 (RP = 1,64; IC_{95%}: 1,14 – 2,37).

Tabela 3 - Distribuição da população de estudo segundo os fatores predisponentes, capacitantes e necessidade em saúde

Determinantes do uso	Mulheres investigadas	
	n = 997	%
FATORES PREDISPOONENTES		
Faixa etária (em anos)		
18 a 24	127	12,7
25 a 59	750	75,2
60 e mais	120	12,1
Raça/cor		
Branca	249	25,0
Parda	519	52,0
Preta	229	23,0
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	467	46,8
Ensino Fundamental completo e mais	530	53,2
Conhecimento sobre o exame citopatológico		
Não	151	15,1
Sim	846	84,9
Periodicidade de realização do exame citopatológico		
Com intervalo até 3 anos	807	80,9
Com intervalo maior que 3 anos	190	19,1
FATORES CAPACITANTES		
Atividade remunerada		
Não	499	50,1
Sim	498	49,9
Tempo para chegar à unidade de saúde		
Até 10 minutos	326	32,7
Mais de 10 até 30 minutos	542	54,4
Acima de 30 minutos	129	12,9
Dificuldade de marcação da consulta		
Não	406	40,7
Sim	591	59,3
Informação na consulta sobre quando buscar o resultado do exame citopatológico		
Sim, ele(ela) marcou a data para pegar	392	39,3
Sim, mas ele(ela) não marcou a data para pegar	534	53,6
Não	71	7,1
Avaliação da paciente em relação ao profissional que realizou a coleta do exame citopatológico		
0 a 6	103	10,3
7 a 8	183	18,4
9 a 10	711	71,3
NECESSIDADE EM SAÚDE		
Motivo da consulta		
Rotina	722	72,4
Problema ginecológico	275	27,6

Tabela 4 - Prevalência e razões de prevalências brutas e ajustadas para o não acesso ao resultado do último exame preventivo, segundo os determinantes do uso, Rio de Janeiro, 2007 - 2010

Determinantes do Uso	%	Bruta		Ajustada	
		RP	IC _{95%}	RP ^a	IC _{95%}
FATORES PREDISPONENTES					
Faixa etária (em anos)					
18 a 24	17,3	0,88	(0,59 - 1,33)	n.a	n.a
25 a 59	19,6	1,00	n.a.	n.a	n.a
60 e mais	11,7	0,59	(0,36 - 0,99)	n.a	n.a
Raça/cor					
Branca	16,1	0,94	(0,67 - 1,32)	n.a	n.a
Parda	17,1	1,00	n.a.	n.a	n.a
Preta	23,6	1,37	(1,02 - 1,86)	n.a	n.a
Escolaridade					
Ensino fundamental incompleto	19,9	1,17	(0,90 - 1,52)	1,27	(0,97 - 1,65)
Ensino Fundamental completo e mais	17,0	1,00	n.a.	1,00	n.a.
Conhecimento sobre o exame citopatológico					
Não	21,2	1,19	(0,84 - 1,67)	1,17	(0,83 - 1,65)
Sim	17,8	1,00	n.a.	1,00	n.a.
Periodicidade de realização do exame citopatológico					
Com intervalo até 3 anos	17,3	1,00	n.a.	1,00	n.a.
Com intervalo maior que 3 anos	22,6	1,30	(0,96 - 1,77)	1,28	(0,95 - 1,74)
FATORES CAPACITANTES					
Atividade remunerada					
Não	16,2	1,00	n.a.	1,00	n.a.
Sim	20,5	1,26	(0,97 - 1,64)	1,19	(0,91 - 1,57)
Tempo para chegar à unidade de saúde					
Até 10 minutos	16,3	1,00	n.a.	1,00	n.a.
Mais de 10 até 30 minutos	20,1	1,24	(0,92 - 1,67)	1,25	(0,93 - 1,68)
Acima de 30 minutos	16,3	1,00	(0,63 - 1,59)	1,04	(0,66 - 1,66)
Dificuldade de marcação da consulta					
Não	14,0	1,00	n.a.	1,00	n.a.
Sim	21,3	1,52	(1,14 - 2,02)	1,52	(1,14 - 2,03)
Informação na consulta sobre quando buscar o resultado do exame citopatológico					
Sim, ele(ela) marcou a data para pegar	14,5	1,00	n.a.	1,00	n.a.
Sim, mas ele(ela) não marcou a data para pegar	18,3	1,26	(0,94 - 1,70)	1,29	(0,96 - 1,74)
Não	39,4	2,71	(1,86 - 3,95)	2,81	(1,93 - 4,10)
Avaliação da paciente em relação ao profissional que realizou a coleta do exame citopatológico					
0 a 6	25,2	1,57	(1,08 - 2,28)	1,64	(1,14 - 2,37)
7 a 8	23,5	1,46	(1,07 - 2,00)	1,53	(1,12 - 2,08)
9 a 10	16,0	1,00	n.a.	1,00	n.a.
NECESSIDADE EM SAÚDE					
Motivo da consulta					
Rotina	18,0	1,00	n.a.	1,00	n.a.
Problema ginecológico	19,3	1,07	(0,80 - 1,43)	0,99	(0,74 - 1,32)

Nota: ^a Estimativa da associação total, ajuste por diferentes variáveis de confundimento, ver DAGS (Apêndice I).
n.a. = não se aplica

6 DISCUSSÃO

Este estudo apresentou uma prevalência de não de acesso ao resultado do exame citopatológico de 18,4% para um grupo de mulheres de 18 anos ou mais, entrevistadas nos domicílios espalhados pelas 10 CAPs do município do Rio de Janeiro. Um estudo transversal de base populacional, realizado no município de São Paulo, em 2000, com uma amostra representativa de mulheres de 15 a 49 anos, apontou que 13,0% das usuárias não haviam recebido o resultado do último teste realizado, (PINHO et al., 2003). No ano de 2003, foi realizado outro estudo transversal de base populacional, em mulheres com idade entre 50 e 59 anos, residentes na cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul. Foi estimado um percentual de não acesso ao resultado do exame de 10,3% (independente do tempo de realização), sendo que 8,1% nos serviços públicos, enquanto que, nos serviços de saúde por convênio ou particular, essa proporção foi de 3,2% (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006). Em uma pesquisa documental retrospectiva, realizada num Centro de Saúde da Família (Cesaf) em Fortaleza/CE, dos 938 exames realizados por pacientes de 25 a 59 anos, em 2007, 24,0% das pacientes não receberam o resultado (VASCONCELOS et al., 2010). Nesse mesmo Centro de Saúde foi realizado um estudo transversal, entre setembro 2010 e fevereiro de 2011, e o percentual de não acesso foi de 17,0% (VASCONCELOS et al., 2014). Dentre os estudos nos quais a prevalência de não acesso ao resultado do exame foi pesquisada, as prevalências apresentaram variações. Embora as metodologias utilizadas nos estudos mais recentes tenham sido diferentes, o percentual de não acesso ao resultado do exame preventivo não foi muito distante do observado nesse estudo.

Em relação aos motivos para não acesso ao resultado do exame, referidos pelas entrevistadas, as questões relacionadas à organização e infraestrutura da unidade de saúde (demora do retorno do resultado para a unidade, dificuldade para remarcar a consulta e falta de profissional) e as questões individuais (não liberação no trabalho para comparecer à unidade de saúde e falta de tempo) foram as mais frequentes. Como já foi mencionado anteriormente, outros autores já haviam identificado esses mesmos motivos relacionados à mulher, ao profissional de saúde e ao serviço de saúde para o não acesso ao resultado (GREEWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006).

Outros motivos mais frequentemente mencionados e que chamaram a atenção foram a não localização do resultado do exame na própria unidade de saúde e a referência à falta de interesse da mulher sobre esse resultado. Sobre o primeiro, observam-se, novamente, os problemas de organização do sistema de saúde. Sobre o segundo, uma reflexão mais aprofundada seria necessária. É possível que vários fatores estejam contribuindo para o desinteresse no resultado do exame: a qualidade do atendimento prestado, as informações fornecidas durante a consulta, ausência de sinais e sintomas, a dificuldade para remarcar a consulta, dentre outros. Pinho e França-Júnior (2003) já mencionavam que o não recebimento do resultado do teste ou mesmo a maneira como esse resultado é comunicado, pode representar uma oportunidade perdida de desconstruir crenças e atitudes negativas em relação ao teste e sua finalidade. Além disso, o atraso e/ou não recebimento do resultado do exame citopatológico podem influenciar na credibilidade e grau de adesão das mulheres aos programas de prevenção.

Se pensarmos nesses motivos de forma combinada como, por exemplo, a dificuldade para conseguir dispensa no trabalho para buscar um resultado de exame e a dificuldade para agendar uma nova consulta devido ao fato de que, na primeira tentativa, o resultado do exame ainda não estava pronto, são fatores que podem desestimular uma segunda tentativa para ter acesso ao mesmo.

A análise das razões de prevalência mostrou que os fatores predisponentes: idade e raça/cor, e os fatores capacitantes: dificuldade de marcação da consulta, informação na consulta para buscar o resultado e avaliação do paciente em relação ao profissional de saúde que realizou a coleta do exame citopatológico tiveram associação com o não acesso ao resultado.

Nesse estudo, mulheres de 60 anos ou mais tiveram mais acesso ao resultado do exame citopatológico em relação às demais mulheres. Então a faixa etária mais jovem parece trazer consigo um conjunto de fatores limitantes para o retorno à unidade. Outros estudos mostraram que mulheres mais jovens tinham menos acesso ao resultado do exame (PINHO et al., 2003; VICTOR et al., 2004; VASCONCELOS et al., 2010; VASCONCELOS et al., 2014). Um deles sugere que a sobrecarga de atividades domésticas e/ou de atividades laborais limitam a disponibilidade de tempo para a procura do serviço e pode ser uma das razões para isso (VICTOR; MOREIRA; ARAÚJO; 2004). De fato, se olharmos os principais motivos

pelos quais as mulheres não tiveram acesso ao resultado, nesse estudo, figuram entre os eles a dificuldade devido ao trabalho e falta de tempo, que foram mais referidos pela população mais jovem (dados não apresentados).

Por outro lado, mulheres jovens procuram mais os ginecologistas, possivelmente devido a eventos que são mais frequentes neste grupo etário (gravidez, necessidade de uso de métodos anticoncepcionais ou tratamento de DST) (BRENNA et al., 2001). Parte dessas mulheres pode não ter retornado a unidade de saúde por ter recebido tratamento no dia da consulta e, conseqüentemente, alcançado melhora dos sintomas (VASCONCELOS et al., 2010). Nesse estudo observamos que mulheres de 18 a 24 anos tiveram maiores percentuais de procura da consulta ginecológica devido a problemas ginecológicos (33,1%) em relação ao grupo de 60 anos ou mais (16,8%).

Mulheres de raça/cor preta tiveram menos acesso aos resultados do exame citopatológico. Alguns estudos no Brasil trabalharam com a questão da raça/cor preta (em alguns estudos classificada como não branca) e encontraram piores indicadores de acesso a serviços de saúde ou de morbimortalidade para esse grupo (CESAR et al., 2003; DIAS-DA-COSTA et al., 2003; QUADROS; VICTORA; DIAS-DA-COSTA, 2004; ARAÚJO et al., 2009; GOES; NASCIMENTO, 2013). A explicação apresentada para este fato apoia-se, em geral, na inserção socioeconômica desse grupo (ARAÚJO et al., 2009). No entanto, não é considerado nesse tipo de análise o racismo institucional (problemas das instituições em prover serviço do profissional de saúde adequado às pessoas em relação a sua raça ou cor, origem e etnia) que é um fator determinante no acesso aos serviços de saúde, principalmente em relação às mulheres pretas, devido às relações de desigualdades de gênero e raça (GOES; NASCIMENTO, 2013).

Em relação aos fatores capacitantes que foram relevantes, estes se mostraram associados à organização da unidade de saúde e ao atendimento do profissional. A dificuldade de marcação da consulta interfere na continuidade da linha de cuidado, restringindo o acesso às consultas, exames e seus respectivos resultados (GREEWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006). Segundo Pinho e França-Júnior (2003) a longa espera de atendimento (consulta), falta de vagas, falta de recursos humanos e materiais influenciam de forma negativa no acesso ao exame citopatológico.

A questão da relação entre o profissional de saúde e a paciente é outro fator importante na questão do acesso à assistência. Nesse estudo foi observado que mulheres que não tiveram informação na consulta sobre quando deveriam retornar para receber o resultado do exame citopatológico e que deram notas de avaliação do profissional de saúde sobre a coleta na faixa de 0 a 6 tiveram menos acesso ao resultado do exame. O estabelecimento de relacionamento com usuárias, caracterizado pela qualidade técnica e humana do cuidado (acolhimento) desenvolve um sentimento de responsabilidade do profissional, bem como maior adesão ao seguimento do cuidado (GREEWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006; PINHO; FRANÇA-JÚNIOR, 2003).

Cabe ressaltar que os motivos referidos pelas informantes e variáveis preditoras do não acesso ao resultado do exame, apontados pela análise, convergem para a relação do funcionamento do sistema e as necessidades e expectativas das usuárias.

Segundo Araújo, Figueiredo e De Faria (2009) a percepção da qualidade do serviço de saúde pela usuária é de caráter subjetivo e é baseada nas suas expectativas. Esses autores mencionaram um modelo conceitual proposto por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) para a avaliação da qualidade dos serviços, pelos usuários, a partir de cinco dimensões: confiabilidade, presteza, segurança, empatia e tangíveis. A confiabilidade do serviço é entendida com a capacidade do provedor de serviços de proporcionar os resultados que os clientes desejam, de forma constante, sem surpresas desagradáveis. A presteza é percebida pelo usuário como a velocidade e precisão com que o serviço atende às suas demandas e necessidades específicas. A segurança se refere ao sentimento do cliente de que está em mãos corteses, capazes e competentes. A empatia seria a sensação de que o cliente está recebendo atenção individualizada e, finalmente, os tangíveis seriam a percepção do usuário sobre a adequação das instalações, equipamentos, ferramentas e documentos para a prestação do serviço.

Este estudo apontou que quase 20% das mulheres não tiveram acesso ao resultado do exame. Dentro dessa parcela perdida, provavelmente existirão casos de mulheres com lesões precursoras para o câncer do colo do útero que poderão evoluir e mesmo vir a falecer por essa causa, o que acarretará custos elevados relativos ao tratamento, para o sistema de saúde, assim como prejuízo na qualidade de vida e a perda precoce da própria vida para essas mulheres.

Algumas limitações desse estudo devem ser apontadas. Primeiro, a inconsistência das informações de endereços no cadastro do SITEC prejudicou a localização das mulheres no trabalho de campo, gerando uma perda em torno de 30,0%. Devido ao tempo transcorrido entre a elaboração da amostra e o início do trabalho de campo, uma boa parte foi submetida a outro exame citopatológico, não necessariamente na rede SUS ou na mesma unidade de origem. A significativa expansão ou reestruturação da rede assistencial no município do Rio de Janeiro, durante o período do estudo, certamente influenciou no aumento do número de unidades referidas no último exame⁴. O conjunto de mulheres entrevistadas referiu ter realizado o exame em uma das 103 unidades de saúde espalhadas pelas 10 CAPs do município do Rio de Janeiro. A lista dessas unidades, quantitativo de exames e o ano de realização encontram-se na Tabela 2 do Anexo II.

Outras limitações podem estar relacionadas à possibilidade de ter ocorrido viés de seleção, devido às perdas, e viés de informação das entrevistadas devido à memória e compreensão sobre as questões referentes ao exame citopatológico. Por outro lado, a estratégia de utilização dos DAGs permite estimativas de razões de prevalências menos enviesadas.

Parece não haver nos serviços de saúde preocupação com o registro correto de nomes e endereços das usuárias ou atualização desse cadastro, como se essa informação errônea não trouxesse maiores consequências. Na prática, esse fato pode inviabilizar a localização da usuária (busca ativa), com sérias consequências para a continuidade de seu tratamento.

Embora alguns fatores individuais nessa análise apontem para questões de manejo mais complexo, como o racismo e as questões de vida que envolvem mulheres mais novas, por outro lado, os fatores capacitantes podem e devem ser modificados.

As questões que envolvem a gestão do sistema de saúde impactam o resultado final sobre os indicadores de morbimortalidade e são velhas conhecidas. A própria OMS já coloca o aprimoramento da gestão do sistema entre as principais questões estratégicas para a redução do câncer no mundo (WHO, 2013).

⁴ MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Unidade Geográfica: Município - RIO DE JANEIRO/RJ. Competência: Janeiro de 2007 a Dezembro de 2010 Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php

Outra questão que emerge desse estudo diz respeito à capacitação dos profissionais que atuam nas unidades de saúde, incluindo aqui a abordagem de questões delicadas como o racismo.

Entretanto, o simples fato do profissional de saúde se preocupar com retorno da usuária para buscar o resultado do exame, ter fornecido a ela uma informação sobre quando retornar e se preocupado em acionar a busca ativa em caso de não retorno, pode fazer uma grande diferença. Da mesma forma, se o pessoal administrativo se preocupar com o registro correto do nome e do endereço da usuária no momento do cadastro pode viabilizar o seguimento da usuária e o acesso ao diagnóstico e tratamento do seu problema de saúde. Adicionalmente, deveria ser um procedimento de rotina a atualização do cadastro de nome e endereço das usuárias dos serviços de saúde.

Este estudo apontou que uma minoria de usuárias não teve acesso ao resultado do exame devido, principalmente, a problemas na organização do sistema de saúde, que podem ser corrigidos desde que prestadores de serviços de saúde e clientes tenham suas necessidades e expectativas conhecidas e atendidas. É importante que o serviço de saúde tenha conhecimento sobre a sua realidade de atendimento, visando um planejamento mais coerente das ações de prevenção para a melhoria da qualidade assistencial e impacto sobre a morbimortalidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo investigar o perfil das usuárias e os fatores associados ao não acesso ao resultado do exame citopatológico com base nos fatores individuais (predisposição, capacitação e necessidade em saúde) a partir do modelo de Andersen. Foi observado que os fatores de predisposição (mulheres jovens e raça/cor preta) e fatores capacitantes (ausência de informação sobre a data do retorno para buscar o resultado, dificuldade de remarcação da consulta e avaliação da usuária sobre o atendimento do profissional de saúde) estavam associados ao não acesso ao resultado do exame preventivo.

Outro objetivo foi estimar a proporção de mulheres que não tiveram acesso ao resultado do seu exame citopatológico. A prevalência foi 18,4% para mulheres de 18 anos ou mais.

Os motivos mais frequentes referidos pelas usuárias para o não acesso foram: no dia marcado para buscar o resultado, este não estava pronto; falta de tempo por questões de trabalho e dificuldade de remarcação de consulta para buscar o resultado.

Estudo aponta para algumas possíveis ações específicas que poderiam ser adotadas no sentido de ajustar o processo como a organização do sistema, de forma a facilitar a marcação da consulta, a capacitação dos profissionais que trabalham no registro das usuárias nas unidades, a capacitação e o fornecimento de condições de trabalho para o profissional de saúde que presta atendimento e a organização do sistema no que diz respeito ao fluxo e a produção dos resultados dos exames citopatológicos.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERCROMBIE, P. D. Improving adherence to abnormal Pap smear follow-up. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 30, n. 1, p. 80-88, 2001.

AIDÉ, S. et al. Neoplasia intraepitelial cervical. **Jornal Brasileiro de DST**, v. 21, n. 2, p. 166-170, 2009.

ALBUQUERQUE, ZBP. et al. Atendimento pelo SUS na percepção de mulheres com lesões de câncer cervicouterino em Goiânia – GO. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 239-249, abr./jun. 2011.

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

ANDERSEN, R. M. **A behavioral model of families' use of health services**. Chicago: Center of Health Administration Studies, University of Chicago, 1968. (Research Series, 25).

ANTTILA, A. et al. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. **European Journal of Cancer**, v. 45, n. 15, p. 2649-26458, 2009.

ARAÚJO, E. M. et al. A utilização da variável raça/cor em saúde pública: possibilidades e limites. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, p. 383-394, 2009.

ARAUJO, C.; FIGUEIREDO, K.; DE FARIA, M. D. Qualidade em serviços de saúde. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v. 9, n. 1, 2009.

ARBYN, M. et al. Liquid compared with conventional cervical cytology: a systematic review and meta-analysis. **Obstetrics & Gynecology**, v. 111, n. 1, p. 167-177, 2008.

AZEREDO E SILVA, G. Mortalidade por câncer no Brasil, 1980 - 2009. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 8., 2011, São Paulo. **Anais...** São Paulo: ABRASCO, 2011.

BARROS, A. J. D.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistics regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**, v. 3, n. 21, p. 1-13, 2003.

BOUVARD, V. et al. A review of human carcinogens. Part B: biological agents. **Lancet Oncology**, v. 10, n. 4, p. 321-322, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero e Sistema de Informação do Câncer de Mama – SISCOLO/SISMAMA**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/siscam/siscam.php>>. Acesso em: 06 jun. 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica, 13).

_____. **Rastreamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos de Atenção Primária, 29).

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRENNNA, S. M. F. et al. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 909-914. 2001.

CESAR, J. A. et al. Fatores associados a não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1365-1372, 2003.

CUZICK, J. et al. Overview of human papillomavirus-based and other novel options for cervical cancer screening in developed and developing countries. **Vaccine**, v. 26, n. 10, supl. 1, p. 29-41, 2008.

DAY, N. E. The epidemiological basis for evaluating different screening policies. In: HAKAMA, M.; MILLER, A. B.; DAY, N. E. (Ed.). **Screening for cancer of the uterine cervix**. Lyon: IARC, 1986. (IARC Scientific Publication, 76).

DE SANJOSÉ, S. et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 7, n. 7, p. 453-459, 2007.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 191-197, 2003.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 3, n. 5, p. 308-313, 1998.

EGGLESTON, K. S. et al. Understanding barriers for adherence to follow-up care for abnormal pap tests. **Journal of Women's Health**, v. 16, n. 3, p. 311-330, 2007.

ELUF-NETO, J. et al. Human papillomavirus and invasive cervical cancer in Brazil. **British Journal of Cancer**, v. 69, n. 1, p. 114-119, 1994.

ERDMANN, A. L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. spe, p. 131-139, 2013.

FAHEY, M. T.; IRWIG, L.; MACASKILL, P. Meta-analysis of pap test accuracy. **American Journal of Epidemiology**, v. 141, n. 7, p. 680-689, 1995.

FERLAY, J. et al. **GLOBOCAN 2012: cancer incidence and mortality worldwide**. Lyon: IARC, 2013. (IARC Cancer Base, 11). Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr>>. Acesso em: 18 dez. 2013.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. A integralidade e as linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

FRAPPART, L. et al. **A histopathology and cytopathology of the uterine cervix: digital atlas 2004**. Disponível em: <<http://screening.iarc.fr/atlashisto.php?lang=4>> Acesso em: 14 jun. 2014.

FRIGATO, S.; HOGA, L. A. K. Assistência à mulher com câncer do colo uterino: o papel da enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 49, n. 4, p. 209-219, 2003.

GASPERIN, S. I.; BOING, A. F.; KUPEK, E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p. 1312-1322, 2011.

GIRIANELLI, V. R.; THULER, L. C. S.; SILVA, G. A. Qualidade do sistema de informação do câncer do colo do útero no estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 580-588, 2009.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p.571-579, 2013.

GREENLAND, S.; PEARL, J.; ROBINS, J. M. Causal diagrams for epidemiologic research. **Epidemiology**, v. 10, p. 37-48, 1999.

GRENWOOD, S. A.; MACHADO, M. F. A. S.; SAMPAIO, N. M. V. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame de Papanicolaou. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p.503-509, 2006.

GUSTAFSSON, L. et al. International incidence rates of invasive cervical cancer after introduction of cytological screening. **Cancer Causes & Control**, v. 8, n. 5, p. 755-763, 1997.

HACKENHAAR, A. A.; CESAR, J. A.; DOMINGUES, M. R. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 1, p. 103-111, 2006.

HERRERO, R. et al. Screening for cervical cancer in Latin America: a case-control study. **International Journal of Epidemiology**, v. 21, n. 6, p. 1050-1056, 1992.

INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER. Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. **Human papillomaviruses**. Lyon: IARC, 2007. (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, 90).

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

_____. Cervical carcinoma and reproductive factors: collaborative reanalysis of individual data on 16,563 women with cervical carcinoma and 33,542 women without cervical carcinoma from 25 epidemiological studies. **International Journal of Cancer**, v. 119, n. 5, p. 1108-1124, 2006b.

INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER. Cervical carcinoma and sexual behavior: collaborative reanalysis of individual data on 15,461 women with cervical carcinoma and 29,164 women without cervical carcinoma from 21 epidemiological studies. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention**, v. 18, n. 4, p. 1060-1069, 2009.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY & OBSTETRIC. **Global Guidance for cervical cancer prevention and control**. Geneve: FIGO, 2009. Disponível em: <http://screening.iarc.fr/doc/FIGO-Global-Guidance-for-Cervical-Cancer-Prevention-and-Control_1.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003**: acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoe_rendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf>. Acesso em: 20 maio 2013.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008**: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde de 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf>. Acesso em: 20 maio 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Informação. **Atlas de mortalidade por câncer**: versão 2014. Rio de Janeiro: INCA, 2014a. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>>. Acesso em: 03 jan. 2015.

_____. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

_____. Câncer do colo do útero. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 46, n. 4, p.351-354, 2000.

_____. **Direitos sociais da pessoa com câncer**. 3 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012a.

_____. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2015.

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

_____. Magnitude do câncer no Brasil: incidência, mortalidade e tendência. **Informativo Vigilância do Câncer**, n. 3, maio/nov. 2012c.

_____. Monitoramento das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama. **Informativo Detecção Precoce**, v. 3, n. 3, ago./dez. 2012b. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativo_deteccao_precoce_3_2012.pdf>. Acesso em: 30 maio 2013.

_____. **Sistema de informação do câncer**: manual preliminar para apoio à implantação. Rio de Janeiro: INCA, 2013.

_____. **Viva mulher:** câncer do colo do útero: informações técnicas-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_mulher.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2013.

JONES, B. A.; NOVIS, D. A. Follow-up of abnormal gynecologic cytology: a college of American pathologists Q-probes study of 16132 cases from 306 laboratories. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 124, n. 5, p. 665-671, 2000.

KHANNA, N.; PHILLIPS, M. D. Adherence to care plan in women with abnormal Papanicolaou smears: a review of barriers and interventions. **Journal of The American Board of Family Medicine**, v. 14, n. 2, p. 123-130, 2001.

KITCHENER, H. C. et al. Automation-assisted versus manual reading of cervical cytology (MARAVIC): a randomized controlled trial. **The Lancet Oncology**, v. 12, n. 1, p. 56-64, 2011.

KOSS, L. G. The papanicolaou test for cervical cancer detection. A triumph and a tragedy. **The Journal of the American Medical Association**, v. 261, n. 5, p. 737-743, 1989.

KNÜPPEL, S.; STANG, A. DAG Program: identifying minimal sufficient adjustment sets. **Epidemiology**, v. 21, n. 1, p. 159, 2010.

LOPES, E. R. et al. Comportamento da população feminina brasileira em relação ao câncer cérvico-uterino. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 105, n. 11/12, p. 505-515, 1995.

LUHN, P. et al. The role of co-factors in the progression from human papillomavirus infection to cervical cancer. **Gynecologic Oncology**, v. 128, n. 2, p. 265-270, 2013.

MARTINS, L. F. L.; THULER, L. C. S.; VALENTE, J. G. Cobertura do exame de papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 8, p. 485-492, 2005.

MARTINS, L. F. L.; VALENTE, J. G.; THULER, L. C. S. Factors related to inadequate cervical cancer screening in two Brazilian state capitals. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 318-325, 2009.

MURILLO, R. et al. Cervical cancer screening programs in Latin America and the Caribbean. **Vaccine**, v. 26, suppl. 11, p. 37-48, 2008.

NANDA, K. et al. Accuracy of the papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. **Annals of Internal Medicine**, v. 132, n. 10, p. 810-819, 2000.

NASCIMENTO, C. M.; ELUF-NETO, J.; REGO, R. A. Pap test coverage in São Paulo municipality and characteristics of the women tested. **Bulletin of the Pan American Health Organization**, v. 30, n. 4, p. 302-312, 1996.

NIEMINEN, P. et al. Organised vs. spontaneous pap-smear screening for cervical cancer: a case control study. **International Journal of Cancer**, v. 83, n. 1, p. 55-58, 1999.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.; BERRY, L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing**, v. 49, p. 41-50, 1985.

PAVÃO, A. L. B; COELI, C. M. Modelos teóricos do uso de serviço de saúde: conceitos e revisão. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 471-482, 2008.

PERRIN, K. K. et al. Women's reactions to HPV diagnosis: insights from in-depth interviews. **Women & Health**, v. 43, n. 2, p. 93-110, 2006.

PINHO, A. A. et al. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de papanicolaou no município de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, supl. 2, p. S303-S313, 2003.

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

QUADROS, C. A. T.; VICTORA, C. G.; DIAS DA COSTA, J. S. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 16, n. 4, p. 223-232, 2004.

QUINN, M. et al. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. **British Medical Journal**, v. 318, n. 7188, p. 904-908, 1999.

SABATINO, S. A. et al. Effectiveness of interventions to increase screening for breast, cervical, and colorectal cancers: nine updated systematic reviews for the guide to community preventive services. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 43, n. 1, p. 97-118, 2012.

SCHIFFMAN, M.; WENTZENSEN, N. Human papillomavirus infection and the multistage carcinogenesis of cervical cancer. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention**, v. 22, n. 4, p. 553-560, 2013.

SHIER, I.; PLATT, R. W. Reducing bias through directed acyclic graphs. **BMC Medical Research Methodology**, v. 8, n. 70, p. 1-15, 2008.

SHULZHENKO, A. et al. Ménage à trois and evolutionary interplay between human papillomavirus, a tumor, and a woman. **Trends in Microbiology**, v. 22, n. 6, p. 345-353, 2014.

STATA Statistical software: release 12.1. College station, Houston: Stata Corporation, 2011. (CD-ROM).

SZWARCWALD, C. L. et al. Pesquisa mundial de saúde 2003: o Brasil em números. **RADIS**, n. 23, p. 14-33, 2004.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

TEXTOR, J.; HARDT, J.; KNÜPPEL, S. DAGitty: a graphical tool for analyzing causal diagrams. **Epidemiology**, v. 22, n. 5, p. 745-746, 2011.

VASCONCELOS, C. T. M. et al. Análise da cobertura e dos exames colpocitológicos não retirados de uma Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 324-330, 2010.

VASCONCELOS, C. T. M. et al. Fatores relacionados ao não comparecimento à consulta para receber o resultado do exame colpocitológico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 401-407, 2014.

VICTOR, J. F.; MOREIRA, T. M. M.; ARAUJO, A. R. Exames de prevenção de câncer de colo uterino realizados e não retirados de uma Unidade Básica de Fortaleza – Ceará. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 407-411, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cytopatological screening in the control of cervical cancer**. Geneva: WHO, 1988.

_____. **Comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women**. Geneve: WHO, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505147/en/>>. Acesso em: 06 jan. 2015.

_____. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2 ed. Geneva: WHO, 2002.

YABROFF, K. R. et al. Is the promise of cancer-screening programs being compromised? Quality of follow-up care after abnormal screening results. **Medical Care Research and Review**, v. 60, n. 3, p. 294-331, 2003.

YABROFF, K. R. et al. Specialty differences in primary care physician reports of papanicolaou test screening practices: a national survey, 2006 to 2007. **Annals of Internal Medicine**, v. 151, n. 9, p. 602-611, 2009.

YANG, B. H. et al. Cervical cancer as a priority for prevention in different world regions: an evaluation using years of life lost. **International Journal of Cancer**, v. 109, n. 3, p. 418-424, 2004.

ZAPKA, J. et al. Factors in quality care: the case of follow-up to abnormal cancer screening tests: problems in the steps and interfaces of care. **Journal of the National Cancer Institute. Monographs**, n. 40, p. 58-71, 2010.

ZOCCHETTI, C.; CONSONNI, D.; BERTAZZI, P. A. Relationship between prevalence rate ratios and odds ratios in cross-sectional studies. **International Journal of Epidemiology**, v. 26, n. 1, p. 220-223, 1997.

APÊNDICE - Artigo científico

Title: The association between scheduling a gynecological clinical visit and clinical breast examination in a large Brazilian city.

Luís Felipe Leite Martins^{1,2}, Liz Maria de Almeida², André Salem Szklo², Helena de Almeida Tupinambá³, Moyses Szklo⁴, Claudia Medina Coeli¹

¹ Post Graduate Program of the Health Collective Studies Institute, Rio de Janeiro Federal University (IESC/UFRJ), Rio de Janeiro, Brazil.

² Population Research Division of Brazilian National Cancer Institute (INCA), Rio de Janeiro, Brazil.

³ Hospital of Rio de Janeiro Federal University (HU/UFRJ), Rio de Janeiro, Brazil.

⁴ Johns Hopkins University.

Correspondence to:

Luís Felipe Leite Martins, e-mail: lfmartins@inca.gov.br

Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva

Rua Marques de Pombal 125, 7º andar, Centro

20231-048 - Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Fone: +55 (21) 32075655

FAX: +55 (21) 32075871

Descriptors: Breast neoplasms, Early detection, Clinical Protocol Adherence, Cancer Screening Program

Synopsis: A high proportion of women didn't have clinical breast examination in Rio de Janeiro primary care units, particularly older women with gynecological complaints.

Type of article: Clinical Article

Word count – 1,735

Artigo submetido a revista “International Journal of Gynecology and Obstetrics”.

Abstract

Objective: To investigate whether health professionals' failure to perform a Clinical Breast Examination (NoCBE) during the patient's last gynecological clinical visit was associated with the reason for that visit.

Methods: A cross-sectional survey was conducted in 2010 among women who had a Pap smear in 2007 in primary public care units in Rio de Janeiro. Data analysis included women aged 18 years old or over (982). A binomial regression model was used to generate NoCBE prevalence rate ratios and absolute differences between visits for routine exams or gynecological complaints.

Results: The overall prevalence rate of NoCBE was 18.5%. Significant interactions were observed between age and reason for the visit to the health care unit. The NoCBE prevalence ratio for a visit because of gynecological complaints (versus routine exams) was 3.2 in those aged 40 years or older, but it was only 1.3 among younger women (p for heterogeneity = 0.001). Absolute differences were 6.4% for the younger, and 18.5% for the older women (p for heterogeneity = 0.04).

Conclusion: A fairly high proportion of eligible women are not being subjected to clinical breast examination in Rio de Janeiro primary care units, particularly older women with gynecological complaints. Our findings suggest that understanding health professionals' barriers to follow guidelines for secondary prevention of breast cancer is needed to reduce case-fatality rates.

Descriptors: Breast neoplasms, Early detection, Clinical Protocol Adherence, Cancer Screening Program

Introduction

Breast cancer has a good prognosis when detected and treated early [1]. The impact of screening programs in breast cancer case-fatality is a function of full access to diagnostic procedures and treatment [2].

Screening for breast cancer can be either opportunistic, when it is performed during an outpatient visit for other reasons, or organized (when the target population is formally invited to perform periodic screening exams). In Brazil, screening programs for cancer control are still opportunistic [3]. Clinical Breast Examination (CBE) is recommended yearly for all women aged 40 years or over. Preventive mammography is recommended for women aged 50 to 69 years old every 2 years. For women with a high risk for breast cancer, both screening tests are recommended annually, starting at age 35 years [2]. CBE is, however, also part of the integral health care program for women and, as such, it should be conducted systematically, regardless of age or reason for the outpatient visit.

Although development of evidence-based protocols and guidelines for health care have become more frequent in the last decades, their full dissemination and adherence by health professionals are not widespread in Brazil. Adherence to a certain screening protocol can be influenced by characteristics related to its complexity and implementation strategies, prior knowledge, experience of, and ease of understanding by health professionals, patients' compliance (which, in turn, may be influenced by their awareness of its importance), and structural problems of health care units [4].

To our knowledge no study has evaluated if the decision to perform a breast clinical examination by the health professional during a clinical visit in primary care units is influenced by the reason for the visit. We have therefore evaluated this association in women living in Rio de Janeiro city, the second largest Brazilian city.

Materials and methods

A cross-sectional study was conducted to examine the relationship of no clinical breast exam (NoCBE) to age, educational level, per capita household income and reason for a visit to a health unit of the Brazilian Public Care System (BPCS).

Study participants were women aged 18 years or older. A two-stage probabilistic sampling approach was used: health units were chosen, and within each selected unit, women who had had a Pap smear in 2007 were chosen. Initially, 2,361 women were identified.

However, a delay in securing funds to carry out the study soon after the women had their 2007 Pap smear resulted in our carrying out the interviews in period of January 2010 to December 2010. The delay explains the loss of 37.0% due to inconsistencies in the data on residence and change of address as well as the fact that the study results relate to the most recent Pap smears from 2008 through 2010. After excluding women whose repeat Pap smears were done in private units, and those who were missing information on educational level, household income and clinical breast examination, 982 were included in our analytical sample (Figure 1).

The outcome was the prevalence rate of not having a clinical breast examination (NoCBE), during the last gynecological clinical visit, estimated by the response to the following question: “When you last had a Pap smear, were your breasts examined?” The main exposure variable was the reason for the gynecological clinical visit (routine exam or gynecological complaints). As routine exams, we considered antenatal tests, cancer screening tests and family planning. The following variables were evaluated: age (18 to 39 years old or 40 years old or over), educational level (incomplete high school, or complete high school or higher), and *per capita* household income (\leq one minimum wage, or $>$ one minimum wage).

Reasons for the gynecological clinical visit were stratified by selected variables. Prevalence ratio and absolute differences of NoCBE by reason for gynecological clinical visit were calculated according to strata of select variables in order to examine potential interactions.

Prevalence rate ratios were calculated using a log binomial regression model with a log-link function [5]. Absolute differences between prevalence rates were calculated through the binomial model using the identity link function. The two models (ratios and absolute differences) were also adjusted for age, educational level, *per capita* household income, the year of the most recent Pap smear and for significant interaction terms ($p < 0.05$). The analysis was performed by using STATA 12.0 software.

The study was approved by the Ethics Research Board of National Cancer Institute (INCA) (n^o.119/07). All respondents provided signed informed consent forms.

Results

Of all women, 700 (71.3%) visited the health care unit to have a routine exam.

Most women were aged 18 to 39 years, had incomplete high school, and a *per capita* household income of \leq one minimum wage (Table 1).

In unadjusted analyses, age and education were not found to be significantly associated with the reason for the clinic visit (Table 1). However, women whose reason for the visit was a gynecological complaint were more likely to report a *per capita* household income of \leq one minimum wage (91.1% vs 86.7%, $p = 0.01$).

The overall prevalence of NoCBE was 18.5%; it was higher when the clinical visit resulted from gynecological complaints than when the reason for the visit was a routine exam (Table 2). Compared with their counterparts, the prevalence rate of NoBCE was higher in the younger and in those who reported a *per capita household income* \leq one minimum wage. Significant interactions in both the additive and multiplicative scales were observed between age and reason for the visit to the health care unit: the prevalence ratio for a visit because of gynecological complaints (versus routine exams) was 3.2 in those aged 40 years or older, but it was only 1.3 among younger women (p for multiplicative interaction = 0.001) (Table 3). Absolute differences were 6.4% for the younger, and 18.5% for the older women (p for additive interaction = 0.04). Multivariate adjustment for educational level, *per capita* household income, age, the most recent Pap smear test and interaction term did not change these estimates (data not shown).

Discussion

The present study showed that, regardless of age, educational level, *per capita* household income, and reason for a visit to a Brazilian Public Care System primary care unit,

failure to conduct a clinical examination of the breast was fairly high (18.5%). In addition, in women, significant multiplicative and additive interactions were observed between age and reason for the unit's visit, in that the prevalence of not performing a breast cancer clinical examination when the visit to the unit was motivated by other than gynecological complaint reasons was markedly higher in those aged 40 or more years. This heterogeneity is inconsistent with the National Breast Cancer Screening Program recommendation that all women aged 18 years or older, regardless of type of complaint, be subjected to a breast examination during an outpatient visit [2,6]. Thus, the present study suggests that, particularly for the older women, when the patient reports gynecological complaints during the visit, the clinician fails to follow standard protocols. This finding is consistent with a previous study showing that, comorbidity is present, it may be more complicated to combine and follow specific guidelines [8].

Our results suggest that, irrespective of the reason for the outpatient visit, a fairly high proportion of young women are not being subjected to breast clinical examination by health care professionals, which is also inconsistent with Brazil's comprehensive health care program for women [2,7].

Studies that aim at understanding health professionals' barriers to follow clinical protocols and guidelines have identified several determinants, including lack of familiarity with the protocol, expectation of a negative outcome, inability to overcome the inertia to change old practices, absence of enforcement and absence of regular discussions about new evidence [4,8]. Additional barriers to performing clinical breast examination include clinician or patient embarrassment, patient refusal, lack of confidence in performing the examination, and lack of time or reliance on mammography for early detection of breast cancer [9].

As the screening program for breast cancer in Brazil is opportunistic, our study suggests that opportunities to detect and investigate a palpable lump (and/or other signs of cancer) and treat the disease, if necessary, are being lost. As a result, late diagnosis and treatment results in a high case-fatality rate [1].

Most randomized trials have not evaluated simultaneously BCE in isolation. To our knowledge, whereas validity data for BCE are not available, effectiveness of BCE has been evaluated in only two studies, as follows. A randomized clinical trial carried out in Canada did not show a difference between women aged 40-59 years who had a breast clinical examination (BCE) and those who had both mammography and BCE, implying that the effectiveness of BCE was similar to that estimated for mammography plus BCE in previous clinical trials [10]. In another clinical trial carried out in India, women aged 30-69 years were randomized to either BCE or no intervention. In this study, mortality rates were 9.5% in the control group and 3.8% in the intervention group, yielding an effectiveness of 60% [11].

Our study had some limitations. As the information was collected by interviews with the participants, information bias (recall bias) may have occurred. One potential source of recall bias, the year when the most recent Pap test was done, which varied from 2007 through 2010, has been adjusted for and, thus, cannot explain our results. Other limitations are the inclusion of a convenience sample, which limits the external validity of our results, and the lack of information on BCE prior or subsequent to the most recent Pap test. Notwithstanding these limitations, to our knowledge ours was the first study to examine the possible failure to carry out breast clinical examination in Brazil in women who had a Pap smear test.

Health professionals have an important role in the implementation of early detection of breast cancer. Guidelines should be presented in a friendly format, be widely disseminated, and also reinforced among these professionals [12].

Acknowledgments

This project had financial support by Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), Pan American Health Organization (PAHO).and Brazilian National Cancer Institute (INCA).

Collaborators

Luís Felipe Leite Martins participated in the study conception, data analysis and the manuscript writing. Claudia Medina Coeli, Liz Maria de Almeida, André Salem Szklo and Moyses Szklo participated in study conception, data analysis, and critical review of relevant content Helena de Almeida Tupinambá participated in the review of manuscript text.

Conflict of interests:

All of the authors declare no conflict of interests.

References

- [1] World Health Organization. National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines. 2nd ed. www.who.int/cancer/media/en/408.pdf. Published 2002. Accessed September 29, 2014.
- [2] Brazil. Ministry of Health. National Cancer Institute of Brazil. Prevention and Surveillance Coordination. [Breast Cancer Control. Consensus Document]. INCA, Rio de Janeiro, 2004. <http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>. Published 2004. Accessed in September 29, 2014.
- [3] Silva RCF, Horlate VA. [Screening of Breast Cancer in Brasil: Who, How and Why?] Brazilian Journal of Oncology (RBC) 2012; 58(1):67-7
- [4] Francke AL, Smit MC, Veer AJ, Mistiaen. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. BMC Informatics and Decision Making 2008, 8:38.
- [5] Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Med Res Methodol 2003; 3:21.
- [6] Brazil, Ministry of Health. [Screening], Brasília, DF Ministry of Health, 2010. 95 p.: il: - (Serie A, Guidelines) (Primary Health Care Reports no. 29). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf. Published 2010. Accessed September 29, 2014.
- [7] Brian T, Snyder E. Clinical Breast Exam: A Skill That Should Not Be Abandoned. J Gen Intern Med 28(5): 719-22
- [8] Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. .Why Don't Physician Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. JAMA 1999 Oct 20; 282(15):1458-65
- [9] Meissner HI, Breen N, Yabroff R. Whatever happened to clinical breast examination? A M J Prev Med 2003; 25(3): 259-63

- [10] Miller AB, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial.
- [11] Sankaranarayanan R, Ramadas K, Somanathan T, Richard M, Prabhakar J, Augustine P et al. Clinical Breast Examination: Preliminary Results from a Cluster Randomized Controlled Trial in India. J Natl Cancer Inst 2011;103:1–5
- [12] Davis DA, Taylor-Vaisey A: Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. CMAJ 1997, 157:408-16

Figure 1 - Distribution of study sample in relation to the interview status.

Table 1 - Distribution of socio demographic variables according to the reason for the visit to a Brazilian Public Care System primary care unit, women aged 18 years old or older, Rio de Janeiro, Brazil, 2010

Variable	Reason for the clinical visit		
	Routine exam	Gynecological complaints	p-value ^a
	n (%)	n (%)	
Age			
18 to 39 years old	362 (51.7)	159 (56.4)	0.18
40 years old or over	338 (48.3)	123 (43.6)	
Education level			
Incomplete high school	484 (69.1)	208 (73.8)	0.15
Complete high school or above	216 (30.9)	74 (26.2)	
<i>Per capita familial household income (in minimum wages number)</i>			
One minimum wage or less	594(84.9)	257 (91.1)	0.01
Above one minimum wage	106 (15.1)	25 (8.9)	
Total	700 (100)	282 (100)	-

(a) p-value of Qui-square test

Table 2 - Prevalence rates, prevalence rate ratios, and absolute differences between the prevalence rates of not performing a clinical breast examination, during the last gynecological clinical visit at health care units of the Brazilian Public Care System, according to the reason for the clinical visit, women aged 18 years or over, stratified by age, educational level and per capita household income, Rio de Janeiro, Brazil, 2010

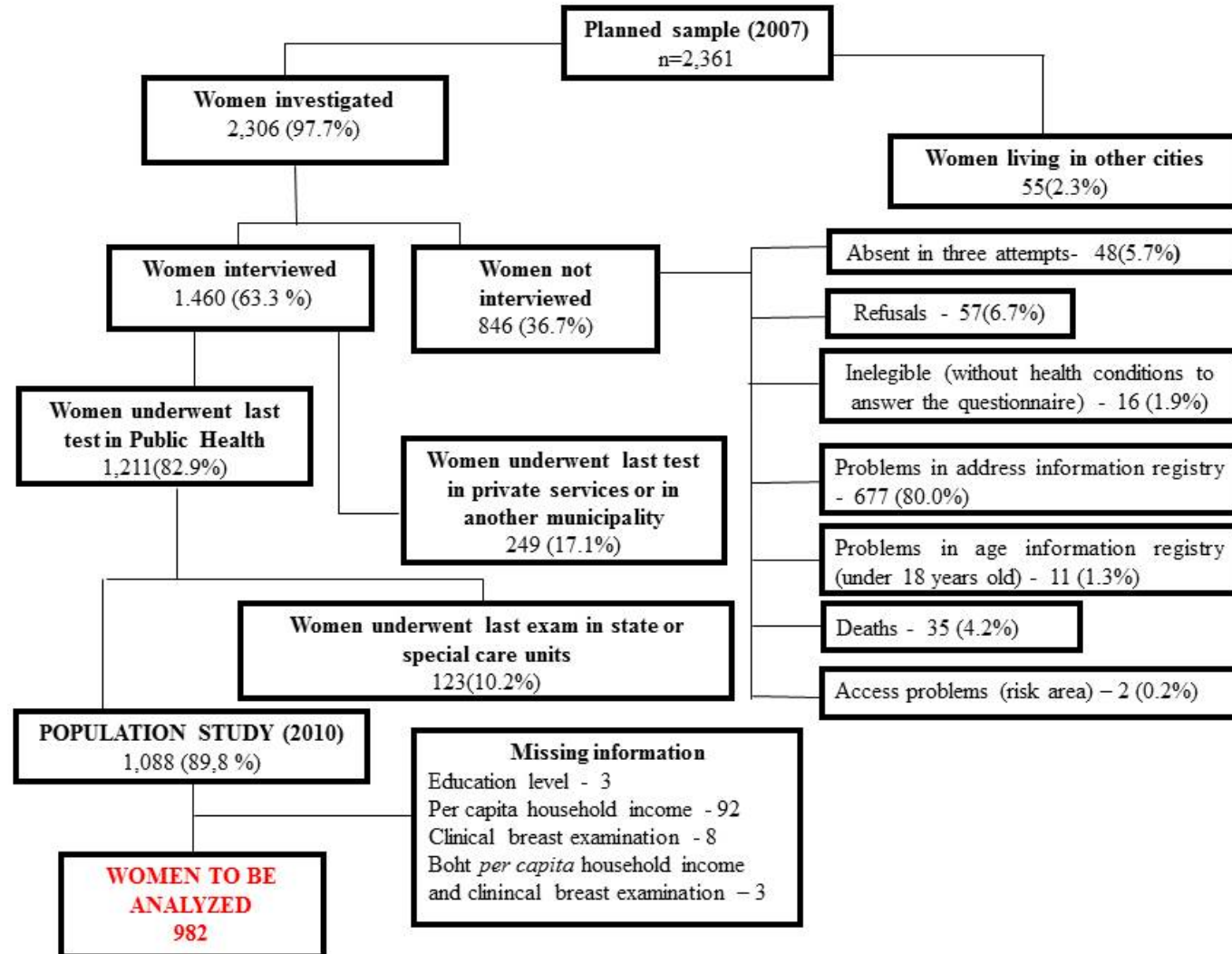
Variable	Reason that motivated the clinical visit		Unadjusted prevalence ratios	Unadjusted absolute difference between prevalences (%)	Total (%)
	Routine exams	Gynecological complaints			
	%	%			
Total	15.0^a	27.3	1.8	12.3	18.5
Age					
18 to 39 years old	21.3	27.7	1.3	6.4	23.2 ^a
40 years old or over	8.3	26.8	3.2 ^b	18.5 ^c	13.2
Education level					
Incomplete high school	15.5	26.0	1.7	10.5	18.6
Complete high school or above	13.9	31.1	2.2	17.2	18.3
Per capita household income (in minimum wages number)					
One minimum wage or less	15.8	28.4	1.8	12.6	19.6 ^a
Above one minimum wage	10.4	16.0	1.5	5.6	11.4

(a) p-value for the chi-square test < 0.05

(b) p-value for multiplicative interaction = 0.001

(c) p-value for additive interaction = 0.04

Figure 1 - Distribution of study sample in relation to the interview status



ANEXO I - Aspectos metodológicos da pesquisa

“Estudo dos fatores que influenciam o seguimento das mulheres que realizam o exame preventivo para o câncer de colo de útero na rede SUS no município do Rio de Janeiro”

A pesquisa tinha como objetivo estudar os fatores que influenciam o seguimento de mulheres que realizaram o exame preventivo para o câncer do colo do útero na rede SUS, no município do Rio de Janeiro, desde o retorno para obtenção do resultado do exame até a confirmação diagnóstica e o tratamento de casos positivos.

O projeto foi apresentado à equipe de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro (SMS/RJ) e aos responsáveis pelas Coordenações de Áreas de Planejamento (CAPs). Ele foi aprovado no Comitê de Ética dessa Secretaria e foi aprovado em 07/07/2008 (109/08).

Inicialmente, foi organizado o cadastro do SITEC (responsável pela leitura de 92,4%⁵ dos exames no município do Rio de Janeiro em 2007) tendo em vista a elaboração do plano de amostragem. Este processo consistiu na exclusão das unidades de saúde que não fazem parte do município do Rio de Janeiro, bem como das mulheres que não residem neste mesmo município. Além disso, todos os endereços do banco foram revisados, através de mapas digitais (Google Map, Google Earth e Terra Mapa). Foram consideradas as informações do último exame realizado, naquele ano, para cada mulher.

Devido aos objetivos da pesquisa a população de mulheres foi dividida em três grupos (subpopulações) ou extratos: mulheres com resultado de exame negativo (nenhum tipo de atipia); mulheres cuja recomendação foi repetir o exame após 6 meses e mulheres cuja recomendação foi fazer a colposcopia. Além das subpopulações especificadas anteriormente, também se levou em consideração as 10 CAPs por apresentarem características diferenciadas em termos de organização da rede de atendimento a saúde da mulher. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos exames pelas condutas e segundo as CAPs.

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero e Sistema de Informação do Câncer do Câncer de Mama – SISCOLO/SISMAMA**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/siscam/siscam.php>. Acesso em: 06 jun. 2013.

Tabela 1 - Distribuição dos exames por resultado/condução, segundo as coordenações das áreas de planejamento

CAP	Negativos	Repetir o exame após 6 meses	Colposcopia	Total
1.0	18.771	1.083	212	20.066
2.1	12.258	703	146	13.107
2.2	8.959	513	98	9.570
3.1	19.364	1.127	252	20.743
3.2	18.393	938	205	19.536
3.3	17.893	1.028	248	19.169
4.0	15.752	917	227	16.896
5.1	20.334	1.299	309	21.942
5.2	23.972	1.271	275	25.518
5.3	20.539	1.009	210	21.758
Total	176.235	9.888	2.182	188.305

A partir desse banco foi construída uma amostra aleatória representativa para o município do Rio de Janeiro em relação ao conjunto de exames realizados pelo SITEC no ano de 2007, amostra por conglomerados com dois estágios de seleção. Os domínios foram às CAPs. O primeiro estágio de seleção foi composto pelas unidades de saúde e o segundo estágio pelas mulheres que foram submetidas ao exame citopatológico dentro das unidades de saúde selecionadas.

A seleção das unidades foi realizada dentro das suas respectivas CAPs, sendo o quantitativo de unidades primárias a serem selecionadas iguais a 1/3 (do total de unidades dentro das CAP). O critério de 1/3 levou em consideração a distribuição espacial e foi adotado tendo em visto os custos do projeto. As unidades foram selecionadas com probabilidade proporcional a uma medida de tamanho (quantitativo de exames realizados). As pacientes foram selecionadas de forma sistemática.

Para o dimensionamento do tamanho da amostra foram considerados os três subgrupos de análise: mulheres com resultado de exame negativo (nenhum tipo de atipia); mulheres cuja recomendação foi repetir o exame de 6 meses e mulheres cuja recomendação foi fazer a colposcopia. Para cada subgrupo foi dimensionado um tamanho de amostra considerando um nível de significância de 5%, uma precisão relativa de 20% e o percentual de 13% de mulheres que não conseguiram pegar o exame (PINHO et al., 2003). A amostra foi acrescida de uma perda estimada de 40% para possíveis perdas devido às modificações no cadastro original de endereços fornecido pelo SITEC. Posteriormente as amostras para cada subgrupo

foram alocadas proporcionalmente (quantitativo de exames) em cada CAP e distribuídas de forma uniforme em cada unidade de saúde selecionada (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição da amostra da pesquisa pelo tipo de conduta, segundo as coordenações das áreas de planejamento e a unidades de saúde selecionadas.

CAP/Unidade selecionada	Negativo	Repetir o exame após 6 meses	Colposcopia	Total
CAP - 1.0	96	92	64	252
HESFA - UFRJ	24	23	17	64
CMS José Messias do Carmo	24	23	13	60
Policlínica Antonio Ribeiro Netto	24	23	17	64
CMS Oswaldo Cruz	24	23	17	64
CAP - 2.1	63	60	36	159
CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues	21	20	16	57
PS Doutor Albert Sabin	21	20	16	57
PS Doutor Rodolpho Perissé	21	20	4	45
CAP - 2.2	45	45	30	120
CMS Heitor Beltrão	15	15	10	40
CMS Maria Augusta Estrella	15	15	10	40
Policlínica Hélio Pellegrino	15	15	10	40
CAP - 3.1	100	95	76	271
CSE Germano Sinval Faria	20	19	16	55
CMS Américo Velloso	20	19	14	53
Policlínica José Paranhos Fontenelle	20	19	16	55
Policlínica Maria Cristina Roma Paugarten	20	19	14	53
PS Doutor José Breves dos Santos	20	19	16	55
CAP - 3.2	93	81	66	240
CMS Milton Fontes Magarão	31	27	22	80
Policlínica Rodolpho Rocco	31	27	22	80
PS Doutor Renato Rocco	31	27	22	80
CAP - 3.3	92	88	51	231
Hospital Maternidade Alexander Fleming	23	22	8	53
Policlínica Alberto Borgeth	23	22	13	58
PS Doutor Nascimento Gurgel	23	22	15	60
PSF Sylvio Frederico Brauner	23	22	15	60
CAP - 4.0	80	80	65	225
CMS Harvey Ribeiro de Souza Filho	20	20	11	51
CMS Jorge Saldanha Bandeira de Mello	20	20	18	58
Hospital Federal Cardoso Fontes	20	20	18	58
CMS Hamilton Land	20	20	18	58
CAP - 5.1	105	110	92	307
PSF Doutor Silvio Barbosa	21	22	18	61
CMS Waldir Franco	21	22	20	63
Policlínica Manoel Guilherme da Silveira	21	22	20	63
PS Doutor Athayde José da Fonseca	21	22	20	63
PS Alexander Fleming	21	22	14	57
CAP - 5.2	120	108	79	307
CMS Belizário Penna	20	18	15	53
PS Doutor Alvimar de Carvalho	20	18	15	53
PS Prof Mário Vitor de Assis Pacheco	20	18	15	53
PS Doutor Pedro Nava	20	18	9	47
PS Doutor Mário Rodrigues Cid	20	18	15	53
PS Prof Edgard Magalhães Gomes	20	18	10	48
CAP - 5.3	105	85	59	249
Policlínica Lincoln de Freitas Filho	21	17	13	51
PS Doutor Aluísio Amâncio da Silva	21	17	8	46
PS Doutora Maria Aparecida Almeida	21	17	13	51
PS Doutor Décio do Amaral Filho	21	17	13	51
PS Prof Ernani de Paiva Ferreira Braga	21	17	12	50
Total	899	844	618	2.361

Devido ao intervalo de três anos e a possibilidade das mulheres terem sido submetidas a novos exames citopatológicos optou-se por obter informações sobre o último exame citopatológico realizado. Um fato observado no estudo foi que uma informante selecionada a partir de uma determinada unidade poderia ter realizado esse último exame em outra unidade de saúde do SUS ou mesmo na rede privada. De fato, observou-se que 17,9% fizeram o exame numa nova unidade da mesma CAP e 5,6% das mulheres o fizeram em unidade de outra CAP (Tabelas 3 e 4). Sendo assim, as probabilidades de seleção das unidades de saúde e das pacientes foram automaticamente alteradas, impossibilitando o processo de expansão estabelecido na amostra inicial. Outro fator que interfere nesse processo está relacionado às não entrevistas. Em consequência desse processo amostra tornou-se não probabilística.

Tabela 3 - Distribuição das unidades de saúde referidas nas entrevistas, segundo CAP e ano de realização do último exame citopatológico.

CAP	Número de entrevistas	Ano de realização do último exame citopatológico			
		2007	2008	2009	2010
CAP 1.0					
H.E.S.F.A. - U. F. R. J.*	10	2	1	2	5
SMS/RJ-CMS JOSE MESSIAS DO CARMO*	23	3	0	4	16
SMS/RJ-POLICLÍNICA ANTONIO RIBEIRO NETTO (13 MAIO)*	15	1	4	3	7
SMS/RJ-CMS OSWALDO CRUZ (H. VALADARES)*	15	1	3	5	6
SMS/RJ-CMS MARCOLINO CANDAU	2	0	0	0	2
SMS/RJ-CMS ERNESTO ZEFERINO TIBAU JUNIOR	4	1	1	1	1
SMS/RJ-HOSP. MATERN. MUNICIPAL FERNANDO MAGALHÃES	3	0	0	2	1
SMS/RJ-CMS FERNANDO A BRAGA LOPES (PSF DO CAJU)	1	0	0	0	1
SMS/RJ-CMS ERNANI AGRICOLA	1	0	0	0	1
Total	74	8	9	17	40
CAP 2.1					
SMS/RJ-CMS DR ALBERT SABIN*	25	4	5	6	10
SMS/RJ-CMS DR RODOLPHO PERISSE*	8	1	1	4	2
SMS/RJ-CMS PINDARO DE CARVALHO RODRIGUES*	14	2	3	4	5
SMS/RJ-CMS JOAO BARROS BARRETO	2	0	0	0	2
SMS/RJ-CMS MANOEL JOSE FERREIRA	1	0	0	1	0
SMS/RJ-CMS DOM HELDER CAMARA (BOTAFOGO)	2	0	1	0	1
SMS/RJ-CF MARIA DO SOCORRO SILVA E SOUZA	1	0	0	0	1
Total	53	7	10	15	21
CAP 2.2					
SMS/RJ-CMS HEITOR BELTRAO*	9	2	2	2	3
SMS/RJ-CMS MARIA AUGUSTA ESTRELLA*	20	5	1	10	4
SMS/RJ-POLICLÍNICA HELIO PELLEGRINO (PÇA BANDEIRA)*	12	1	0	3	8

CAP	Número de entrevistas	Ano de realização do último exame citopatológico			
		2007	2008	2009	2010
SMS/RJ-CMS CARLOS FIGUEIREDO FILHO (BOREL)	1	0	0	1	0
SMS/RJ-CMS CASA BRANCA	1	0	0	1	0
SMS/RJ-CMS PARQUE VILA ISABEL	1	0	0	0	1
Total	44	8	3	17	16
CAP 3.1					
C.S.E. GERMANO SINVAL FARIA*	16	3	4	8	1
SMS/RJ-CMS AMERICO VELOSO*	21	1	5	8	7
SMS/RJ-CMS M ^a CRISTINA R PAUGARTTEN -RAMOS*	17	5	3	9	0
SMS/RJ-CMS DR JOSE BREVES DOS SANTOS*	19	3	2	10	4
SMS/RJ-POL. JOSE PARANHOS FONTENELLE (PENHA)*	14	5	2	5	2
SMS/RJ-POLICLÍNICA NEWTON ALVES CARDOSO(ILHA DO GOVERNADOR)	1	1	0	0	0
SMS/RJ-CMS MADRE TERESA DE CALCUTA - ILHA	1	0	0	1	0
SMS/RJ-CMS SAMORA MACHEL	2	0	0	1	1
SMS/RJ-CMS 14 DE JULHO	4	0	0	3	1
SMS/RJ-CMS OPERARIO VICENTE MARIANO	1	0	0	1	0
SMS/RJ-CMS VILA DO JOAO	3	0	1	0	2
SMS/RJ-CF ZILDA ARNS (PSF ADEUS)	1	0	1	0	0
Total	100	18	18	46	18
CAP 3.2					
SMS/RJ-CMS MILTON FONTES MAGARÃO*	24	5	4	11	4
SMS/RJ-POLICLÍNICA RODOLPHO ROCCO*	36	8	9	18	1
SMS/RJ-CMS DR RENATO ROCCO*	29	6	2	15	6
SMS/RJ-CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	2	0	0	2	0
SMS/RJ-HOSP. MATERN. CARMELA DUTRA	2	0	1	1	0
SMS/RJ-CMS DR EDUARDO ARAUJO V. LEITE	1	0	0	0	1
Total	94	19	16	47	12

CAP	Número de entrevistas	Ano de realização do último exame citopatológico			
		2007	2008	2009	2010
CAP 3.3					
SMS/RJ-CMS DR NASCIMENTO GURGEL*	25	4	8	9	4
SMS/RJ-HOSP. MATERN. ALEXANDER FLEMING*	17	9	1	3	4
SMS/RJ-CMS ALBERTO BORGETH (MADUREIRA)*	10	3	3	2	2
SMS/RJ-CMS SYLVIO FREDERICO BRAUNER*	22	6	3	9	4
HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA - HOSPITAL DE ACARI	4	0	0	1	3
SMS/RJ-CMS CARMELA DUTRA	2	0	1	0	1
SMS/RJ-CMS DR MARIO OLINTO DE OLIVEIRA	1	0	0	1	0
SMS/RJ-CMS ENFª EDMA VALADAO	1	0	0	1	0
SMS/RJ-CMS AUGUSTO DO AMARAL PEIXOTO	2	1	0	1	0
SMS/RJ-CMS FAZENDA BOTAFOGO	4	1	0	3	0
SMS/RJ-PSF FUBÁ - CAMPINHO	2	0	0	1	1
SMS/RJ-CMS PORTUS E QUITANDA	3	0	1	0	2
Total	93	24	17	31	21
CAP 4.0					
SMS/RJ-CMS HARVEY RIBEIRO DE SOUZA FILHO	31	3	18	10	0
SMS/RJ-CMS JORGE SALDANHA BANDEIRA DE MELLO	11	1	3	7	0
SMS/RJ-POLICLÍNICA NEWTON BETHLEM (JACAREPAGUÁ)	3	1	0	0	2
SMS/RJ-CMS CECILIA DONNANGELO	1	0	0	0	1
SMS/RJ-CMS HAMILTON LAND	38	8	9	8	13
Total	84	13	30	25	16
CAP 5.1					
SMS/RJ-CMS WALDYR FRANCO*	15	3	3	8	1
SMS/RJ-POLICLÍNICA MANOEL G DA SILVEIRA Fº (BANGU)*	44	7	11	21	5
SMS/RJ-CMS ATHAYDE JOSE DA FONSECA*	31	8	2	11	10
SMS/RJ-CMS ALEXANDER FLEMING*	21	10	9	0	2
SMS/RJ-CMS DR SILVIO BARBOZA*	8	3	4	1	0

CAP	Número de entrevistas	Ano de realização do último exame citopatológico			
		2007	2008	2009	2010
SMS/RJ-CMS BUA BOANERGES BORGES DA FONSECA	1	0	0	0	1
SMS/RJ-CMS DR EITEL PINHEIRO DE OLIVEIRA LIMA	1	0	0	1	0
SMS/RJ-CMS DR HENRIQUE MONAT	1	1	0	0	0
SMS/RJ-CMS PADRE MIGUEL	1	0	0	1	0
SMS/RJ-CMS PROF MASAO GOTO	1	0	0	0	1
SMS/RJ-CMS CANCELA PRETA	2	1	0	1	0
SMS/RJ-CMS BATAN	2	1	0	1	0
SMS/RJ-CMS JACARÉ E CAVALO DE AÇO	7	1	3	3	0
SMS/RJ-CMS MINUANO	5	0	2	2	1
SMS/RJ-CMS VILA DOS MINÉRIOS	1	0	1	0	0
SMS/RJ-CMS VILA MORETTI	6	0	2	4	0
Total	147	35	37	54	21
CAP 5.2					
SMS/RJ-CMS BELIZARIO PENNA*	25	15	4	5	1
SMS/RJ-CMS DR ALVIMAR DE CARVALHO*	13	4	4	4	1
SMS/RJ-CMS DR MARIO RODRIGUES CID*	30	15	7	7	1
SMS/RJ-CMS DR MARIO VITOR DE ASSIS PACHECO*	22	9	4	9	0
SMS/RJ-CMS DR PEDRO NAVA*	25	8	9	8	0
SMS/RJ-CMS PROF EDGARD MAGALHAES GOMES*	22	4	5	13	0
SMS/RJ-POLICLÍNICA CARLOS ALBERTO NASCIMENTO	1	0	0	1	0
SMS/RJ-CMS DR ADAO PEREIRA NUNES	3	1	2	0	0
SMS/RJ-CMS DR OSWALDO VILELLA	2	0	0	2	0
SMS/RJ-CMS PROF MANOEL DE ABREU	1	0	0	1	0
SMS/RJ-CMS AGUIAR TORRES	4	1	2	1	0
SMS/RJ-CMS JARDIM ANAPOLIS	2	0	0	1	1
CLÍNICA DA FAMÍLIA DAVID CAPISTRANO FILHO	2	0	1	1	0
CLÍNICA DA FAMÍLIA ROGÉRIO ROCCO	1	0	0	1	0

CAP	Número de entrevistas	Ano de realização do último exame citopatológico			
		2007	2008	2009	2010
SMS/RJ-PSF JARDIM GUARARAPES	1	0	0	1	0
SMS/RJ-CMS VILA DO CEU	4	0	1	3	0
SMS/RJ-CMS VILA SÃO JORGE	1	0	1	0	0
Total	159	57	40	58	4
CAP 5.3					
SMS/RJ-POLICLÍNICA LINCOLN DE FREITAS FILHO*	23	6	5	11	1
SMS/RJ-CMS ALOYSIO AMANCIO DA SILVA*	16	1	6	9	0
SMS/RJ-CMS DR DECIO DO AMARAL FILHO*	20	4	2	13	1
SMS/RJ-CMS DRª MARIA APARECIDA DE ALMEIDA*	43	12	13	18	0
SMS/RJ-CMS PROF ERNANI DE PAIVA F. BRAGA*	33	10	8	14	1
SMS/RJ-CMS CESARIO DE MELO	1	0	0	1	0
SMS/RJ-CMS DR CATTAPRETA	2	0	1	1	0
SMS/RJ-CMS EMYDIO CABRAL	1	0	0	1	0
SMS/RJ-CMS ENFª FLORIPES GALDINO PEREIRA	2	0	0	2	0
SMS/RJ-CMS PROF WALDEMAR BERARDINELLI	1	0	0	1	0
SMS/RJ-CMS PROFESSOR ADELINO SIMÕES	1	0	0	1	0
SMS/RJ-CMS BARRO VERMELHO	5	1	0	4	0
SMS/RJ-CMS MAIA BITTENCOURT FAZENDA MODELO I	1	0	0	1	0
Total	149	34	35	77	3
Total geral	997	223	215	387	172

Tabela 4 – Panorama do trabalho de campo

CAP	Amostra planejada	Total de mulheres selecionadas não moradoras do mun. RJ (pré-campo)*	Total de mulheres a serem pesquisadas	Entrevista realizadas*		Entrevista não realizadas*		Mulheres excluídas da análise* ^a		Mulheres para análise*		Fizeram o último exame na rede SUS do mun RJ						Fizeram o último exame no SUS fora do mun RJ ou na rede particular*	
												Total**		Migraram para outra unidade**		Migraram para outra Cap**			
				n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.0	252	8	244	123	50,4	121	49,6	8	3,3	115	47,1	91	79,1	22	19,1	12	10,4	24	20,9
2.1	159	0	159	81	50,9	78	49,1	10	6,3	71	44,7	55	77,5	13	18,3	0	0,0	16	22,5
2.2	120	4	116	76	65,5	40	34,5	7	6,0	69	59,5	54	78,3	12	17,4	6	8,7	15	21,7
3.1	271	6	265	134	50,6	131	49,4	16	6,0	118	44,5	101	85,6	17	14,4	4	3,4	17	14,4
3.2	240	3	237	142	59,9	95	40,1	23	9,7	119	50,2	105	88,2	8	6,7	4	3,4	14	11,8
3.3	231	7	224	129	57,6	95	42,4	11	4,9	118	52,7	99	83,9	22	18,6	5	4,2	19	16,1
4.0	225	2	223	141	63,2	82	36,8	29	13,0	112	50,2	92	82,1	15	13,4	6	5,4	20	17,9
5.1	307	1	306	209	68,3	97	31,7	11	3,6	198	64,7	142	71,7	44	22,2	9	4,5	56	28,3
5.2	307	21	286	225	78,7	61	21,3	10	3,5	215	75,2	179	83,3	54	25,1	17	7,9	36	16,7
5.3	249	3	246	200	81,3	46	18,7	3	1,2	197	80,1	170	86,3	31	15,7	12	6,1	27	13,7
Total	2.361	55	2.306	1.460	63,3	846	36,7	128	5,6	1.332	57,8	1.088	81,7	238	17,9	75	5,6	244	18,3

(*) Percentual calculado em relação as mulheres pesquisadas

(**) Percentual calculado em relação as mulheres para análise

(a) Unidades excluídas da análise por serem especializadas, terciárias ou estaduais

Planejamento do trabalho de campo

Devido à complexidade e espalhamento da amostra, retornou-se à Secretaria Municipal de Saúde para discutir com a equipe do Programa de Controle de Câncer e os representantes das Divisões de Atenção e Programas de Saúde (DAPS) as estratégias para recrutamento de entrevistadores e a possibilidade de realização das entrevistas em algumas unidades, caso necessário.

Nessa reunião estabeleceu-se que os representantes das DAPS entrariam em contato com as direções das unidades de saúde selecionadas na amostra para discutir a possibilidade de realização de algumas entrevistas em suas dependências, com entrevistadores recrutados e treinados pela equipe do projeto.

Desenvolvimento dos instrumentos de coleta de dados

Questionário das unidades de saúde

Todas as unidades de saúde selecionadas foram visitadas. Para caracterizar as unidades quanto ao nível de complexidade, estrutura, modo de funcionamento e acesso geográfico foi construído um formulário específico. Esse formulário foi aplicado aos profissionais de saúde diretamente envolvidos no atendimento de mulheres que buscam o exame preventivo e/ou atendimento ginecológico ou no gerenciamento do programa saúde da mulher, indicados pela direção da unidade.

Questionário individual

Foi desenvolvido um questionário para as mulheres selecionadas bem como um manual para os entrevistadores.

O questionário das mulheres foi composto por perguntas sobre idade, local de nascimento, situação conjugal, escolaridade, raça, religião, percepção sobre o estado de saúde, conhecimentos da mulher em relação ao exame preventivo, informações sobre o último exame realizado, realização de exames de detecção para o câncer de mama e outros aspectos ginecológicos.

Pré-teste do instrumento de coleta de dados epidemiológicos

O pré-teste dos instrumentos de coleta foram realizados em quatro unidades de saúde que não foram selecionadas para a amostra: duas na CAP 3.3 (Centro Municipal de Saúde Clementino Fraga e Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro) e duas na CAP 5.2 (Posto de Saúde Dr. Oswaldo Villela e o Posto de Saúde Prof. Manoel de Abreu). Foram realizadas 50 entrevistas nessa etapa. Após a conclusão do pré-teste, os pesquisadores se reuniram para analisar o desempenho do instrumento e realizar os ajustes, em caso de necessidade.

Visitas às CAPs e respectivas unidades de saúde selecionadas

Tendo em vista a seleção e organização da logística para a realização das entrevistas, a equipe de campo apresentou o projeto nas 10 CAPs.

Durante essas visitas de apresentação do projeto, as unidades forneceram informações sobre as condições de circulação em cada área, possíveis estratégias e alternativas de convocação das mulheres selecionadas para realização de entrevistas nas próprias unidades de saúde, bem como possibilidades de recrutamento de entrevistadoras residentes na própria região.

Coleta de dados

Para a realização do trabalho de campo foi formada uma equipe composta de um coordenador do trabalho de campo, três supervisores e por um número variável de entrevistadoras locais. Foram treinadas 147 mulheres, das quais 74 participaram do trabalho de campo como entrevistadoras.



Foram realizadas visitas a todas as unidades de saúde selecionadas na amostra, no primeiro estágio, para atualização dos dados cadastrais das mulheres selecionadas no segundo estágio. Somente em uma unidade não foi possível à realização da entrevista: o Hospital Cardoso Fontes (CAP 4.0), pois estava sob intervenção na ocasião, totalizando 41 unidades.

Armazenamento dos dados

Todos os questionários foram analisados, criticados e codificados por uma equipe interna de codificação antes de serem digitados num banco de dados do aplicativo Epi-info 6.0. Para controlar a qualidade da digitação foi utilizado o processo de dupla digitação.

ANEXO II - Considerações éticas

a) Comitê de ética do Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS)



Memo. 119/07-CEP-INCA Rio de Janeiro, 18 de junho de 2007

A(o): Dra. Liz Maria de Almeida
Pesquisador(a) Principal

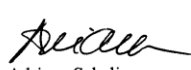
Registro CEP nº 096/06: (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)
Título do Projeto: "Estudo dos fatores de influência sobre o seguimento de mulheres que realizam o exame preventivo para o Câncer de Colo de Útero na rede SUS no Município do Rio de Janeiro"

Prezada Pesquisadora

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer aprovou o Protocolo intitulado: Estudo dos fatores de influência sobre o seguimento de mulheres que realizam o exame preventivo para o Câncer de Colo de Útero na rede SUS no Município do Rio de Janeiro bem como o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em 18 de junho de 2007.


Estamos encaminhando a documentação pertinente para a CONEP com vistas a registro e arquivamento.

Atenciosamente



Dra. Adriana Scheliga
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
CEP-INCA

www.inca.gov.br



b) Comitê de ética do Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS)

RIO

Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 113/2008

Rio de Janeiro, 07 de julho de 2008.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

Coordenador:
Carlos Scherr

Vices-Coordenadores:
Salésia Felipe de Oliveira
Mariângela Freitas Lavor

Membros:
Carla Lopes Porto Brasil
Carlos Alberto Maia
Carlos Alberto Pereira de Oliveira
Elisete Casotti
José M. Salame
Jucema Fabrício Vieira
Lindalva Guerra Bras
Márcia Constância P. A. Gomes
Maria Alice Gunzburger
Milene Rangel da Costa
Rafael Aron Abitbol
Rondineli Mendes da Silva
Sandra Regina Victor
Sérgio Aquino
Suzane Oliveira de Menezes

Secretária Executiva:
Carla Costa Vianna

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 109/08

TÍTULO: Estudo dos fatores que influenciam o seguimento das mulheres que realizam o exame de preventivo para o câncer de colo de útero na rede SUS no município do Rio de Janeiro.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Liz Maria de Almeida.


UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Subsecretaria de Ações e Serviços em Saúde.

DATA DA APRECIÇÃO: 07/07/2008.

PARECER: APROVADO

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
CEP: 20211-901
Tel: 2503-2024 / 2503-2026 - E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
IRB nº: 00005577

c) Comitê de ética do IESC/UFRJ

INSTITUTO DE ESTUDOS EM
SAÚDE COLETIVA - IESC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ESTUDO DOS FATORES QUE INFLUENCIAM O SEGUIMENTO DAS MULHERES QUE REALIZAM O EXAME PREVENTIVO PARA O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA REDE SUS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Pesquisador: Luís Felipe Leite Martins

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 21879113.4.0000.5286

Instituição Proponente: INSTITUTO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: Coordenação Geral Técnico-Científica

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 928.298

Data da Relatoria: 03/02/2015

Apresentação do Projeto:

O trabalho aborda um tema importante para a Saúde Pública: a detecção precoce do câncer do colo do útero. Apesar do conhecimento cada vez maior nesta área, a abordagem mais efetiva para o controle do câncer do colo útero continua sendo o rastreamento por meio do exame preventivo (exame citopatológico). No entanto, a despeito dos esforços crescentes para melhorar a eficiência dos programas de prevenção do câncer do colo do útero, ou seja, de aumentar o número de mulheres examinadas com qualidade, a manutenção de altas taxas de incidência e de mortalidade no Brasil mostra que são necessárias medidas que revertam a situação atual. Para o programa ser efetivo se faz necessário que a cobertura seja elevada e que o tratamento das lesões detectadas seja realizado. Uma etapa essencial para o tratamento oportuno é a busca dos resultados de exames. Pouco se conhece sobre esse aspecto. Esse trabalho busca avaliar a proporção de mulheres que buscaram o resultado do exame citopatológico na Rede SUS do município do Rio de Janeiro. Os dados são provenientes de um estudo transversal de base populacional com amostra probabilística. A tese será apresentada na forma tradicional. Dessa forma, o presente projeto apresenta seções relativas ao estudo da proporção de mulheres que buscaram o resultado do

Endereço: Praça Jorge Machado Moreira, nº 100-Prefeitura Universitária

Bairro: Ilha do Fundão

CEP: 21.941-598

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-2598

Fax: (21)1270-0097

E-mail: cep.iesc@gmail.com

INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA - IESC



Continuação do Parecer: 928.298

exame citopatológico, sendo, adicionalmente, apresentado no apêndice, um artigo relacionado ao projeto e nos anexos os instrumentos de coleta de dados. Na introdução são apresentados tópicos relativos ao câncer do colo do útero (história natural, fatores de risco, métodos de diagnóstico de lesões precursoras, estadiamento e o tratamento). São enfatizadas todas as fases do processo de rastreamento (desde a realização do exame até a adesão ao tratamento). Para uma melhor compreensão do processo de análise deste trabalho foi inserida também uma seção sobre modelagem multinível, técnica estatística que trabalha com observações aninhadas, que no nosso caso serão pacientes agrupados dentro de unidades de saúde. A compreensão do papel da unidade de saúde, além dos comportamentos dos profissionais de saúde em relação ao retorno das pacientes serão os diferenciais desse projeto. O artigo é referente ao resultado de um trabalho que consistiu na investigação da prática de exames clínicos das mamas e solicitação de mamografia para mulheres entre 50 e 59 anos na consulta ginecológica na qual foi realizado o exame citopatológico.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Investigar a proporção de mulheres que não retornaram a unidade de saúde para buscar o resultado do exame e os fatores associados ao não retorno em mulheres residentes no Município do Rio de Janeiro.

Objetivos secundários: Identificar o perfil da paciente que não retorna a unidade de saúde para buscar o resultado do seu exame, na rede SUS do município do Rio de Janeiro; Investigar se as características sócio-demográficas das pacientes que são submetidas ao exame citopatológico na Rede SUS, como idade, estado civil, escolaridade ou renda estão associadas ao não retorno à unidade de saúde para a busca do resultado. Investigar se aspectos relacionados à organização da unidade de saúde para a realização do exame citopatológico, como o número de vagas para atendimento, tempo de atendimento, formas de marcação do retorno para busca do resultado estão associados ao não retorno à unidade de saúde para a busca do resultado. Investigar se aspectos relacionados ao profissional de saúde, como grau de satisfação da paciente com o atendimento, instruções e aconselhamentos sobre o exame citopatológico, estão associados ao não retorno à unidade de saúde para a busca do resultado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de estudo que utilizará banco de dados elaborado a priori; porém nesta etapa da pesquisa (relacionada ao doutorando) foi realizada entrevista em 1.460 mulheres (63,3% da amostra inicial) sendo que destas 1088 foram consideradas elegíveis. Bem como aplicado um questionário a um dos profissionais de saúde diretamente envolvidos no atendimento de mulheres que buscam

Endereço: Praça Jorge Machado Moreira, nº 100-Prefeitura Universitária			
Bairro: Ilha do Fundão		CEP: 21.941-598	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO		
Telefone: (21)3938-2598	Fax: (21)1270-0097	E-mail: cep.iesc@gmail.com	

INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA - IESC



Continuação do Parecer: 928.298

o exame preventivo e/ou atendimento ginecológico, que tem como objetivo caracterizar as unidades quanto ao nível de complexidade, estrutura, modo de funcionamento e acesso geográfico. O questionário das mulheres continha perguntas sobre idade, local de nascimento, situação conjugal, escolaridade, raça, religião, percepção sobre o estado de saúde, conhecimentos da mulher em relação ao exame preventivo, informações sobre o último exame realizado, solicitação e realização de exames de detecção para o câncer de mama e outros aspectos de história reprodutiva e hormonal. Bases de dados secundárias serão também utilizadas para qualificar e ampliar as informações sobre a adequação a conduta. Ou seja, não há riscos para os sujeitos da pesquisa; ao contrário, os benefícios serão de importância vital para o organização do sistema de saúde do município, particularmente no que tange ao câncer de colo uterino.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa já realizado pelo INCA em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O pesquisador principal utilizará os dados da pesquisa para a confecção de sua tese de doutorado conforme explicitado pelo mesmo. Há autorização da coordenadora do projeto que é sua co-orientadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os documentos faltantes

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto deve ser aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Praça Jorge Machado Moreira, nº 100-Prefeitura Universitária
Bairro: Ilha do Fundão **CEP:** 21.941-598
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2598 **Fax:** (21)1270-0097 **E-mail:** cep.iesc@gmail.com

INSTITUTO DE ESTUDOS EM
SAÚDE COLETIVA - IESC



Continuação do Parecer: 928.298

RIO DE JANEIRO, 05 de Janeiro de 2015

Assinado por:
Egleubia Andrade de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Praça Jorge Machado Moreira, nº 100-Prefeitura Universitária
Bairro: Ilha do Fundão **CEP:** 21.941-598
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2598 **Fax:** (21)1270-0097 **E-mail:** cep.iesc@gmail.com

d) **Termo de consentimento informado, livre e esclarecido**

Estudo dos fatores que influenciam o seguimento das mulheres que realizam o exame preventivo para o câncer de colo de útero na rede SUS no município do Rio de Janeiro

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do informante: _____

CAP _____ **US** _____

Introdução

Este Consentimento Informado explica o projeto de pesquisa para o qual você está sendo convidada a participar. Por favor, leia atentamente o texto abaixo e esclareça todas as suas dúvidas antes de decidir participar. Você poderá pedir esclarecimentos adicionais a qualquer momento após ter tomado a decisão de participar da pesquisa.

Objetivos do estudo

Este é um projeto de pesquisa realizado pelo Instituto Nacional de Câncer – INCA. O INCA é responsável, perante o Ministério da Saúde, pela Política de Controle do Câncer, incluindo os seus fatores de risco. Esta pesquisa tem por objetivo estudar os fatores relacionados ao seguimento de mulheres residentes no Município do Rio de Janeiro, que realizam exames preventivos nas Unidades de saúde do SUS. Esta pesquisa está sendo financiada pela FAPERJ (Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro) e pelo Ministério da Saúde.

Como é feita a pesquisa

Serão realizadas entrevistas individuais, em cada domicílio, na unidade de saúde ou em outro local de sua conveniência, mediante um questionário. As entrevistas durarão entre 20 e 30 minutos.

Benefícios esperados

Nenhum tipo de compensação ou remuneração será oferecida pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS). As participantes poderão receber orientações no final do estudo.

Os resultados da pesquisa irão ajudar o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) na avaliação das ações de prevenção e controle do câncer do colo do útero, assegurando a implantação das ações correspondentes em todo o Brasil, e, assim, contribuir para melhoria da qualidade de vida da população feminina.

Desconforto e riscos

Durante a coleta de dados a Sra. não sentirá nenhum mal estar físico e também não será exposta a nenhum risco para a sua saúde.

Liberdade de recusar

A participação no estudo é totalmente voluntária, isto é, a Sra. pode se recusar a participar sem que haja qualquer tipo de penalização. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) agradecem a sua importante participação.

Garantia de Anonimato

Em momento nenhum a Sra. será identificada. Os resultados publicados não farão uso de nomes. É garantida a mais completa confidencialidade.

Em caso de dúvidas

Caso a Sra. tenha qualquer pergunta sobre esta pesquisa ou deseje obter outras informações, por favor, entre em contato com a Dra. Liz Maria de Almeida, na **Divisão de Epidemiologia**, localizada na Rua dos Inválidos 212, 3º andar, telefone 3970-7410 ou ainda com o **Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer**, Rua André Cavalcante 37/ 2º andar, Tel. (21)3233-1410/3233-1353 ou com o **Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ**, Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 801 - Cidade Nova, Tel. (21)2503-2212/2503-2214. Tanto o pesquisador principal quanto os Comitês de Ética irão responder as suas perguntas.

A Senhora concorda em participar da pesquisa?

Se a senhora leu o texto acima e concorda em participar desta pesquisa, por favor, assine o seu nome abaixo:

Assinatura da participante: _____

Assinatura da entrevistadora: _____

Rio de Janeiro, ____/____/201__

ANEXO III - Instrumentos de coleta

a) Questionário da unidade de saúde



**Estudo dos fatores que influenciam o
seguimento das mulheres que realizaram o exame
preventivo para o câncer do colo do útero na Rede SUS no
Município do Rio de Janeiro**
Projeto FAPERJ N°: _____

I - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome da Unidade:		
CNES:		
Perfil da unidade:		
1 __ PS	4 __ PAM/Policlínica	7 __ UI
2 __ CMS	5 __ Hospital	
3 __ PSF	6 __ UCAPS	

1. Qual é o seu nome? _____

2. Qual a sua categoria profissional?

1 |__| Médico

2 |__| Enfermeiro

3 |__| Outro (Especificar) _____

3. Qual é o seu cargo? _____

II - ROTINA DE FUNCIONAMENTO:

As próximas perguntas são sobre a forma de organização da unidade para realização de exame preventivo para câncer do colo do útero.

1. Esta unidade realiza atividades que orientem as pacientes sobre como é realizado e a importância do exame preventivo para o câncer do colo do útero (o que é o exame, o que ele detecta, como é feito, com que frequência deve ser feito etc)?

1 |__| Sim

2 |__| Não (*passa 3*)

2. Em que atividade(s) acontece(em) essa(s) orientação(ões)?

ENTREVISTADORA: NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS E PARA CADA ALTERNATIVA ASSINALADA SIM PERGUNTE A FREQUÊNCIA DE REALIZAÇÃO. NÃO DEIXE ALTERNATIVA EM BRANCO NA PERGUNTA 2.1.

2.1 Atividade	2.2 Frequência da realização
A. Grupo de planejamento familiar 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se sim: 1 <input type="checkbox"/> Diária 2 <input type="checkbox"/> Semanal 3 <input type="checkbox"/> Quinzenal 4 <input type="checkbox"/> Mensal 5 <input type="checkbox"/> Menos que 1 vez/mês até 1 vez/ano 6 <input type="checkbox"/> Sem periodicidade
B. Sala de espera 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se sim: 1 <input type="checkbox"/> Diária 2 <input type="checkbox"/> Semanal 3 <input type="checkbox"/> Quinzenal 4 <input type="checkbox"/> Mensal 5 <input type="checkbox"/> Menos que 1 vez/mês até 1 vez/ano 6 <input type="checkbox"/> Sem periodicidade
C. Orientação na consulta 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se sim: 1 <input type="checkbox"/> Diária 2 <input type="checkbox"/> Semanal 3 <input type="checkbox"/> Quinzenal 4 <input type="checkbox"/> Mensal 5 <input type="checkbox"/> Menos que 1 vez/mês até 1 vez/ano 6 <input type="checkbox"/> Sem periodicidade
D. Grupo de gestantes 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se sim: 1 <input type="checkbox"/> Diária 2 <input type="checkbox"/> Semanal 3 <input type="checkbox"/> Quinzenal 4 <input type="checkbox"/> Mensal 5 <input type="checkbox"/> Menos que 1 vez/mês até 1 vez/ano 6 <input type="checkbox"/> Sem periodicidade
E. Grupo de adolescentes 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se sim: 1 <input type="checkbox"/> Diária 2 <input type="checkbox"/> Semanal 3 <input type="checkbox"/> Quinzenal 4 <input type="checkbox"/> Mensal 5 <input type="checkbox"/> Menos que 1 vez/mês até 1 vez/ano 6 <input type="checkbox"/> Sem periodicidade
F. Cartazes/folhetos 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se sim: 1 <input type="checkbox"/> Diária 2 <input type="checkbox"/> Semanal 3 <input type="checkbox"/> Quinzenal 4 <input type="checkbox"/> Mensal 5 <input type="checkbox"/> Menos que 1 vez/mês até 1 vez/ano 6 <input type="checkbox"/> Sem periodicidade
G. Orientação dos agentes comunitários 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se sim: 1 <input type="checkbox"/> Diária 2 <input type="checkbox"/> Semanal 3 <input type="checkbox"/> Quinzenal 4 <input type="checkbox"/> Mensal 5 <input type="checkbox"/> Menos que 1 vez/mês até 1 vez/ano 6 <input type="checkbox"/> Sem periodicidade
H. Orientação pelo programa bolsa família 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se sim: 1 <input type="checkbox"/> Diária 2 <input type="checkbox"/> Semanal 3 <input type="checkbox"/> Quinzenal 4 <input type="checkbox"/> Mensal 5 <input type="checkbox"/> Menos que 1 vez/mês até 1 vez/ano 6 <input type="checkbox"/> Sem periodicidade
I. Outra Especifique: _____ 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se sim: 1 <input type="checkbox"/> Diária 2 <input type="checkbox"/> Semanal 3 <input type="checkbox"/> Quinzenal 4 <input type="checkbox"/> Mensal 5 <input type="checkbox"/> Menos que 1 vez/mês até 1 vez/ano 6 <input type="checkbox"/> Sem periodicidade

ENTREVISTADORA: O PROGRAMA SAÚDE DA MULHER TEM COMO MISSÃO PROMOVER A SAÚDE INTEGRAL E REDUZIR OS ÍNDICES DE MORBIMORTALIDADE DA MULHER, NAS DIVERSAS FASES DA VIDA. ENTRE SEUS OBJETIVOS TEM A AMPLIAÇÃO DAS AÇÕES DE DETECÇÃO PRECOCE E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E MAMA, ARTICULANDO-SE A UM SISTEMA DE REFERÊNCIA PARA O TRATAMENTO E O ACOMPANHAMENTO DA MULHER.

CASO A UNIDADE DE SAÚDE NÃO DESENVOLVA O PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER PERGUNTAR SOBRE O SERVIÇO RESPONSÁVEL SOBRE AS ATIVIDADES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.

3. Qual é a composição da equipe que atua no Programa Saúde da Mulher/Serviço de Ginecologia e/ou Obstetrícia, isto é, quantos profissionais de cada categoria profissional trabalham ou contribuem para esse programa?

ENTREVISTADORA: NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS. CASO NÃO TENHA O PROFISSIONAL NA EQUIPE, ASSINALE 00.

Categoria Profissional	Quantitativo
3.1 Médico	_ _
3.2 Enfermeiro	_ _
3.3 Técnico de enfermagem	_ _
3.4 Auxiliar de enfermagem	_ _
3.5 Assistente social	_ _
3.6 Psicólogo	_ _
3.7 Nutricionista	_ _
3.8 Odontologista	_ _
3.9 Outro profissional, qual(is)? 1. _____	_ _
2. _____	_ _

4. Nesta unidade, quais os profissionais que realizam a coleta de material para o exame preventivo e quantos são esses profissionais em cada categoria?

ENTREVISTADORA: NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS E PARA CADA ALTERNATIVA ASSINALADA SIM PERGUNTE A FREQUÊNCIA DE REALIZAÇÃO.

4.1 Profissional	4.2 Quantitativo
A. Médico 1 _ Sim 2 _ Não	Se sim: _ _
B. Enfermeira 1 _ Sim 2 _ Não	Se sim: _ _
C. Outra (Especificar): _____ 1 _ Sim 2 _ Não	Se sim: _ _

5. Com que frequência são realizados os exames preventivos para câncer do colo do útero nesta unidade?

ENTREVISTADORA: LEIA AS ALTERNATIVAS.

1 |__|Diariamente

2 |__|Menos que diariamente

6. Quantos turnos por semana são disponibilizados para a realização do exame preventivo?

|__|__| Turnos/semana

7. Quantas vagas por semana são disponibilizadas para a realização do exame preventivo?

1 |__|__|__| Vagas para coleta/semana

9 |__| Não é possível especificar

8. De uma forma geral, é necessário marcar consulta para a realização do exame preventivo?

1 |__|Sim

2 |__|Não (passe 10)

9. Essa marcação pode ser feita em qualquer dia do mês, apenas em períodos específicos do mês ou de alguma outra forma?

1 |__|Em qualquer momento

2 |__|Num período específico

3 |__|Outro(Especificar)_____

10. Em relação as pacientes que fazem exame preventivo nesta unidade:

Entrevistadora: Entende-se por Matrícula - Cartão de matrícula, índice nominal ou prontuário.

1 |__|Todas tem matrícula (passe 12)

2 |__|Algumas tem matrícula,mas outras não (apenas ficha)

3 |__|Nenhuma tem matrícula

11. Em que situações as pacientes não são matriculadas?

11.1 _____ Código: |__|__|

11.2 _____ Código: |__|__|

11.3 _____ Código: |__|__|

12. Para onde é enviado o material do exame preventivo?

- 1 ☐ Sitec
 2 ☐ Laboratório da própria unidade (passe 16)
 3 ☐ Outro laboratório (Especificar) _____

13. A unidade dispõe de uma viatura para entrega do material e recebimento dos resultados no laboratório?

- 1 ☐ Sim (passe para 15)
 2 ☐ Não

14. Qual(is) o(s) órgão(s) ou unidade(s) responsável(eis) pela entrega do material e recebimento dos resultados no laboratório?

14.1 _____ Código:

14.2 _____ Código:

15. Qual a periodicidade de envio de material e busca de resultados no laboratório?

vez(es)/mês

16. Existe alguma triagem prévia dos resultados dos exames antes da entrega às pacientes?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não (passe 18)

17. Quais são os profissionais responsáveis pela triagem dos resultados?

ENTREVISTADORA: NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS. NÃO DEIXE ALTERNATIVAS EM BRANCO.

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 17.1 Médico | 1 <input type="checkbox"/> sim | 2 <input type="checkbox"/> não |
| 17.2 Enfermeiro | 1 <input type="checkbox"/> sim | 2 <input type="checkbox"/> não |
| 17.3 Técnico de enfermagem | 1 <input type="checkbox"/> sim | 2 <input type="checkbox"/> não |
| 17.4 Administrativo | 1 <input type="checkbox"/> sim | 2 <input type="checkbox"/> não |
| 17.5 Outra (Especificar) _____ | 1 <input type="checkbox"/> sim | 2 <input type="checkbox"/> não |

18. Onde são arquivados os resultados do exame preventivo?

ENTREVISTADORA: LEIA AS ALTERNATIVAS.

- 1 | ☐ | No prontuário médico (passe 20)
- 2 | ☐ | No arquivo ou pasta do profissional que requisitou o exame (passe 20)
- 3 | ☐ | No arquivo do setor onde o exame foi realizado (ginecologia, pré-natal, etc)
- 4 | ☐ | No arquivo do setor onde ficam todos os resultados de exames da unidade
- 5 | ☐ | Em arquivo específico para exames preventivos
- 6 | ☐ | Outros (Especificar) _____

19. Como são arquivados os exames?

ENTREVISTADORA: LEIA AS ALTERNATIVAS.

ENTREVISTADORA: CASO O ENTREVISTADO APONTE MAIS DE UMA FORMA DE ORGANIZAÇÃO, MARQUE AQUELA QUE INICIA O PROCESSO.

- 1 | ☐ | Por ordem alfabética
- 2 | ☐ | Por data da coleta
- 3 | ☐ | Por resultado do exame
- 4 | ☐ | Por profissional de saúde
- 5 | ☐ | Outra forma (Especificar) _____

20. A unidade costuma marcar o dia para o retorno das pacientes examinadas pegarem o resultado do exame?

- 1 | ☐ | Sim
- 2 | ☐ | Não (passe 23)

21. Como é feita a marcação do retorno da mulher para buscar o resultado do exame preventivo nessa unidade?

ENTREVISTADORA: LEIA AS ALTERNATIVAS.

- 1 | ☐ | O profissional que fez a coleta do material marca o retorno
- 2 | ☐ | O retorno é marcado fora da consulta no setor onde foi realizado o exame (ginecologia, pré-natal, etc)
- 3 | ☐ | O retorno é marcado fora da consulta em um outro local da unidade
- 4 | ☐ | Outro (Especificar) _____

22. Qual o tempo médio para marcar o retorno da mulher para buscar o resultado do exame preventivo nessa unidade?

| | | dias

23. Qual é o profissional responsável pela entrega do resultado à paciente?

- 1 ☐ Médico
 2 ☐ Enfermeiro
 3 ☐ Técnico de enfermagem
 4 ☐ Auxiliar de enfermagem
 5 ☐ Administrativo
 6 ☐ Outro (Especificar) _____ Código: |__|__|

24. Existe algum tipo de controle do retorno da paciente para pegar o resultado do exame preventivo:

- 1 ☐ Sim, independente do resultado
 2 ☐ Sim, mas apenas para os resultados insatisfatórios ou positivos
 3 ☐ Não existe algum tipo de controle (passe 26)

25. Como é feito o controle do retorno da paciente para pegar o resultado do exame preventivo?

ENTREVISTADORA: LEIA AS ALTERNATIVAS.

- 1 ☐ Através do livro preto onde são registrados os exames
 2 ☐ Através do arquivo do setor onde foram realizados os exames
 3 ☐ Outro (Especificar) _____

26. Esta unidade faz busca ativa das mulheres que não retornaram para buscar o resultado do exame ou para repeti-lo?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não (passe 28)

27. Que recursos são utilizados pela unidade para realizar a busca ativa das mulheres que não retornaram para buscar os resultados?

ENTREVISTADORA: NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS. NÃO DEIXE ALTERNATIVA EM BRANCO.

- | | | |
|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 27.1 Telegrama ou aerograma | 1 <input type="checkbox"/> sim | 2 <input type="checkbox"/> não |
| 27.2 Visita domiciliar | 1 <input type="checkbox"/> sim | 2 <input type="checkbox"/> não |
| 27.3 Telefone | 1 <input type="checkbox"/> sim | 2 <input type="checkbox"/> não |
| 27.4 Outra (Especificar): | | |
| 27.4.a _____ | 1 <input type="checkbox"/> sim | 2 <input type="checkbox"/> não |
| 27.4.b _____ | 1 <input type="checkbox"/> sim | 2 <input type="checkbox"/> não |

III - CONDUTAS ADOTADAS:

As próximas perguntas são sobre as condutas adotadas por esta unidade em relação ao resultado do exame preventivo para câncer do colo do útero.

28. Qual é a conduta adotada nesta unidade em caso de exame com resultado insatisfatório?

ENTREVISTADORA: NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS.

1 ☐ Convoca a mulher para repetição do exame preventivo

2 ☐ Outra (Especificar):

29. Qual é a conduta adotada nesta unidade em caso de exame normal para o câncer do colo do útero?

ENTREVISTADORA: NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS.

1 ☐ Repetir o exame preventivo a cada 3 anos

2 ☐ Outra (Especificar):

30. Qual é a conduta adotada nesta unidade em caso de exame com alterações celulares benignas (por exemplo: inflamação, metaplasia, reparação, atrofia, radiação)?

ENTREVISTADORA: NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS. NÃO DEIXE ALTERNATIVA EM BRANCO.

1 Repetição do exame preventivo a cada 3 anos. 1 ☐ sim 2 ☐ não

2 Se houver inflamação, encaminhar a paciente para exame ginecológico e tratamento do problema específico. 1 ☐ sim 2 ☐ não

3 Outra (Especificar): 1 ☐ sim 2 ☐ não

31. Qual é a conduta adotada nesta unidade em caso de exame com alterações pré-malignas (células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASCUS) ou lesão intra-epitelial de Baixo Grau)?

ENTREVISTADORA: NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS.

1 |__| Repetir o exame preventivo em 6 meses

2 |__| Outra (Especificar):

32. Qual é a conduta adotada nesta unidade em caso de exame com AGUS ou lesão de Alto Grau ou câncer?

ENTREVISTADORA: NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS.

1 |__| Encaminhar para colposcopia

2 |__| Outra (Especificar):

33. Esta unidade realiza colposcopia:

1 |__| Sim (passe 36)

2 |__| Não

34. No caso da paciente necessitar fazer uma colposcopia, existe alguma unidade para a qual, na maior parte das vezes, ela é encaminhada?

1. |__| Sim (siga 35)

2. |__| Não (passe 36)

35. Para qual(is) unidade(s) as pacientes são encaminhadas para realização da colposcopia?

35.1 _____ Código: |__|__|

35.2 _____ Código: |__|__|

35.3 _____ Código: |__|__|

36. No caso da paciente necessitar fazer uma internação, existe alguma unidade para a qual, na maior parte das vezes, ela é encaminhada?

1 ☐ Sim (siga 37)

2 ☐ Não (agradeça, finalize a entrevista)

3 ☐ Não. Ela é internada na própria unidade (agradeça, finalize a entrevista)

37. Para onde as pacientes são encaminhadas em caso de internação?

37.1 _____ Código:

37.2 _____ Código:

37.3 _____ Código:

Agradeça, finalize a entrevista.

Observações

TOTAL DE VISITAS: visitas

ENTREVISTA

1. ☐ Realizada Totalmente

2. ☐ Realizada Parcialmente

3. ☐ Não Realizada _____

EQUIPE

SUPERVISOR _____

DIGITADOR _____

Data: ____/____/2011

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL
INCA / Conprev
R. dos Inválidos 212, 3º andar
Centro - Rio de Janeiro - Brasil
CEP - 22231-048

b) Questionário individual



Estudo dos fatores que influenciam o seguimento das mulheres que realizam o exame preventivo para o câncer do colo de útero na Rede SUS no Município do Rio de Janeiro

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE

CAP..... Unidade de Saúde (US): R/C: 1 2 3 Nome da entrevistada:

Endereço:

Bairro: cep: -

Tel. Residencial: Celular:

Tel. Comercial:

CONTROLE

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CAP	US	R/C	Código Indiv.

TIPO DE ENTREVISTA

1. ☐ Realizada Totalmente 2. ☐ Realizada Parcialmente 3. ☐ Não RealizadaAusente-----1 Recusa-----2 Doente-----3 Mudou-se -----4 Outro-----5

LOCAL DA ENTREVISTA

1. ☐ Domicílio 2. ☐ Unidade de Saúde 3. ☐ Trabalho 4. ☐ Outros _____
especifiqueTOTAL DE VISITAS: visitas

EQUIPE

ENTREVISTADORA: SUPERVISOR DIGITADOR

As informações prestadas nesta pesquisa terão caráter confidencial e serão utilizadas exclusivamente para fins estatísticos

QUADRO 1 - A SRA. JÁ REALIZOU, PELO MENOS, UM EXAME PREVENTIVO PARA O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NUMA UNIDADE DE SAÚDE DO SUS. PARA QUE ESTA PREVENÇÃO ATINJA SEUS OBJETIVOS É NECESSÁRIO QUE A MULHER RECEBA O RESULTADO DO EXAME E CONCLUA O TRATAMENTO, QUANDO ESTE FOR NECESSÁRIO.

ESSA PESQUISA TEM COMO OBJETIVO INVESTIGAR SE ESTE PROCESSO ESTÁ ACONTECENDO ADEQUADAMENTE COM AS MULHERES DE NOSSA CIDADE.

1. A Sra. poderia me dizer o seu local de nascimento?

Município _____ |__|_|__|_| 9999|__| NS/NR

UF _____ |__|_| 99|__| NS/NR

ENTREVISTADORA: CASO A INFORMANTE NÃO LEMBRE A SUA DATA DE NASCIMENTO, PERGUNTE A SUA IDADE ATUAL.

2. A Sra. poderia me dizer a sua data de nascimento?

|__|_| / |__|_| / |__|_|__|_| ou |__|_| idade em anos
dia mês ano

3. Qual é a sua situação conjugal?

ENTREVISTADORA: LEIA AS ALTERNATIVAS.

1|__| Solteira

2|__| Casada/união consensual

3|__| Divorciada/desquitada/separada

4|__| Viúva

NÃO LEIA 99|__| NS/NR

4. Qual a série (ou período) e qual o grau de escolaridade que Sra. concluiu?

Série ou Período	Grau de Escolaridade
(00) (07)	(00) Nenhum
(01) (08)	(01) Alfabetização de adultos
(02) (09)	(02) Antigo primário/elementar
(03) (10)	(03) Antigo ginásio
(04) (11)	(04) 1º grau/ensino fundamental
(05) (12)	(05) Antigo clássico/normal/científico/2º grau/ensino médio
(06) (99) NS/NR	(06) Superior (3º grau) - incompleto
	(07) Superior (3º grau) - completo
	(08) Educação infantil
	(99) NS/NR

|__|_| Série OU |__|_| Período

|__|_| Grau

12. Em que bairro a Sra. exerce a sua ocupação?

_____ |__|__|__|

13. Agora, por favor, responda-me, qual é a sua renda mensal, contando com salário, pensão, aluguel, bico etc.?

R\$ |__|__|__|. |__|__|__|, |__|__|

99999,99 |__| NS/NR

00000,00 |__| Não tem renda

14. Contando com salário, pensão, aluguel, bico etc., qual é a renda total de sua família, por mês?

R\$ |__|__|__|. |__|__|__|, |__|__|

99999,99 |__| NS/NR (PASSE QUADRO 2)

00000,00 |__| Não tem renda (PASSE QUADRO 2)

15. No total, quantas pessoas dependem economicamente desta renda familiar?

|__|__| pessoas

QUADRO 2 - A PERGUNTA QUE FAREI AGORA É SOBRE A SUA AVALIAÇÃO SOBRE O SEU ESTADO DE SAÚDE.

16. De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como Sra. considera o seu próprio estado de saúde?

ENTREVISTADORA: LEIA AS ALTERNATIVAS.

1|__| Excelente

2|__| Muito bom

3|__| Bom

4|__| Regular

5|__| Ruim/Péssimo

NÃO LEIA 99|__| NS/NR

QUADRO 3 - AS PERGUNTAS QUE FAREI AGORA SÃO SOBRE EXAME PREVENTIVO PARA O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.

17. A Sra. sabe para que serve o exame preventivo?

1|__| Sim

2|__| Não (PASSE E LEIA O QUADRO 4)

18. A Sra. poderia me dizer, quais os problemas que o exame preventivo é capaz de identificar?

ENTREVISTADORA: NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS. NÃO DEIXE ALTERNATIVAS EM BRANCO.

1 Câncer do colo do útero	1 _ sim	2 _ não
2 Inflamações	1 _ sim	2 _ não
3 Infecções	1 _ sim	2 _ não
4 Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)	1 _ sim	2 _ não
5 Outros:	1 _ sim	2 _ não
		_ _

especifique

QUADRO 4 - PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS PERGUNTAS, GOSTARIA QUE A SRA. PENSASSE SOBRE O ÚLTIMO EXAME PREVENTIVO PARA O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO QUE A SRA. FEZ.

19. Quando foi que a Senhora fez o seu último exame preventivo?

|_|_|/|_|_|_|_|_|
mês ano

99 |_| NS/NR 9999 |_| NS/NR

20. Este exame foi realizado na rede SUS?

1|_| Sim 2|_| Não (PASSE 52)

21. Qual unidade de saúde este exame foi realizado?

ENTREVISTADORA: CASO A INFORMANTE NÃO SAIBA O NOME DA UNIDADE DE SAÚDE, PERGUNTAR O LOCAL OU PONTO DE REFERÊNCIA.

Unidade _____ |_|_|_|_|

Local ou ponto de referência _____

22. Essa Unidade/Posto de Saúde fica:

ENTREVISTADORA: LEIA AS ALTERNATIVAS. NÃO DEIXE ALTERNATIVAS EM BRANCO.

1 No bairro onde a Sra. mora	1 _ sim	2 _ não
2 No bairro em que a Sra. trabalha	1 _ sim	2 _ não
3 Outro lugar	1 _ sim	2 _ não
		_ _ _ _

especifique

23. Qual o meio de transporte que a Sra. usa, na maioria das vezes, para chegar nessa Unidade/Posto de Saúde?

ENTREVISTADORA: NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS. NÃO DEIXE ALTERNATIVAS EM BRANCO.

1 ônibus	1 _ sim	2 _ não
2 trem	1 _ sim	2 _ não
3 metrô	1 _ sim	2 _ não
4 transporte alternativo (van, kombi, moto etc)	1 _ sim	2 _ não
5 carro (PASSE 25)	1 _ sim	2 _ não
6 bicicleta (PASSE 25)	1 _ sim	2 _ não
7 vai a pé (PASSE 25)	1 _ sim	2 _ não
8 Outros:	1 _ sim	2 _ não

|_|_|

especifique

24. Quantas conduções a Sra. pega para chegar a esta Unidade/Posto de Saúde?

|_| conduções

99|_| NS/NR

25. Quanto tempo, em média, a Sra. leva para chegar a esta Unidade/Posto de Saúde?

|_|_|: |_|_| horas e minutos

99|_| NS/NR

26. Para a consulta na data __/__, quanto tempo levou entre a data em que a Sra. entrou em contato com a Unidade/Posto de Saúde para marcar a consulta e a data que a consulta aconteceu? (Entrevistadora: coloque a data em que a paciente realizou o exame).

ENTREVISTADORA: PARA O ATENDIMENTO REALIZADO NO MESMO DIA PREENCHER ITEM 1 (DIAS) COM 00.

1|_|_| dias

2|_|_| semanas

3|_|_| meses

4|_|_| anos

99 |_| NS/NR

27. No dia da consulta, quanto tempo a Sra. esperou para ser atendida?

|_|_|: |_|_| horas e minutos

99|_| NS/NR

28. Qual o motivo que levou a Sra. a fazer o exame preventivo realizado na data ____/____ ? (ENTREVISTADORA: COLOQUE A DATA EM QUE A PACIENTE REALIZOU O EXAME)

1|__| É um exame que eu costumo fazer(exame de rotina)

2|__| Apareceu algum problema (corrimento, sangramento, infecção por HPV, dor, ardência, coceira, etc)

3|__| Foi preciso repetir o exame

4|__| Outros, qual? _____ |__|__|
(especifique)

9|__| NS/NR

29. Durante essa consulta a Sra. foi informada que foi colhido material para o exame preventivo?

1|__| Sim

2|__| Não, porque o exame já estava agendado

3|__| Não

99|__| NS/NR

30. Como a Sra. se sentiu com o atendimento recebido pelo profissional que colheu esse exame preventivo? Por favor, dê uma nota de zero a dez, sendo: 0 igual a nada satisfeita e 10 a muito satisfeita.

|__|__| Grau de satisfação 99|__|NS/NR

31. Durante a coleta desse exame preventivo a Sra. sentiu algum(a):

ENTREVISTADORA: LEIA AS ALTERNATIVAS.

31.1 Ardência? 1|__| Sim 2|__| Não 9|__|NS/NR

31.2 Dor? 1|__| Sim 2|__| Não 9|__|NS/NR

ENTREVISTADORA: CASO NENHUMA DAS ALTERNATIVAS SEJA SIM PASSE 33, CASO CONTRÁRIO SIGA 32.

32. Na sua opinião, qual foi a intensidade do que a Sra. sentiu? Por favor, dê uma nota de 1 a 10, sendo: 1 igual a baixa intensidade e 10 alta intensidade.

ENTREVISTADORA: ASSINALE 88(NÃO SE APLICA) CASO ALGUMA RESPOSTA DO QUESITO ANTERIOR TENHA SIDO 2(NÃO) OU 9(NS/NR).

32.1 Ardência |__|__| 88|__| Não se aplica 99|__|NS/NR

32.2 Dor |__|__| 88|__| Não se aplica 99|__|NS/NR

33. O profissional de saúde que colheu esse exame lhe informou quando a Sra. deveria buscar o resultado?

ENTREVISTADORA: LEIA AS ALTERNATIVAS.

1|__| Sim, ele (ela) marcou a data para pegar o resultado

2|__| Sim, mas ele (ela) não marcou a data para pegar o resultado

3|__| Não (PASSE 35)

9|__| NS/NR (PASSE 35)

35. A Sra. pegou o resultado desse exame preventivo?

1 |__| Sim 2 |__| Não (PASSE 47)

36. Quanto tempo depois da coleta, a Sra. pegou o resultado desse exame preventivo?

1 |__|__| dias

2 |__|__| semanas

3 |__|__| meses

4 |__|__| anos

99 |__| NS/NR

37. Qual foi o profissional que fez a entrega do resultado desse exame preventivo?

1 |__| Médico(a)

2 |__| Enfermeiro(a)/assistente ou técnico(a) de enfermagem

3 |__| Assistente social

4 |__| Atendente do balcão (PASSE 41)

5 |__| Outra pessoa, quem? _____ |__|__|
especifique

9 |__| NS/NR

38. A entrega do resultado desse exame preventivo foi feita:

ENTREVISTADORA: LEIA AS ALTERNATIVAS.

1 |__| Em consulta individual

2 |__| Em consulta coletiva

3 |__| Outra, qual? _____ |__|__|
especifique

39. Quando lhe foi entregue o resultado desse exame preventivo, o profissional que fez o atendimento explicou o significado do resultado do seu exame?

1 |__| Sim

2 |__| Não (PASSE 41)

99 |__| NS/NR (PASSE 41)

40. A Sra. entendeu o que o profissional lhe explicou, isto é, ele esclareceu sobre o resultado do seu exame?

1 |__| Sim

2 |__| Não

41. A Sra. poderia me dizer qual foi o resultado do seu exame?

ENTREVISTADORA: NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS. NÃO DEIXE ALTERNATIVAS EM BRANCO.

- 1 Teve que repetir o exame 1|_| sim 2|_| não
 2 Negativo para câncer 1|_| sim 2|_| não
 3 Deu inflamação/infeção 1|_| sim 2|_| não
 4 Alguma um problema que pode virar câncer 1|_| sim 2|_| não
 5 Deu câncer 1|_| sim 2|_| não
 6 Outro resultado (especifique) 1|_| sim 2|_| não
 41.6.a Qual? |_|_|
 41.6.b Qual? |_|_|
 41.6.c Qual? |_|_|
 9 |_| NS/NR

42. Foi feita alguma recomendação?

- 1|_| Sim 2|_| Não (PASSE 48)

43. A Sra. entendeu a recomendação feita por esse profissional?

- 1|_| Sim 2|_| Não (PASSE 48)

44. Qual foi a recomendação feita por esse profissional?

ENTREVISTADORA: LEIA AS ALTERNATIVAS. NÃO DEIXE ALTERNATIVAS EM BRANCO.

Recomendações	SIM ▼	NÃO ▼		45. A Sra. seguiu essa recomendação?		
				SIM ▼	NÃO ▼	NÃO SE APLICA ▼
1. Repetir o exame de imediato (exame insatisfatório)	_ 1	_ 2	SE SIM	_ 1	_ 2	
2. Repetir o exame em até 6 meses	_ 1	_ 2	SE SIM	_ 1	_ 2	_ 8
3. Repetir o exame no próximo ano	_ 1	_ 2	SE SIM	_ 1	_ 2	_ 8
4. Repetir o exame em até 3 anos	_ 1	_ 2	SE SIM	_ 1	_ 2	_ 8
5. Fazer outro tipo de exame	_ 1	_ 2	SE SIM	_ 1	_ 2	_ 8
6. Procurar outra unidade de saúde para tratamento	_ 1	_ 2	SE SIM	_ 1	_ 2	_ 8
7. Fazer cauterização	_ 1	_ 2	SE SIM	_ 1	_ 2	_ 8
8. Usar pomada e/ou outro tipo de remédio	_ 1	_ 2	SE SIM	_ 1	_ 2	
9. Alguma outra?	_ 1	_ 2	SE SIM	_ 1	_ 2	
Especifique:	_ _					

ENTREVISTADORA: CASO A PACIENTE TENHA SEGUIDO TODAS AS RECOMENDAÇÕES, PASSE 48, CASO CONTRÁRIO SIGA 46.

46. Quais os motivos que levaram a Sra. a não seguir as recomendações que foram dadas?

ENTREVISTADORA: ANOTE OS MOTIVOS. AS QUADRÍCULAS SERÃO ASSINALADAS PELA CODIFICADORA

Motivos

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

- | | | |
|---|----------|----------|
| 1. Acabei de receber a recomendação | 1 _ sim | 2 _ não |
| 2. Não achei necessário | 1 _ sim | 2 _ não |
| 3. Achei que estava com algum problema muito grave (câncer) e que não tinha cura | 1 _ sim | 2 _ não |
| 4. Tive medo | 1 _ sim | 2 _ não |
| 5. Uma pessoa me disse que eu não precisava seguir a recomendação, quem? _____ | 1 _ sim | 2 _ não |
| 6. Perdi a receita médica/pedido de exame/encaminhamento | 1 _ sim | 2 _ não |
| 7. Não tive dinheiro para comprar o remédio indicado | 1 _ sim | 2 _ não |
| 8. Me atrapalhei com os afazeres domésticos | 1 _ sim | 2 _ não |
| 9. Tive um problema sério que me fez "esquecer" _____ do tratamento (por ex: perda de parente, amigo, emprego, etc) | 1 _ sim | 2 _ não |
| 10. Achei o tratamento muito longo (muitos dias) | 1 _ sim | 2 _ não |
| 11. Fiz um tratamento espiritual | 1 _ sim | 2 _ não |
| 12. Viajei, mudei de cidade | 1 _ sim | 2 _ não |
| 13. Teria que ficar muitos dias sem poder ter relação sexual | 1 _ sim | 2 _ não |
| 14. Achei o tratamento complicado | 1 _ sim | 2 _ não |
| 15. Fui maltratada pelo(a) médico(a) que me atendeu | 1 _ sim | 2 _ não |
| 16. Fui maltratada pelo(a) enfermeiro(a) que me atendeu | 1 _ sim | 2 _ não |
| 17. Meu parceiro não me deixou fazer o tratamento | 1 _ sim | 2 _ não |
| 18. A Unidade de Saúde era muito distante da minha casa | 1 _ sim | 2 _ não |
| 19. Não fui liberada do trabalho | 1 _ sim | 2 _ não |
| 20. Não tive dinheiro para retornar à consulta | 1 _ sim | 2 _ não |
| 21. Fiquei grávida | 1 _ sim | 2 _ não |
| 22. Outros (especifique) | 1 _ sim | 2 _ não |
| 22.a _____ | _ | _ |
| 22.b _____ | _ | _ |
| 22.c _____ | _ | _ |

ENTREVISTADORA: PASSE 48.

ENTREVISTADORA: O QUESITO 47 É APENAS PARA QUEM NÃO BUSCOU O RESULTADO DO EXAME (QUESITO 35 = RESPOSTA 2 (NÃO)).

47. Por que motivo a Sra. não pegou o resultado do seu exame preventivo?

Entrevistadora: Anote os motivos. As quadriculas serão assinaladas pela codificadora.

Motivos

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

- | | | | | |
|--|------|-----|------|-----|
| 1. Nem lembrava que não havia pegado | 1 __ | sim | 2 __ | não |
| 2. Esqueci que tinha feito o exame | 1 __ | sim | 2 __ | não |
| 3. Estava trabalhando e não pude voltar | 1 __ | sim | 2 __ | não |
| 4. Perdi o papelsinho da marcação da consulta | 1 __ | sim | 2 __ | não |
| 5. Estava viajando na ocasião | 1 __ | sim | 2 __ | não |
| 6. No dia marcado não pude ir por motivo de doença na família | 1 __ | sim | 2 __ | não |
| 7. No dia marcado não pude ir porque não tinha dinheiro para a passagem | 1 __ | sim | 2 __ | não |
| 8. A Unidade de Saúde era longe de casa | 1 __ | sim | 2 __ | não |
| 9. Tive um problema sério que me impediu de pegar o resultado (por exemplo: perda de parente, amigo, de emprego etc) | 1 __ | sim | 2 __ | não |
| 10. Eu estava doente no dia marcado | 1 __ | sim | 2 __ | não |
| 11. Não gostei do(a) profissional que me atendeu quando fui fazer o exame | 1 __ | sim | 2 __ | não |
| 12. Não gostei do(a) atendimento do profissional que me atendeu quando fui fazer o exame | 1 __ | sim | 2 __ | não |
| 13. Não consegui ficha/ número para o(a) médico(a) que eu gosto | 1 __ | sim | 2 __ | não |
| 14. Fiz outro exame em outra Unidade de Saúde | 1 __ | sim | 2 __ | não |
| 15. Mudei de endereço | 1 __ | sim | 2 __ | não |
| 16. Quando fui buscar o resultado a Unidade de Saúde estava em greve | 1 __ | sim | 2 __ | não |
| 17. O(a) médico(a) faltou no dia, e eu não quis remarcar | 1 __ | sim | 2 __ | não |
| 18. O(a) médico(a) faltou no dia, marcaram e eu esqueci de ir | 1 __ | sim | 2 __ | não |
| 19. A atendente me disse que para pegar o resultado precisava de ficha/número, daí não retornei | 1 __ | sim | 2 __ | não |

20. No dia marcado para apanhar o resultado, este ainda não estava pronto 1|__| sim 2|__| não
21. Nem me lembrava mais porque estava grávida quando fiz o exame 1|__| sim 2|__| não
22. Não estava na época de pegar o resultado do exame 1|__| sim 2|__| não
23. Outros (especifique) 1|__| sim 2|__| não
- 23.a _____ |__|__|
- 23.b _____ |__|__|
- 23.c _____ |__|__|

48. De quanto em quanto tempo a Sra. costuma fazer o exame preventivo?

- 1|__| Mais de uma vez por ano
- 2|__| Todo ano
- 3|__| De 2 em 2 anos
- 4|__| De 3 em 3 anos
- 5|__| Com intervalo de mais de 3 anos
- 6|__| Sem regularidade
- 9|__| NS/NR

49. Na sua opinião, o sexo do profissional de saúde (ser homem ou mulher) que colhe material para o exame preventivo influencia a sua vontade de fazer o exame preventivo?

- 1|__| Sim 2|__| Não (PASSE 51)

50. Qual o sexo do profissional de saúde de sua preferência para realizar o exame preventivo?

- 1|__| Masculino 2|__| Feminino

51. De um modo geral, quando a Sra. precisa ir ao Posto de Saúde:

ENTREVISTADORA: LEIA AS ALTERNATIVAS.

- 1|__| Consegue marcar logo a consulta?
- 2|__| Não precisa marcar consulta: é só ir à unidade e ser atendida
- 3|__| Tem muita dificuldade em marcar a consulta. Por que? _____ |__|__|
- 4|__| Outra situação, qual? _____ |__|__|
- especifique

52. Na última vez que a Sra. fez o exame preventivo, as suas mamas foram examinadas?

- 1|__| Sim 2|__| Não 3|__| Não lembro

53. Na última vez que a Sra. fez o exame preventivo, foi pedido mamografia (ou Raio X das mamas)?

ENTREVISTADORA: LEIA AS ALTERNATIVAS.

1|__| Sim

2|__| Não (PASSE 55)

3|__| Não porque eu já tinha feito outra há menos de 2 anos (PASSE 55)

NÃO LEIA 9|__| NS/NR (PASSE 55)

54. A Sra. já fez a mamografia (ou Raio X das mamas) solicitada?

1|__| Sim

2|__| Não. Por que? _____ |__|
especifique

QUADRO 5 - AGORA FAZEI PERGUNTAS SOBRE MENSTRUÇÃO, O NÚMERO DE FILHOS QUE A SRA. TEM OU TEVE. TAMBÉM FAZEI PERGUNTAS SOBRE O USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS.

55. Com que idade a Sra. ficou menstruada pela primeira vez?

|__|__| anos

99 |__| NS/NR

56. A Sra. tem ou já teve atividade sexual?

1|__| Sim

2|__| Não (PASSE 73)

57. Com que idade a Sra. teve a sua primeira relação sexual?

|__|__| anos

99 |__| NS/NR

58. Desde que a Sra. teve a sua primeira relação sexual, quantos parceiros a Sra. teve?

|__|__|__| parceiros

999 |__| NS/NR

59. Atualmente, a Sra. tem atividade sexual?

1|__| Sim (PASSE 61)

2|__| Não

60. Há quanto tempo a Sra. não tem atividade sexual?

1|__|__| dias

2|__|__| semanas

3|__|__| meses

4|__|__| anos

99|__| NS/NR

61. A Sra. usa ou já usou algum método para evitar a gravidez?

1 |__| Sim

2 |__| Não. Por quê? _____ |__|__| (PASSE 64)

especifique

62. Qual (is) o(s) método(s) que a senhora usa ou já usou para evitar a gravidez?

ENTREVISTADORA: LEIA AS ALTERNATIVAS.

62.1 Método

62.2 DURANTE QUANTO TEMPO A SRA.
USA OU USOU

1. Pílulas anticoncepcionais	1 __ Sim 2 __ Não	__ __ anos	__ __ meses
2. INJEÇÕES	1 __ Sim 2 __ Não	__ __ anos	__ __ meses
3. DIU (COM PROGESTERONA)	1 __ Sim 2 __ Não	__ __ anos	__ __ meses
4. CAMISINHA/PRESERVATIVO	1 __ Sim 2 __ Não		
5. CAMISINHA FEMININA	1 __ Sim 2 __ Não		
6. DIAFRAGMA	1 __ Sim 2 __ Não		
7. DIU DE COBRE	1 __ Sim 2 __ Não		
8. LIGADURA DE TROMPAS	1 __ Sim 2 __ Não		
9. ANEL	1 __ Sim 2 __ Não		
10. IMPLANTES	1 __ Sim 2 __ Não		
11. COITO INTERROMPIDO	1 __ Sim 2 __ Não (PASSE 64)		
12. TABELA	1 __ Sim 2 __ Não (PASSE 64)		

ENTREVISTADORA: CASO A INFORMANTE NÃO SAIBA O TEMPO DE USO, PREENCHER COM 99 PARA ANOS E MESES.

ENTREVISTADORA: SE AS OPÇÕES DE 1 A 10 FOREM 2 (NÃO) E SOMENTE AS OPÇÕES 11 E 12 FOREM 1 (SIM) PASSE 64. CASO CONTRÁRIO, SIGA 63.

63. Algum desses métodos foi dado pelo SUS (isto é, você não pagou nada por ele)?

1 |__| Sim 2 |__| Não

64. A Sra. já ficou grávida alguma vez, incluindo gravidez tubária, possíveis abortos ou gravidez atual?

1 |__| Sim 2 |__| Não (PASSE 73)

65. Quantas vezes a Sra. ficou grávida, incluindo gravidez tubária, possíveis abortos ou gravidez atual?

|__|__| vezes 99 |__| NS/NR

66. Quantos partos a Sra. teve?

|__|__| partos 00 |__| nenhum (PASSE 71) 99 |__| NS/NR (PASSE 71)

67. A Sra. tem ou teve filhos nascidos vivos?

1 |__| Sim 2 |__| Não (PASSE 71)

68. Quantos filhos nascidos vivos a Sra. teve?

|__|__| filhos nascidos vivos

69. Qual era a sua idade quando nasceu o seu primeiro filho?

|__|__|anos ou |__|__|Idade do filho mais velho

99 |__| NS/N 99 |__| NS/NR

ENTREVISTADORA: SE 68 = 1 (HUM) FILHO NASCIDO VIVO PASSE 71.

70. Qual era a sua idade quando nasceu o seu último filho?

|__|__|anos ou |__|__|Idade do filho mais novo

99 |__| NS/N 99 |__| NS/NR

71. A Sra. já abortou ou perdeu bebê?

1 |__| Sim 2 |__| Não (passe 73)

72. Quantos abortos, provocados ou espontâneos, a Sra. teve?

|__|__| abortos 99 |__| NS/NR

AGORA FAZEI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE MENOPAUSA

73. A Sra. sabe o que é menopausa?

1 |__| Sim (SIGA 74) 2 |__| Não (LEIA QUADRO 6, E SIGA 74)

QUADRO 6 - A MENOPAUSA OCORRE QUANDO OS PERÍODOS DE MENSTRUÇÃO DA MULHER TERMINAM, E ISSO, GERALMENTE, ACONTECE NAS MULHERES EM TORNO DE 48 A 52 ANOS. MAS TAMBÉM PODE OCORRER MAIS Cedo. ANTES DE OCORRER A MENOPAUSA, A MULHER COMEÇA A APRESENTAR ALGUNS SINTOMAS COMO CALORES NO CORPO (TAMBÉM CHAMADO DE FOGACHO), ALTERAÇÕES NA PERIODICIDADE DA MENSTRUÇÃO, IRRITABILIDADE, INSÔNIA, QUEDA DE CABELO, FALTA DE LUBRIFICAÇÃO VAGINAL, DORES NOS OSSOS E OUTROS.

74. A Sra. já entrou na menopausa ou algum médico lhe disse que a Sra. estava apresentando sintomas da menopausa?

1 |__| Sim

2 |__| Não (AGRADEÇA E FINALIZE A ENTREVISTA)

9 |__| NS/NR (AGRADEÇA E FINALIZE A ENTREVISTA)

75. Com que idade a Sra. entrou na menopausa?

|__|__| anos

99 |__| NS/NR

76. A Sra. usa ou já usou medicação hormonal para a menopausa?

1 |__| Sim

2 |__| Não (AGRADEÇA E FINALIZE A ENTREVISTA)

