



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



EVA PATRÍCIA PEREIRA DE ARAÚJO

**COBERTURA, ACESSO E FATORES RELACIONADOS À REALIZAÇÃO DO
EXAME PAPANICOLAOU NO PÓLO DELFINO MAGALHÃES E MONTE
CARMELO II, MONTES CLAROS**

Montes Claros - Minas Gerais - Brasil
2008



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



EVA PATRÍCIA PEREIRA DE ARAÚJO

**COBERTURA, ACESSO E FATORES RELACIONADOS À REALIZAÇÃO DO
EXAME PAPANICOLAOU NO PÓLO DELFINO MAGALHÃES E MONTE
CARMELO II, MONTES CLAROS**

ORIENTADOR: Prof. Dr. Fábio Ribeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, PPGCS, da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte integrante dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Montes Claros - Minas Gerais - Brasil
2008

A663c Araújo, Eva Patrícia Pereira de.
Cobertura, acesso e fatores relacionados à realização do exame Papanicolaou no Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros [manuscrito] / Eva Patrícia Pereira de Araújo. – 2008.
114 f. : il.

Bibliografia : f. 54-70.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/ PPGCS, 2008.
Orientador: Prof. Dr. Fábio Ribeiro.

1. Exame Papanicolaou – cobertura – acesso. 2. Câncer – colo do útero. 3. Equipe de Saúde da Família – Montes Claros (MG). I. Ribeiro, Fábio. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



ALUNA: EVA PATRÍCIA PEREIRA DE ARAÚJO

TÍTULO DO PROJETO: : “COBERTURA, ACESSO E FATORES RELACIONADOS À REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAOU NO PÓLO DELFINO MAGALHÃES E MONTE CARMELO II, MONTES CLAROS”

BANCA (TITULARES)

ASSINATURAS

PROF. DR. FÁBIO RIBEIRO - ORIENTADOR /PRESIDENTE

PROF. DR. PAULO ROGÉRIO FERRETI BONAN (UNIMONTES)

PROFª. DRª. ALESSANDRA REJANE ERICSSON OLIVEIRA (UFMG)

BANCA (SUPLENTES)

PROF. DR. JOÃO FELÍCIO RODRIGUES NETO (UNIMONTES)

PROFª. DRª. MAÍSA TAVARES DE SOUZA LEITE (UNIMONTES)

Fábio Ribeiro

Paulo Rogério Ferreti Bonan

Alessandra Rejane Ericsson Oliveira

ASSINATURAS

João Felício Rodrigues Neto

Maísa Tavares de Souza Leite

APROVADA

REPROVADO

AGRADECIMENTOS

Agradeço grandiosamente a Deus por permitir que esse momento fosse possível em minha vida.

Agradeço a minha mãe e ao meu pai, por tudo que fizeram e fazem por mim, pela dedicação, apoio e amor; ao meu irmão e a Luiz Filipe pela compreensão e tolerância. Ao meu namorado, pelo incentivo, apoio e por estar ao meu lado em todos os momentos com seu amor e otimismo.

Ao Prof. Dr. Fábio Ribeiro, pela valiosa e imensurável orientação e pelo respeito às minhas escolhas.

Aos Professores do Mestrado, pelo alto nível dos nossos momentos de discussões.

Aos que idealizaram esse Mestrado bem como toda a sua estrutura.

À Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros e gestores, pelo apoio.

Aos colegas e funcionários do PPGCS, pela convivência.

Às secretárias do Mestrado pela atenção.

E a todos aqueles que me apoiaram e contribuíram para que esse momento se concretizasse.

RESUMO

A identificação precoce do câncer do colo do útero aumenta a sua probabilidade de cura. A principal estratégia para a detecção precoce do câncer do colo do útero é o exame Papanicolaou. Este estudo tem o objetivo de verificar a cobertura, o acesso e fatores relacionados à realização do exame Papanicolaou em mulheres com idade de 20 anos ou mais, no Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II. Estudo transversal, com 1240 mulheres do Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, município de Montes Claros, Minas Gerais. Verificou-se a cobertura do exame e os motivos para a sua realização ou não. Investigou-se a associação da realização ou não do exame com fatores sociodemográficos, ginecológicos e referentes ao acesso ao exame e à Unidade de Saúde da Família (USF). A intensidade dessa associação foi estimada a partir da regressão logística, considerando-se o Odds Ratio (OR) como estimativa da razão de prevalência e admitindo-se um nível de significância de 0,05. A cobertura geral do exame foi de 94,4%. Os fatores que se mostraram estatisticamente associados à sua realização foram: faixas etárias 30 a 39 anos (OR = 3,3; p = 0,005) e 40 a 49 anos (OR = 3,7; p = 0,016) e os associados à não realização foram: não ter plano de saúde (OR = 0,4; p = 0,020), não ter parceiro atual (OR = 0,5; p = 0,018), não ter tempo disponível para realizá-lo (OR = 0,1; p = 0,000) e não ter tido gestação (OR = 0,4; p = 0,009). O principal motivo para a adesão ao exame foi a rotina, e para a não adesão, a vergonha/medo. A principal dificuldade de acesso ao exame foi a demora no agendamento. Os resultados demonstraram uma elevada cobertura do exame Papanicolaou. Observou-se que as dificuldades encontradas relacionaram-se às questões pessoais, sociais e aos serviços de saúde. A organização da atenção à saúde nos moldes da Saúde da Família favorece a adesão ao exame Papanicolaou.

Palavras chave: Exame Papanicolaou; câncer do colo do útero; cobertura; acesso; Equipe de Saúde da Família.

ABSTRACT

Early detection of cervical cancer increase the probability of cure. The main strategy for precocious detention of the cervical cancer is the Papanicolaou test. This objective study to evaluate the coverage, the access and the factors related to the submission to the Papanicolaou test, in 20-year-old or over women, in the districts of Delfino Magalhães and Monte Carmelo II. A cross sectional study, with 1,240 women in Delfino Magalhães Pole and Monte Carmelo II, in the city of Montes Claros, Minas Gerais. It was verified the coverage of the test and its realization or not. It was investigated the association with the test realization related with socialdemographic and gynecological factors, referred to the access to the test and to the Family Health Unit (FHU). The association intensity was estimated by logistic regression considering the Odds Ratio (OR) as a to for estimating the prevalence ratio with a significance level of 0.05. The overall coverage of the test was 94.4%. The factors that were statistically associated with the coverage were: age from 30 to 39 years old (OR = 3.3; $p = 0.005$) and from 40 a 49 years old (OR = 3.7; $p = 0.016$), the ones that were not coverage were: not having a health insurance (OR = 0.4; $p = 0.020$), not having a current partner (OR = 0.5; $p = 0.018$), not having available time to have the test done (OR = 0.1; $p = 0.000$), not having any pregnancy before (OR = 0.4; $p = 0.009$). The main reason to do the test was the routine, and the reason for not joining was the shame/fear. The main difficult to have access to the test was the schedule delay. The results showed a high coverage of the Papanicolaou test. It was observed that the difficulties found were related with social, personal subjects and to the health services. It was concluded that the organization of health care in accordance with the Family Health model favors adhesion to this Papanicolaou test.

Keywords: Papanicolaou test, cervical cancer, coverage, access; Family Health Group.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	01
1.1	O exame Papanicolaou	02
1.2	Anatomia do útero	02
1.3	História natural do câncer do colo do útero	03
1.4	Aspectos epidemiológicos	05
1.5	Fatores e co-fatores de risco	06
1.6	Tratamento, rastreamento e prevenção	07
1.7	Os serviços de saúde e o exame Papanicolaou	13
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo geral	20
2.2	Objetivos específicos	20
3	METODOLOGIA	21
3.1	Localização do estudo	22
3.2	População-alvo	23
3.3	Critérios de inclusão e exclusão.....	24
3.4	Instrumentos de coleta de dados	25
3.5	Seleção e treinamento dos entrevistadores	27
3.6	Aspectos éticos	27
3.7	Coleta dos dados	28
3.8	Análise estatística	28
4	RESULTADOS	30
4.1	Aspectos sociodemográficos	31
4.2	Aspectos ginecológicos	32
4.3	Aspectos do atendimento, acesso ao exame e à Unidade de Saúde da Família e conhecimento sobre o câncer do colo do útero e do Papanicolaou	33
4.4	Avaliação da associação das variáveis com a realização ou não do exame Papanicolaou	35
4.5	Cobertura do exame Papanicolaou	36

4.6 Principais motivos para a adesão ou não ao exame Papanicolaou	38
5 DISCUSSÃO	39
6 CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS	54
ANEXOS	71
ANEXO 1 Questionário da Pesquisa.....	72
ANEXO 2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a Participação em Pesquisa	75
ANEXO 3 Parecer consubstanciado do Comitê de Ética	77
ANEXO 4 Tabelas	78
ANEXO 5 Gráficos	86
PRODUTOS ALCANÇADOS	89
ARTIGO 1 Fatores relacionados à realização do exame Papanicolaou no Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros.....	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Associação entre variáveis sociodemográficas e a realização do exame Papanicolaou, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008	78
Tabela 2	Associação entre variáveis ginecológicas e a realização do exame Papanicolaou, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008	79
Tabela 3	Perfil de atendimento segundo a realização do exame Papanicolaou, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008	80
Tabela 4	Associação entre os aspectos referentes ao acesso e ao conhecimento, segundo a realização do exame Papanicolaou, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG 2008.....	81
Tabela 5	Análise multivariada dos fatores associados à realização ou não do exame Papanicolaou, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008.....	82
Tabela 6	Medidas descritivas (média e desvio padrão) das variáveis (idade, início da atividade sexual e tempo de moradia) segundo a realização do exame Papanicolaou, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008.....	82
Tabela 7	Tempo de moradia no Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, segundo a realização do exame Papanicolaou, Montes Claros, MG, 2008.....	83
Tabela 8	Período de realização do exame Papanicolaou segundo faixa etária, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008	83
Tabela 9	Frequência de realização do exame Papanicolaou segundo a faixa etária, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008	84

Tabela 10	Análise de Concordância Kappa entre variáveis categóricas	84
Tabela 11	Coefficiente de Correlação Intraclasse entre variáveis numéricas.....	85

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Dificuldades relatadas pelas mulheres em relação ao agendamento do exame Papanicolaou, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008	86
Gráfico 2	Dificuldades relatadas pelas mulheres para ir à Unidade de Saúde da Família, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008	86
Gráfico 3	Percentual de mulheres segundo o número de repetições do exame Papanicolaou, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008	87
Gráfico 4	Principais motivos referidos pelas mulheres para a realização do exame Papanicolaou, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008	87
Gráfico 5	Principais motivos referidos pelas mulheres para a não realização do exame Papanicolaou, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008	88

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Divisão geográfica da zona urbana do município de Montes Claros, MG, 2008.....	23
------------	--	----

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 O exame Papanicolaou

Dentre as estratégias para o controle do câncer do colo do útero e detecção precoce de suas lesões precursoras, destaca-se o exame Papanicolaou¹. O teste é uma homenagem a George Nicholas Papanicolaou, nascido em 13 de maio de 1883 em Kymi, Grécia. Em 1920, ao iniciar seu estudo da citologia vaginal em humanas, detectou os primeiros casos malignos. E em 1928, publicou o artigo “Novo Diagnóstico do Câncer”, onde apresentou seus resultados².

O Dr. Papanicolaou realizou em 1939, uma reavaliação do raspado vaginal para detecção do câncer e, com a colaboração do patologista Dr. Herbert F. Traut validaram o poder diagnóstico desse tipo de procedimento. Ambos publicaram suas conclusões na monografia: “Diagnóstico do Câncer Uterino pelo Raspado Vaginal”. O procedimento foi nomeado Pap test, sendo posteriormente, adotado mundialmente. Já naquele período, provocou um significativo impacto relacionado à redução da mortalidade pelo câncer cervical³.

1.2 Anatomia do útero

O útero, órgão do aparelho reprodutor feminino, situa-se no abdome inferior, posteriormente à bexiga e anteriormente ao reto. É dividido em corpo e colo⁴.

O colo do útero ou cérvix é a porção inferior do útero que se projeta para dentro do canal vaginal. Possui uma parte interna, a endocérvix, e uma parte

externa, a ectocérvice que são constituídas respectivamente pelo epitélio colunar simples, e epitélio escamoso e estratificado. A junção escamocolunar é uma linha que se encontra entre esses dois epitélios. Na fase reprodutiva da mulher, em geral, a junção escamocolunar encontra-se no nível do orifício externo ou para fora deste, denominando-se ectopia ou eversão, onde o epitélio colunar fica em contato com o ambiente da vagina e se transforma em células mais adaptadas – escamosas – originando um novo epitélio entre os epitélios originais, chamado de zona de transformação^{5,6}.

1.3 História natural do câncer do colo do útero

A maioria das lesões precursoras do câncer do colo do útero surge na zona de transformação que apresenta susceptibilidade para neoplasia⁷.

O câncer do colo do útero é uma afecção de crescimento lento em sua maioria, que se inicia com uma fase pré-clínica, cujo tempo de evolução descrito na literatura pode variar de três a trinta anos^{5,8,9,10}.

Várias camadas de células epiteliais pavimentosas revestem o colo do útero de maneira ordenada; quando sofrem transformações intra-epiteliais progressivas, e na medida em que a desordenação das camadas avança, tem-se a Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC)⁶. Define-se a NIC como um espectro de alterações intra-epiteliais que se inicia com atipias mínimas⁵.

A NIC apresenta-se como: grau I – NIC I – baixo grau, quando as anormalidades atingem o epitélio no 1/3 proximal da membrana; grau II – NIC II – alto grau, quando a desordenação avança 2/3 da membrana, e grau III – NIC III - alto grau, quando é observado a desordenação em todas as camadas, sem

rompimento da membrana basal⁶. A classificação de Bethesda divide estas lesões em duas categorias: lesões de baixo grau (associadas à infecção por Papilomavírus Humano e NIC I) e lesões de alto grau (NIC II e III)¹¹.

A NIC III é sinônimo de carcinoma *in situ*. O carcinoma de células escamosas microinvasivo é caracterizado por invasão mínima, e consiste no estado inicial do câncer cervical invasor; focos de câncer microinvasivo são encontrados em aproximadamente 7% das amostras de carcinoma *in situ*⁵. Ocorre o carcinoma invasor quando as alterações celulares tornam-se mais acentuadas invadindo o tecido conjuntivo do colo do útero⁶.

A gravidade da atipia determina as chances de uma lesão pré-neoplásica tornar-se invasora. Entre as mulheres mais jovens em relação às idosas, a taxa de progressão das NIC é diferente; em mulheres de até 34 anos as taxas de regressão espontânea em relação a novas lesões descobertas é de 84%, e nas mais idosas essa taxa é de 40%¹².

O tipo mais comum de câncer do colo do útero é o carcinoma de células escamosas que se subdivide em carcinoma de grandes células não-queratinizado sendo este o mais freqüente, carcinoma de grandes células queratinizado e carcinoma de pequenas células não-queratinizado. O adenocarcinoma da endocérvice é menos freqüente sendo responsável por 10 a 25% dos tumores cervicais malignos. Os fatores epidemiológicos do carcinoma de células escamosas e do adenocarcinoma são semelhantes. Disseminam-se para a mucosa vaginal, miométrio, linfonodos, estruturas adjacentes de forma que as metástases fora da pelve são raras^{5,13}.

A incidência de câncer do colo do útero aumenta com a idade, até atingir seu pico, em geral, na faixa etária de 45 a 49 anos¹. As manifestações clínicas consistem em sangramento vaginal após o coito, corrimento e dor⁶.

1.4 Aspectos epidemiológicos

O câncer do colo do útero se destaca dentre as doenças que acometem a população feminina, em virtude da gravidade e freqüência com que ocorre, tendo assim grande importância em saúde pública, atingindo mais as mulheres de classes sociais menos favorecidas^{14,15}.

Representa o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo onde são estimados em torno de 500.000 casos novos a cada ano^{1,13}. Aproximadamente 288 mil mulheres morrem anualmente em todo o mundo como consequência do câncer do colo do útero e pelo menos 80% dessas mortes ocorrem nos países em desenvolvimento, onde altas taxas de incidências são observadas na América Latina, Caribe, no Sul e no Sudeste da Ásia e África subsaariana^{7,16,17}. É um grave problema de saúde nos países em desenvolvimento e apresenta altos índices de prevalência e mortalidade em mulheres das classes sociais menos favorecidas¹⁸.

Nas últimas quatro décadas, tem-se observado um declínio nas taxas de incidência e mortalidade em países desenvolvidos como nos Estados Unidos e Canadá. O mesmo não se observa em países em desenvolvimento como o Brasil^{8,17}.

No Brasil, o câncer do colo do útero continua sendo um problema de saúde pública¹⁹. Em 1979, a taxa de mortalidade pelo câncer do colo do útero era de 3,44 por 100.000 mulheres e de 4,45 por 100.000 em 1998²⁰. Para o ano de 2008, o

Instituto Nacional do Câncer estima 18.680 casos novos de câncer do colo do útero, o que corresponde a 19 casos a cada 100.000 mulheres¹.

Em uma análise sobre a distribuição e a tendência da mortalidade por câncer nas regiões brasileiras no período entre 1980 a 1995, foi observado que no Norte e Nordeste do Brasil, a população feminina apresentou mortalidade mais elevada por câncer do colo do útero em relação às demais regiões e que em 1995, esses tumores representaram 7% de todas as mortes por câncer em mulheres brasileiras⁴.

No Brasil, no período compreendido entre 1995 a 2002, 45,5% dos casos de câncer do colo do útero, foram diagnosticados em estádios avançados²¹. Para o Ministério da Saúde (MS), o diagnóstico tardio está relacionado, dentre outras causas, à dificuldade de acesso das mulheres aos serviços de saúde, a baixa capacitação de recursos humanos e à dificuldade de se estabelecer uma linha de cuidados relacionados à atenção primária, à média complexidade e à alta complexidade e de outros aspectos referentes ao atendimento nos níveis de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação⁶.

1.5 Fatores e co-fatores de risco

O Papilomavírus Humano (HPV) está relacionado com a patogenia do câncer do colo do útero, mas muitas infecções por este vírus não causam sintomas ou mudanças celulares²². Esta neoplasia foi correlacionada com o HPV há mais de três décadas por Zühr Hausen¹³. O HPV foi detectado em 93% dos tumores cervicais invasivos e tem sido descrito como o fator central na etiologia do câncer do colo do útero^{23,24}. São divididos de acordo com o seu potencial de oncogenicidade

de forma que os tipos 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 são de baixo risco e os tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82 são de alto risco. Os tipos de alto risco estão associados ao câncer cervical sendo que os tipos 16 e 18 são os mais prevalentes, contudo existem variações dessa prevalência entre diferentes países^{23,25,26,27,28,29}.

Os co-fatores que promovem o aumento do risco para câncer invasor entre mulheres com HPV incluem: multiplicidade de parceiros⁶, aumento da idade, uso prolongado de anticoncepcionais orais, alta paridade, Vírus da Imunodeficiência Humana¹⁵, além disso, está associado ao baixo nível social^{8,12}. Mulheres portadoras de HPV de alto risco, com antecedentes de doenças sexualmente transmissíveis, que tiveram início precoce da relação sexual e as tabagistas também foram identificadas com maior probabilidade de desenvolver neoplasia intra-epitelial cervical^{30,31,32,33}.

1.6 Tratamento, rastreamento e prevenção

Nos casos em que existam lesões de baixo grau, as pacientes poderão ser apenas acompanhadas, pois muitas infecções pelo HPV curam por si mesmas^{9,22}. Já nos casos das lesões de alto grau, estas são tratadas de acordo com a extensão da doença, além disso, a terapêutica adequada dependerá de vários fatores, entre eles: a idade, o desejo de manter fertilidade e a condição clínica. Os tratamentos disponíveis são: excisão por eletrocautério, conização cervical, criocirurgia ou ainda histerectomia. A conização e a histerectomia são realizadas nos casos de cânceres microinvasivos. A quimioterapia e a radioterapia são utilizadas de acordo com o estadiamento do tumor^{5,11,13}.

O prognóstico do carcinoma invasor depende de uma série de fatores, como o volume tumoral, invasão do corpo uterino, bem como do estágio do tumor, dentre outros fatores⁹. É uma doença para qual existe prevenção eficiente e quando detectada em seu estágio inicial, apresenta um elevado índice de cura^{14,18,34}. É uma doença que pode ser evitada uma vez que a detecção precoce de lesões pré-neoplásicas (intra – epiteliais) pode na maioria dos casos, impedir o aparecimento de lesões mais avançadas¹².

O objetivo das estratégias de rastreamento é detectar precocemente as lesões de colo uterino antes de se tornarem invasivas²². Dentre as técnicas disponíveis, tem-se a colpocitologia oncológica, também chamada de teste de Papanicolaou ou Pap test; a citologia em meio líquido, a colposcopia, a cervicografia, a inspeção visual com aplicação de ácido acético, e os testes para detecção do HPV por captura híbrida^{6,7,35,36}.

Ressalta-se também a importância da vacina contra o HPV, cujas pesquisas profiláticas iniciaram nos Estados Unidos há alguns anos e atualmente esses estudos abrangem em torno de 25.000 mulheres em diversos países³⁷. Uma maior efetividade dessas vacinas tem sido observada quando administradas antes do início da atividade sexual. Assim, as campanhas de vacinação serão, possivelmente, direcionadas para as mulheres adolescentes e pré-adolescentes, com a esperança de que a vacina tenha resultados promissores e evite pelo menos 70% dos cânceres cervicais³⁸.

Atualmente, a vacina desenvolvida para a prevenção das infecções mais comuns que causam a condilomatose genital (HPV 6 e 11) e o câncer do colo do útero (HPV 16 e 18) foi aprovada para uso no Brasil através da Agência Nacional

de Vigilância Sanitária/Ministério da Saúde, bem como por agências de regulamentação de medicamentos de outros países como os Estados Unidos¹.

A redução da mortalidade pode ser obtida em países em desenvolvimento com programas de rastreamento bem organizados e com baixos custos³⁹. Segundo a Organização Pan-americana da Saúde a cobertura dos programas de detecção do câncer do colo do útero determina a redução da mortalidade por esta doença, dessa forma estabelece que esses programas obtêm melhores resultados quando atingem coberturas superiores a 80%⁴⁰.

O teste Papanicolaou serve como um padrão a ser utilizado no rastreamento do câncer cervical por se tratar de uma técnica de baixo custo, segura, não invasiva e por apresentar sensibilidade e especificidade razoáveis. Contudo, resultados variáveis são demonstrados na literatura quando comparado a outros métodos^{24,36,41,42}. A acuidade diagnóstica do teste Papanicolaou depende de atividades de controle de qualidade que devem estar presentes nos laboratórios, mesmo assim, o rastreamento através deste exame mantém-se como o melhor método disponível de redução da incidência e da mortalidade do câncer cervical invasivo^{2,42,43}.

A principal estratégia utilizada no Brasil para detecção precoce e rastreamento do câncer do colo do útero é a realização do exame Papanicolaou. Essa técnica consiste na coleta de material citológico do colo do útero. Inicialmente é introduzido um espéculo vaginal e procede-se à esfoliação da superfície externa ou ectocérvice e da interna ou endocérvice por meio de uma espátula de madeira e de uma escovinha endocervical⁶. As demais alternativas para rastreamento têm custo elevado no Brasil⁴³.

As recomendações para as mulheres que se submeterão ao exame Papanicolaou consistem em não utilizar durante as 48 horas que antecedem a coleta, duchas ou medicamentos vaginais ou exames intravaginais, anticoncepcionais locais, espermicidas e nas 48 horas anteriores ao exame deve-se evitar relações sexuais. A presença de sangue pode prejudicar a exatidão do exame, portanto não deve ser realizado no período menstrual, a menos que exista um sangramento anormal^{6,22}.

Desde 1988, o Ministério da Saúde (MS) preconiza que o exame Papanicolaou seja realizado anualmente e prioritariamente em mulheres na faixa etária de 25 a 60 anos de idade. Após dois exames anuais consecutivos com resultados negativos, deve ser realizado a cada três anos, apoiando-se na história natural do câncer do colo do útero. Para as mulheres virgens, o exame não deve ser realizado na rotina, e em caso de gestantes o exame deve ser feito preferencialmente até o 7º mês. A coleta de esfregaço de fundo de saco vaginal é recomendada para mulheres que se submeteram à histerectomia total⁶. As mulheres precisam ser submetidas a um novo teste, um a três anos após um exame normal, devido ao número de testes falso-negativos, reduzindo assim as chances de perda das alterações que possam estar presentes³⁶.

Os fatores de risco, a frequência de realização dos exames e os resultados dos exames anteriores devem ser observados em mulheres com idade acima da faixa etária preconizada para o rastreamento. A frequência do rastreamento deverá ser individualizada⁶.

Na Europa, as políticas e os programas de rastreamento do câncer do colo do útero são bem variados. Países como a Finlândia e a Dinamarca, iniciaram seus programas em 1963 e 1967, respectivamente. As recomendações do rastreamento

por faixas etárias bem como para o intervalo preconizado também diferem entre os países europeus⁴⁴. Já a American Cancer Society recomenda que o rastreamento do câncer do colo do útero seja iniciado 3 anos após o intercuro sexual, mas não após a idade de 21 anos, anualmente através do teste Papanicolaou ou a cada dois anos utilizando-se o teste em meio líquido e um intervalo de dois ou três anos para mulheres com 30 anos de idade ou mais, que tenham tido três resultados consecutivos normais. As mulheres com idade de 70 anos que tenham três ou mais exames normais nos últimos 10 anos ou que tenham se submetido a histerectomia total podem parar de se submeterem ao rastreamento⁴⁵.

Alguns autores descrevem que programas de rastreamento anual teriam custos mais elevados, o que seria contrário às questões de custo-benefício em países com recursos escassos como o Brasil. A periodicidade trienal do exame Papanicolaou tem sido a mais difundida uma vez que estudos sugerem que não têm sido observadas diferenças significativas na diminuição da incidência do câncer do colo do útero quando os exames são realizados em intervalos anuais ou trienais. Diversos estudos indicam que a manutenção dos elevados índices de incidência e mortalidade por câncer cérvico-uterino em países em desenvolvimento está relacionada à baixa qualidade e cobertura do exame de Papanicolaou³⁵. A não realização do exame Papanicolaou de rotina foi identificada como fator associado à ocorrência de câncer do colo uterino⁴⁶.

Um estudo realizado com o objetivo de apresentar o panorama nacional da cobertura do exame Papanicolaou enfatizando também os seus fatores determinantes, concluiu que são poucos os estudos sobre cobertura do exame Papanicolaou no Brasil. Além disto, foram identificados dois estudos de abrangência nacional realizados em 2003 que apresentaram coberturas abaixo de 70% nos

últimos três anos. Dentre as variáveis mais freqüentemente observadas nas mulheres não submetidas ao exame Papanicolaou foram encontradas: baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, baixa renda familiar e pertencer às faixas etárias mais jovens. Os autores concluíram que os dados encontrados demonstraram diferenças na cobertura do exame Papanicolaou na população feminina brasileira entre as regiões e a necessidade de intervenção em relação aos fatores a ela associados⁴⁷.

Em 2003, um estudo utilizando os dados da Pesquisa Mundial de Saúde, com o objetivo de descrever o perfil sócio-demográfico das mulheres brasileiras entre 18 e 69 anos que têm cuidados adequados com a sua saúde, demonstrou que a cobertura do exame Papanicolaou nos últimos três anos foi de 65%. Além disso, observou-se que menos do que 20% das mulheres tinham cuidados adequados com a saúde, ou seja, em relação à utilização dos serviços e comportamentos saudáveis⁴⁸.

Outro estudo realizado com o objetivo de identificar a prevalência e os fatores associados à realização dos exames Papanicolaou e mamografia por mulheres brasileiras, de 25 anos ou mais, identificou uma prevalência de exames Papanicolaou de 75,5%. Os principais fatores preditivos para a realização do Papanicolaou foram: ter filhos, consulta médica no último ano, renda elevada, médio a alto grau de escolaridade, ter plano de saúde e morar em zona urbana⁴⁹.

As pesquisas sobre cobertura do Papanicolaou, seja por faixa etária ou para avaliar a periodicidade de realização do exame, bem como os fatores associados à sua não realização são importantes, pois através delas é possível avaliar o impacto das ações que estão sendo realizadas e planejar estratégias de intervenção⁵⁰.

No período de 1999 a 2000, um estudo em Pelotas identificou que 72,2% das mulheres realizaram o exame Papanicolaou nos últimos três anos e 11,2% nunca o haviam realizado, e a sua não realização esteve associada com baixa inserção social e idade avançada⁵¹. Em 2003, também em Pelotas, outro estudo constatou que as mulheres com maior número de fatores de risco para o câncer de colo uterino apresentaram menor parâmetro de realização deste exame⁵². Em Londrina, município do Sul do Brasil encontrou-se uma cobertura geral de realização do exame de 80,7%⁵³.

A aderência ao exame Papanicolaou difere não só entre os países, mas também entre grupos étnicos. Um estudo realizado com 406 mulheres cambojano-americanas de 18 anos de idade ou mais, demonstrou que 76% dessas mulheres relataram terem se submetido ao exame Papanicolaou uma vez na vida. Entre as vietnamita-americanas de 18 a 64 anos de idade, 68% foram submetidas ao exame nos últimos três anos^{54,55}.

1.7 Os serviços de saúde e o exame Papanicolaou

No Brasil, no ano de 2004, o MS lançou a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes” (PNAISM), com o objetivo de implantar ações de saúde que reduzissem a morbi-mortalidade por causas preveníveis entre mulheres, além de outras ações que pudessem colaborar para a garantia de seus direitos. Além disso, a prevenção e o tratamento de mulheres portadoras do HIV/AIDS e de outras doenças crônicas não transmissíveis e de câncer fizeram parte dos princípios norteadores dessa política⁶.

Com o objetivo de atingir o controle do câncer do colo do útero e da mama, reduzir a incidência e a mortalidade do câncer do colo do útero, a mortalidade por câncer de mama por meio de ações de prevenção e detecção precoce dessas enfermidades, além da garantia do tratamento e reabilitação para as mulheres acometidas, foram implantadas também diversas ações, dentre elas o Programa Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama. O Programa Viva Mulher foi submetido a uma avaliação em 2004, através da qual foi identificada a necessidade de revisão de sua estrutura e de estratégias para que seus objetivos pudessem ser alcançados. Dessa forma, foi criado o Plano de Ação para o Controle do Câncer de Mama e do Colo do Útero no Brasil 2005 – 2007 que contempla, dentre suas Diretrizes Estratégicas, o aumento da cobertura da população-alvo, além das demais diretrizes propostas para o nível nacional⁶.

A estratégia de Saúde da Família tem contribuído para uma importante diminuição das iniquidades no que se refere ao acesso e utilização dos serviços de saúde⁵⁶. Ressalta-se ainda que a cobertura de serviços de saúde no Brasil tem aumentado através desta estratégia⁵³. A organização da atenção à saúde através da estratégia Saúde da Família favorece a realização do exame Papanicolaou⁵⁷.

A estratégia Saúde da Família foi implantada nos municípios brasileiros a partir das experiências exitosas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que foi criado oficialmente pelo MS em 1991 com o objetivo de diminuir a mortalidade infantil e materna na região Nordeste do Brasil. O PACS diminuiu a mortalidade infantil, aumentou o aleitamento materno exclusivo, melhorou os indicadores de nutrição infantil e contribuiu com o aumento da cobertura vacinal e foi expandido para a região Norte para colaborar no combate à epidemia de cólera que assolava a região⁵⁸.

A partir de 1994, a estratégia Saúde da Família passou a ser considerada como o recurso de estruturação do modelo assistencial de saúde até então vigente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) centrado na doença, para um modelo voltado para a promoção da saúde e a prevenção de doenças^{53,59}. A equipe de Saúde da Família é constituída por no mínimo um médico generalista ou de família, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde⁵³. Ressalta-se que tem ocorrido a inserção de outros profissionais de nível superior à equipe⁶⁰.

O trabalho das equipes de Saúde da Família é direcionado a uma população com área de abrangência definida. Tem o objetivo de resolver os problemas de maior frequência e relevância, fundamentando-se nos princípios de acessibilidade, universalidade, coordenação, integralidade, continuidade, humanização, equidade e participação da comunidade, com uma prática voltada para todos os níveis do ciclo de vida familiar, seja da gestante ao idoso, seja individualmente ou coletivamente⁶¹. Além disso, desenvolve ações de vigilância em saúde, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica sobre doenças e agravos como tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, câncer do colo do útero e de mama, entretanto ainda de forma incipiente⁵⁹. Tem como desafio, alcançar a integralidade na assistência à saúde da mulher incluindo ações de controle do câncer do colo do útero⁶.

Incipientes também são os estudos entre a população feminina usuária dos serviços prestados pela estratégia Saúde da Família que avaliem a cobertura do exame Papanicolaou e os fatores associados à adesão ou não ao exame⁵³.

O município de Montes Claros localiza-se na região Norte de Minas Gerais. Possui uma população de 352.384 habitantes, uma área territorial de 3.470 Km², clima tropical, temperatura média anual de 24,2°C, onde predomina a vegetação de

Cerrados com áreas de transição de Cerrado/Caatinga. Suas principais atividades econômicas são relativas à indústria, comércio e pecuária^{62,63}.

Montes Claros conta com uma ampla rede de saúde, incluindo hospitais privados e públicos, policlínicas e demais estabelecimentos de saúde, totalizando 142 estabelecimentos, sendo que 86 integram o SUS⁶².

Atualmente, o município possui uma cobertura de aproximadamente 48,7% pela estratégia Saúde da Família sendo que na zona urbana atuam 44 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 01 Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), e na zona rural atuam 05 ESF e 04 EACS. São 167.933 pessoas e 44.241 famílias atendidas por estas equipes⁶⁴.

O município em questão foi dividido em 13 pólos regionais nos quais foram implantadas as Unidades Administrativas Intersetoriais (UAIs), que possuem representantes das secretarias e órgãos municipais cujos objetivos destinam-se à discussão de diagnósticos e planejamento de ações que busquem o crescimento da cidade. O Pólo Delfino Magalhães está inserido entre os 13 pólos de Montes Claros e possui cobertura de 100% por ESF⁶³. Coincide com a área de abrangência de 10 ESF (ESF Vila Sion, ESF Alto Boa Vista, ESF Santo Antônio I, ESF Santo Antônio II, ESF Delfino Magalhães, ESF Jardim Palmeiras I, ESF Jardim Palmeiras II, ESF Novo Delfino, ESF Vila Anália e por último foi acoplada a ESF Santa Lúcia I)⁶³. A ESF Alto Boa Vista possui menos de três anos de implantação⁶⁴.

Nesta região, também existe o Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família que é a referência da área de abrangência supracitada e mais a ESF Monte Carmelo II. Todavia, conforme a divisão em pólos, esta equipe faz parte do Pólo Independência.

Os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família foram criados pela Portaria nº 1.065, de 4 de julho de 2005, com o objetivo de expandir a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde. Integra o atendimento do psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, profissional de educação física e do instrutor de práticas corporais⁶⁵. A unidade é também referência para as equipes da estratégia Saúde da Família em relação à pediatria e ginecologia⁶⁶.

Ressalta-se que existe um projeto, ainda em fase de discussão, de adesão e implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em conformidade com a Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, cujo objetivo é a ampliação da abrangência e da finalidade das ações da atenção primária à saúde em relação ao apoio à estratégia Saúde da Família⁶⁶. Dessa forma o Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família será então denominado Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

A escolha do tema justifica-se pela relevância dos aspectos epidemiológicos e pela gravidade do impacto do câncer do colo do útero na sociedade como um todo, pelos aspectos que norteiam o seu controle e prevenção, além da importância do exame Papanicolaou como principal ferramenta de rastreamento, e que ainda encontra barreiras relacionadas à adesão entre as mulheres. Além disso, são incipientes os estudos que avaliem a cobertura do exame Papanicolaou bem como os fatores dificultadores e favorecedores em relação à sua adesão entre a população feminina usuária dos serviços prestados pela estratégia Saúde da Família.

O estudo proposto é importante porque seus resultados podem contribuir para uma avaliação do impacto das ações que estão sendo realizadas no âmbito do tema abordado, por parte dos serviços envolvidos, além de poder proporcionar um

redirecionamento relativo ao planejamento de estratégias para enfrentamento dos resultados encontrados.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Verificar a cobertura, o acesso e fatores relacionados à realização do exame Papanicolaou em mulheres com idade de 20 anos ou mais, no Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar a cobertura do exame Papanicolaou em mulheres com idade de 20 anos ou mais, no Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II;
- Identificar na população estudada, fatores sociodemográficos associados à realização ou não do exame Papanicolaou e verificar aspectos referentes ao acesso ao exame e acesso geográfico à unidade de saúde da Família, através de questionário padronizado;
- Identificar os principais motivos para a adesão ou não ao exame Papanicolaou na população estudada;
- Contribuir com os serviços locais de saúde, de acordo com os resultados obtidos para um redirecionamento das ações relacionadas à situação encontrada.
- Disponibilizar dados novos sobre cobertura e acesso ao exame Papanicolaou que são escassos na literatura.

Metodologia

3 METODOLOGIA

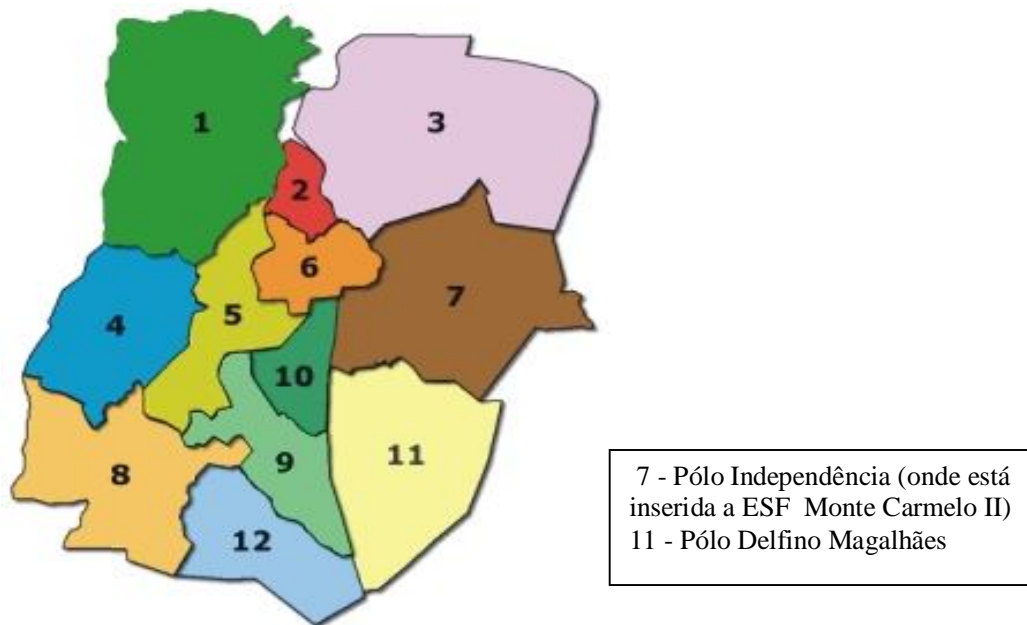
3.1 Localização do estudo

Estudo descritivo, transversal, conduzido no Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, na zona urbana da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, no período de Março a Junho de 2008. O município de Montes Claros possui atualmente uma população de 352.384 habitantes e uma cobertura aproximada de 48,7% pela estratégia Saúde da Família. A região do Pólo Delfino abrange 10 equipes da estratégia Saúde da Família, sendo 09 equipes implantadas há mais de três anos e 01 equipe há menos de três anos.

Foram incluídas as 09 equipes com três anos ou mais de atuação pertencentes ao Pólo Delfino Magalhães e mais a área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Monte Carmelo II que está inserida no Pólo Independência (figura 1) totalizando 10 equipes, 62 micro-áreas. As 10 equipes inseridas neste estudo utilizam como referência o Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família Delfino Magalhães.

A área do Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II foi escolhida por possuir uma cobertura de 100% de equipes da estratégia Saúde da Família. Além disso, não foi realizado nenhum estudo com essa abordagem considerando o Pólo Delfino e o Monte Carmelo II como um todo.

Figura 1 - Divisão geográfica da zona urbana do município de Montes Claros, Minas Gerais, 2008.



Fonte: <http://www.montesclaros.mg.gov.br/saúde/index.htm>

3.2 População-alvo

Foram selecionadas aleatoriamente mulheres com idade de 20 anos ou mais, residentes nas 62 micro-áreas de 10 Equipes de saúde da Família (ESF), identificadas através de consulta à ficha A - Cadastro das Famílias. Optou-se por mulheres com idade igual ou maior que 20 anos, por contemplar a faixa etária recomendada pelo MS como população alvo para o rastreamento do câncer do colo do útero.

O tamanho da amostra foi calculado considerando-se uma proporção estimada de 50% de mulheres que realizaram o exame Papanicolaou, com precisão de 0,03 e nível de confiança de 0,95, obtendo-se um tamanho amostral de 1.560

mulheres para compor a amostra. Sorteou-se 3 ruas de cada micro-área contendo os números das casas de todas as mulheres da rua que posteriormente foram sorteadas por amostragem aleatória simples. Excluiu-se deste estudo 320 mulheres (82 não residiam mais no endereço, 159 recusaram a participar da pesquisa, 04 eram portadoras de distúrbio mental, 33 não tinham iniciado a atividade sexual, 10 eram hysterectomizadas, 03 haviam morrido e 29 tinham idade inferior a 20 anos), ficando a amostra final em 1.240 mulheres. Foram entrevistadas em suas residências, 301 mulheres de 20 a 29 anos, 381 de 30 a 39 anos, 248 de 40 a 49 anos, 185 de 50 a 59 anos e 125 de 60 anos ou mais.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão:

- (a) Mulheres com 20 anos de idade ou mais que já tinham iniciado a atividade sexual;
- (b) Mulheres com 20 anos de idade ou mais que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo 2).

Critérios de exclusão:

- (a) Mulheres com idade inferior a 20 anos;
- (b) Mulheres que não tinham iniciado a atividade sexual;
- (c) Mulheres que tinham se submetido à hysterectomia;

- (d) Mulheres portadoras de distúrbios mentais;
- (e) Mulheres que se recusaram a assinar o TCLE de participação voluntária na pesquisa.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta dos dados, foi confeccionado um questionário padronizado, contendo questões fechadas e algumas opções abertas. Algumas questões foram validadas por estudo piloto, enquanto que as demais foram validadas em estudos semelhantes ^{49,50,52,53,67,68,69}.

O exame Papanicolaou foi considerado como variável dependente, dicotomizado em: exame realizado e exame não realizado. As variáveis independentes foram classificadas em subgrupos: sociodemográficas, ginecológicas e referentes ao acesso e conhecimento das mulheres sobre o câncer do colo do útero e sobre o exame preventivo (Papanicolaou).

As variáveis sócio-demográficas consideradas foram: idade, situação conjugal, cor da pele, escolaridade, profissão, trabalho fora de casa, renda familiar, tabagismo, plano de saúde. As variáveis ginecológicas foram: início da atividade sexual, número de parceiros na vida, parceiro atual, uso de anticoncepcional, número de gestações, número de filhos vivos, idade da primeira gestação. As variáveis referentes ao acesso ao Papanicolaou e à Unidade Saúde da Família (USF) e conhecimento do câncer do colo do útero e do exame Papanicolaou foram: tempo gasto para chegar à USF, dificuldade para ir até a USF, tipo de transporte utilizado para ir até a USF, ouviu falar sobre câncer do colo do útero, ouviu falar do

exame preventivo do câncer do colo do útero, possui tempo disponível para se submeter ao exame Papanicolaou.

As variáveis sociodemográficas foram categorizadas da seguinte forma: faixa etária (20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 anos ou mais)⁵¹, situação conjugal (vive com o parceiro: casada, união estável; vive sem o parceiro: solteira, separada, divorciada, viúva)⁶⁷, cor da pele (branca; não branca)⁵¹, escolaridade (analfabeta, 1ª a 4ª série completa ou incompleta: 0 a 4 anos de estudos; 5ª a 8ª série completa ou incompleta: 5 a 8 anos de estudos; 2º grau acima: 9 anos de estudos ou mais)⁵⁰; profissão (dona de casa: do lar; outras: domésticas ou outras profissões), trabalho fora de casa (sim; não)⁵³, renda familiar (menor que 1 salário; 1 salário; 2 ou mais salários) tabagismo (sim; não: incluindo as ex-tabagistas)⁵², plano de saúde (sim; não)⁴⁹.

As variáveis ginecológicas foram categorizadas em: Início da atividade sexual (menor que 20 anos; 20 anos ou mais)⁵⁰, número de parceiros na vida (único; múltiplos: mais que 1)⁶⁸, parceiro atual (sim; não) uso de anticoncepcional (pílula, injetável, preservativo masculino, Dispositivo Intra-uterino, outros: sim; nenhum, ligadura de trompas, vasectomia, menopausa: não), número de gestações (nenhuma, 1 gestação e mais que 1 gestação)⁶⁹.

As variáveis referentes ao acesso e conhecimento foram categorizadas em: tempo gasto para chegar à Unidade de Saúde da Família USF (20 minutos ou menos; mais que 20 minutos), dificuldade para ir até a USF (sim; não), meio de locomoção utilizado para ir até a USF (a pé; outros: bicicleta, ônibus, carro, moto, etc), ouviu falar sobre o câncer do colo do útero (sim; não)⁵⁰, ouviu falar do exame preventivo do câncer do colo do útero (sim; não)⁵⁹, tem tempo disponível para se submeter ao exame Papanicolaou (sim; não).

O questionário também contemplava pergunta sobre qual o motivo para a não realização do exame Papanicolaou exclusiva para as mulheres que não haviam se submetido ao exame em questão. Além dessas, havia também as seguintes perguntas direcionadas para as mulheres que realizaram o exame Papanicolaou: quando realizou o último exame, recebeu o resultado do último exame, onde realizou o último exame, foi atendida da maneira como gostaria (sim, não, se não porque), teve dificuldade para agendar o exame no Programa Saúde da Família (sim, não, se sim quais dificuldades), quantas vezes repetiu o exame Papanicolaou⁵⁰ e se fez somente uma vez porque não repetiu, qual o motivo para a realização do último exame Papanicolaou, conforme questionário (anexo 1) .

3.5 Seleção e treinamento dos entrevistadores

Foram selecionadas 06 entrevistadoras que foram treinadas e supervisionadas. Foram realizadas reuniões para treinamento e discussão sobre o projeto de pesquisa, seus objetivos e sobre o instrumento de coleta dos dados.

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – processo nº 869/07 (anexo 3)

O acesso às informações das Fichas A – Cadastro de Saúde da Família e do Sistema de Informação da Atenção Básica necessárias à execução do projeto foi autorizado pela Secretaria Municipal de Montes Claros.

3.7 Coleta dos dados

As mulheres da amostra foram visitadas em suas residências e entrevistadas após leitura e assinatura do TCLE.

3.8 Análise estatística

Os dados coletados foram armazenados e analisados através do software estatístico SPSS for Windows, versão 15.0.

A cobertura do exame Papanicolaou em mulheres com idade de 20 anos ou mais residentes no pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, foi estimada através da frequência relativa e seu intervalo de 95% de confiança. Foram estimadas as médias e desvios-padrão para descrever as mulheres da amostra quanto às variáveis: idade, Idade de início da atividade sexual e tempo de moradia. Na análise univariada, a relação entre os fatores pesquisados e a realização do exame Papanicolaou foi inicialmente avaliada pela Odds Ratio (OR).

Posteriormente, foram selecionadas para a análise multivariada aquelas variáveis que mostraram nível descritivo até 0,25 ($p < 0,25$) na etapa univariada. A intensidade dessa associação foi estimada a partir da regressão logística multivariada considerando-se o Odds Ratio (OR) como estimativa da razão de prevalência, admitindo-se um nível de significância de 0,05, e assumindo-se um intervalo de confiança de 95%.

Foram construídas as distribuições de frequências na descrição das variáveis: quando realizou o exame, recebeu o resultado, local onde realizou o exame, se foi atendida como gostaria, dificuldade para agendar, o motivo para a

realização ou não do exame, repetição do exame e frequência de realização do exame em relação à faixa etária.

Para descrever o grau de concordância das respostas entre as variáveis categóricas foi utilizado o Índice Kappa e para as variáveis numéricas foi utilizado o Coeficiente de Correlação Intraclasse.

Resultados

4 RESULTADOS

4.1 Aspectos sociodemográficos

A amostra se constituiu de 1.240 mulheres, resultantes das entrevistas realizadas no período de março a junho de 2008.

Quanto ao perfil sociodemográfico das entrevistadas, 71,0% relataram que vivem com o parceiro (casadas, união estável), 93,8% se declararam não brancas (pardas, negras, amarelas e outras), 40,6% possuíam 9 anos de estudos ou mais. Quanto à profissão, 62,2% informaram ser donas de casa e 37,8% relataram ter outras profissões, 69,3% informaram que não trabalham fora de casa, 46,6% disseram ter uma renda igual a 1 salário e 76,0% informaram que não possuem plano de saúde. O tabagismo foi autodeclarado por 9,8% das mulheres, sendo que 90,2% se declararam não tabagistas.

Entre as mulheres pertencentes às seguintes categorias: vive sem o parceiro, não brancas, com 0 a 4 anos de estudos e 9 anos ou mais, as donas de casa, as que não trabalham fora de casa, com renda familiar igual ou menor a 1 salário, as não tabagistas e as que não possuem plano de saúde, observou-se maiores percentuais de não realização do exame Papanicolaou quando comparadas intra categorias (Tabela 1).

A análise univariada cujos resultados são demonstrados nas Tabelas 1, evidenciou associação (nível de significância estatística $p < 0,05$) da realização ou não do exame Papanicolaou com as variáveis: faixas etárias 30 a 39 anos ($p = 0,000$), 40 a 49 anos ($p = 0,001$) e 50 a 59 anos ($p = 0,015$) em relação à faixa etária

de 20 a 29 anos, viver sem o parceiro ($p = 0,000$) e não ter plano de saúde ($p = 0,018$).

4.2 Aspectos ginecológicos

Entre as mulheres que responderam sobre a idade de início da atividade sexual ($n = 1217$), 62,7% informaram tê-la iniciado antes dos 20 anos de idade e 37,3% iniciaram com 20 anos ou mais. A média de idade em relação ao início da atividade sexual entre as que realizaram o exame foi de 19,2 (DP = 3,8), e entre as que não o realizaram foi de 19,5 (DP = 3,6) (Tabela 6).

Verificou-se que entre as mulheres que relataram sobre o número de parceiros que tiveram na vida ($n = 1160$), 71,1% das entrevistadas responderam ter tido parceiro único; já em relação a parceiro atual, 83,4% informaram que possuem (Tabela 2).

Quando questionadas sobre o uso de anticoncepcional na atualidade, 35,3% responderam que sim, e 64,7% informaram que não. Entre as que responderam que não utilizam métodos anticoncepcionais, estão incluídas as que estavam na menopausa (18,7%), as grávidas (1,0%) e as que tinham sido submetidas à ligadura de trompas (26,5%) ou cujos parceiros tinham sido submetidos à vasectomia (8,4%). Verificou-se que 8,2% das mulheres não tiveram gestação, 14,4% tiveram 1 gestação, e 77,4% tiveram mais que 1 gestação (Tabela 2).

Entre as mulheres pertencentes às seguintes categorias: as que iniciaram a atividade sexual com 20 anos de idade ou mais, que usam anticoncepcional, as que tiveram parceiro único, que não tiveram gestação e as que tiveram 1 gestação

observou-se maiores percentuais de não realização do exame Papanicolaou quando comparadas intra categorias (Tabela 2).

A análise univariada cujos resultados são demonstrados nas Tabelas 2, evidenciou associação (nível de significância estatística $p < 0,05$) da realização ou não do exame Papanicolaou com as variáveis: não ter parceiro atual ($p = 0,000$) e nenhuma gestação ($p = 0,000$).

4.3 Aspectos do atendimento, acesso ao exame e à Unidade de Saúde da Família e conhecimento sobre o câncer do colo do útero e do Papanicolaou

Referindo-se às mulheres que realizaram o exame Papanicolaou, 70,8% informaram que haviam se submetido ao último exame na unidade de Saúde da Família de seu bairro, 4,1% realizaram o exame no Centro de Saúde local, 15,6% o realizaram em locais que prestam atendimento privado ou por convênios médicos, 7,6% em outras unidades do SUS, 1,6% o realizaram em outras cidades e 0,3% não lembraram (Tabela 3).

Quando questionadas sobre o recebimento do resultado do último exame, 10,1% informaram que ainda não o haviam recebido. Em relação ao atendimento, 98,7%% responderam que foram atendidas como gostariam (Tabela 3).

Dentre as que realizaram o Papanicolaou, foi questionado se tiveram dificuldades para agendá-lo, 78,3% relataram que não, e 21,7% relataram que sim (Tabela 3).

Observou-se que entre mulheres que relataram ter dificuldades para agendar o exame (21,7%), as principais dificuldades citadas foram: demora no agendamento do exame (68,6%), não encontram vagas (12,9%), falta de tempo para

procurar pelo agendamento (3,5%), e 14,9% declararam ter outras dificuldades que foram enquadradas na categoria outras por corresponder a percentuais inferiores a 3% (não encontram o Agente Comunitário de Saúde, falta de médicos, falta material, não conseguem ir quando agendam, e não é agendado quando pedem) (Gráfico 1).

Quando foram interrogadas sobre quantos minutos gastam para chegar à Unidade de Saúde da Família (USF) 95,4% informaram que gastam 20 minutos ou menos (Tabela 4). Em relação a ter ou não dificuldades para ir à USF, 97,0% disseram não ter nenhuma dificuldade e 3,0% responderam que sim (Tabela 4). As principais dificuldades relatadas encontram-se descritas no Gráfico 2.

No que se refere ao meio de locomoção utilizado para ir à USF, 97,3% declararam que vão a pé e apenas 2,7% informaram que utilizam outros meios (Tabela 4).

Ao serem interrogadas se ouviram falar sobre o câncer do colo do útero, 99,0% responderam que sim. Quando perguntadas se ouviram falar sobre o exame preventivo, 99,4% informaram que sim e quando questionadas se têm tempo disponível para realizar o exame apenas 3,5% relataram que não (Tabela 4).

Entre as mulheres pertencentes às seguintes categorias: as que informaram gastar mais que 20 minutos para chegar à USF, que declararam possuir dificuldade para ir à USF, que utilizam outros meios de locomoção, que não ouviram falar do câncer do colo do útero e do exame preventivo observou-se maiores percentuais de não realizarem o exame Papanicolaou quando comparadas intra categorias (Tabela 4).

A análise univariada cujos resultados são demonstrados nas tabelas 4, evidenciou associação (nível de significância estatística $p < 0,05$) da realização ou

não do exame Papanicolaou com as variáveis: não ter ouvido falar sobre o exame preventivo ($p = 0,026$) e não ter tempo disponível para fazer o exame ($p = 0,000$).

4.4 Avaliação da associação das variáveis com a realização ou não do exame Papanicolaou

A análise univariada cujos resultados são demonstrados nas tabelas 1, 2 e 4, evidenciou associação da realização ou não do exame Papanicolaou com: faixas etárias 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos em relação à faixa etária de 20 a 29 anos, viver sem o parceiro, não ter plano de saúde, não ter parceiro atual, não ter tido gestação, não ter ouvido falar do exame preventivo e não ter tempo disponível para fazer o exame, todas elas com nível de significância estatística $p < 0,05$.

Para a análise multivariada, além das variáveis citadas acima, foram selecionadas aquelas que também apresentaram associação com a realização ou não do exame Papanicolaou, com o nível de significância de até 0,25 ($p < 0,25$) (Tabelas 1, 2 e 4): ter 9 anos ou mais de estudos ($p = 0,212$), ter 5 a 8 anos de estudos ($p = 0,170$), outras profissões ($p = 0,123$), não trabalhar fora de casa ($p = 0,224$), ter tido uma gestação ($p = 0,177$), ter dificuldade para ir à USF ($p = 0,124$), outros meios de locomoção para ir à USF ($p = 0,077$), não ter ouvido falar sobre o câncer do colo do útero ($p = 0,091$).

Após a análise multivariada mantiveram-se associadas com a realização do exame Papanicolaou, as variáveis: 30 a 39 anos OR = 3,3 (IC95% 1,44 – 7,57), $p = 0,005$ e faixa etária 40 a 49 anos OR = 3,7 (IC95% 1,27 – 10,6) $p = 0,016$; e os fatores associados à não realização foram: não ter plano de saúde OR = 0,4 (IC95%

0,16 – 0,86), não ter parceiro atual OR = 0,5 (IC95% 0,25 – 0,88), não ter tempo disponível para fazer o exame OR = 0,1 (IC95% 0,057 – 0,26) e nenhuma gestação OR = 0,4 (IC 95% 0,16 – 0,77) (Tabela 5).

A prevalência de realização do exame Papanicolaou foi maior entre as mulheres da faixa etária de 30 a 39 e 40 a 49 anos em relação às mulheres da faixa etária de 20 a 29 anos e menor entre as que não possuem plano de saúde, não têm parceiro atual, não possuem tempo disponível para fazer o exame e que não tiveram gestação.

O grau de concordância das respostas entre as variáveis categóricas utilizando-se o Índice Kappa variou de 0,642 a 1,000 (Tabela 10), e entre as variáveis numéricas utilizando-se o Coeficiente de Correlação Intraclasse, os valores variaram de 0,848 a 1,000 (Tabela 11).

4.5 Cobertura do exame Papanicolaou

A cobertura geral, ou seja, a realização do exame Papanicolaou pelo menos uma vez na vida entre as participantes do estudo nas 62 micro-áreas do Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, foi de 94,9% (n = 1177). Constatou-se que 5,1% das mulheres referiram nunca terem se submetido ao exame Papanicolaou (Tabela 1).

A média de idade entre as mulheres que realizaram o exame Papanicolaou foi de 40,6 anos (DP = 13,2) e entre as que não o realizaram foi de 41,5 anos (DP = 20,6) (Tabela 6).

Referindo-se ao tempo de moradia na área, a proporção de mulheres que não realizaram o exame foi maior entre as que informaram morar há menos de três

anos (7,5%), e entre as que informaram morar há 3 anos ou mais esse percentual foi de 4,4% (Tabela 7).

Considerando a realização do exame nos últimos três anos, observou-se uma cobertura de 92,4% em relação a todas as idades (Tabela 3). Quando estratificadas por faixa etárias, as prevalências de realização do exame foram decrescentes da faixa etária de 20 a 29 anos (98,5%) anos para as demais: 30 a 39 anos (94,4%), 40 a 49 anos (93,8%), 50 a 59 anos (90,5%), sendo o menor percentual na faixa etária de 60 anos ou mais (70,9%), onde também foi observado um menor percentual de mulheres que não se lembraram de sua última coleta (9,1%) e um maior percentual das que realizaram o exame há mais de três anos (20,0%) (Tabela 8).

O percentual de mulheres segundo o número de repetições do exame Papanicolaou no Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II está demonstrado no Gráfico 3.

Considerando as faixas etárias, verifica-se um maior percentual de mulheres que fizeram o exame apenas 1 vez na vida na faixa etária de 20 a 29 anos (13,2%) seguida da faixa etária de 60 anos ou mais (10,0%); considerando o número de repetições de 2 a 6 vezes, observa-se um percentual decrescente da faixa etária de 20 a 29 anos (64,8%) até a faixa etária de 40 a 49 anos (34,2%), e a partir da faixa etária de 50 a 59 anos (35,8%), verificou-se um percentual crescente até a faixa etária de 60 anos ou mais (43,6%) (Tabela 9)

Em relação ao número de 6 repetições ou mais, verificou-se um percentual crescente de 20 a 29 anos (18,7%) até 40 a 49 anos (55,1%), com decréscimo de 50 a 59 anos (50,8%) até 60 anos ou mais (35,5%) conforme descrito na Tabela 9.

4.6 Principais motivos para a adesão ou não ao exame Papanicolaou

Os principais motivos citados para a adesão ao exame Papanicolaou entre as mulheres que o realizaram foram: rotina (71,6%) e queixa ginecológica (17,2%). Os demais motivos estão representados no Gráfico 4. Dentre outros motivos, citaram: a pedido da mãe, por causa da menopausa, desejavam engravidar ou saber se estava tudo bem após o parto e curiosidade.

Os principais motivos para a não adesão ao exame foram: vergonha/medo (50,8%). Os demais motivos estão demonstrados no Gráfico 5. Dentre outros motivos, citaram: não está preparada, decidiu não fazer, não aceita realizar o exame.

Discussão

5 DISCUSSÃO

Os resultados mostram uma expressiva cobertura do exame Papanicolaou na região estudada, atingindo níveis superiores ao preconizado pela Organização Pan-Americana da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde, que estabelecem níveis superiores a 80% para que haja um impacto na redução da mortalidade pelo câncer do colo do útero^{6,40}.

Além da escassez de estudos que avaliem cobertura de ações preventivas do câncer do colo do útero, existe pouca padronização metodológica entre as pesquisas, tanto em relação à amostragem quanto ao perfil das mulheres, o que dificulta a comparação dessas pesquisas entre si e, além disso, essas diferenças metodológicas contribuem para a variabilidade nas coberturas⁴⁷.

Todavia, apesar dessas diferenças, várias pesquisas demonstram coberturas inferiores ao encontrado no presente estudo. Constatou-se que 94,9% das mulheres realizaram o exame Papanicolaou pelo menos uma vez na vida e já o estudo realizado em Londrina, município do Sul do Brasil, em 2004, identificou uma cobertura geral (exame realizado pelo menos uma vez na vida) de 80,7% variando de 71% a 88,4% entre mulheres de 20 a 59 anos⁵³. Em São Leopoldo, um estudo demonstrou que 92,4% das mulheres de 20 a 60 anos realizaram o exame Papanicolaou pelo menos uma vez na vida⁶⁷.

Em relação à cobertura do Papanicolaou nos últimos três anos, verificou-se que 92,4% das mulheres realizaram o exame, sendo que na zona urbana de Pelotas, entre 1999 e 2000, foi encontrada uma cobertura de 72,2% nos últimos três anos entre mulheres de 20 a 69 anos e em 2003 essa cobertura foi de 83,0% entre 1.404 mulheres de 20 a 59 anos^{51,52}. O estudo realizado a partir da análise de

informações sobre mulheres de 25 anos ou mais, no suplemento Saúde da Pesquisa Nacional de Amostras Domiciliares (PNAD) do IBGE 2003, demonstrou que 75,5% das mulheres com idade de 25 anos ou mais, realizaram o Papanicolaou nos últimos 5 anos⁴⁹. Em São Leopoldo, foi identificado que 85,5% das mulheres de 20 a 60 anos realizaram o exame nos últimos três anos⁶⁷.

As diferenças de cobertura do Papanicolaou também divergem entre grupos étnicos como evidenciado na pesquisa realizada entre 2001 a 2002 para verificar a vivência de mulheres japonesas das cidades de Kobe e Kawasaki e mulheres brasileiras descendentes de japoneses, quanto ao exame precoce do câncer cérvico-uterino. O estudo concluiu que a grande maioria das mulheres (82,6%) realizou o exame Papanicolaou, e as brasileiras submeteram-se mais a esse tipo de exame que as japonesas⁷⁰. Entre mulheres cambojano-americanas com idade igual ou maior a 18 anos, foi demonstrada uma cobertura de 76% do Papanicolaou pelo menos uma vez na vida e entre as vietnamita-americanas de 18 a 64 anos, apenas 68% foram submetidas ao exame nos últimos três anos^{54,55}.

Possivelmente, a elevada cobertura do exame Papanicolaou encontrada neste estudo pode estar relacionada ao fato de que a área estudada possui uma cobertura de 100% por Equipes de Saúde da Família, conseqüentemente as mulheres podem ter um vínculo maior com os serviços, pois a maioria realizou o exame na USF. Além disso, a maior proporção de realização do exame foi identificada entre as mulheres que residem na área de abrangência do estudo há mais de três anos, sugerindo esse vínculo há mais tempo e, portanto uma maior adesão ao exame, o que foi constatado também em outras pesquisas⁵⁷.

Considerando as mulheres que não foram submetidas ao exame, a proporção encontrada no presente foi 5,1%, um percentual inferior ao encontrado

em outras pesquisas, como por exemplo, no Município de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, onde foi constatado um percentual de não realização do exame de 57% entre mulheres de 15 a 49 anos⁷¹. Em Pelotas, o percentual de não adesão foi de 11,2%⁵¹ e em São Leopoldo observou-se que 7,6% das mulheres nunca realizaram o exame Papanicolaou⁶⁷.

Quando consideramos as faixas etárias, observou-se que a proporção de não realização do exame foi maior entre as mais jovens (20 a 29 anos) e entre as mulheres de 60 anos ou mais. Coberturas mais baixas também foram identificadas nessa faixa etária em pesquisas semelhantes^{51,52}.

Há relatos na literatura de que mulheres em fase reprodutiva realizam mais o exame Papanicolaou em relação às mulheres que já não pertencem a essa categoria, em decorrência da demanda por procedimentos de rotina durante o pré-natal ou como parte do planejamento familiar ou tratamento de leucorréias. Portanto, mulheres com 60 anos ou mais de idade, pelo fato de não estarem mais em idade fértil, possuem a tendência em não realizar consultas ginecológicas ou procurar menos os serviços de saúde^{69,72}, ou ainda quando procuram, demandam atenção para outras morbidades e estas oportunidades podem não estar sendo aproveitadas para a realização do exame Papanicolaou⁷³.

Em relação ao número de exames realizados, o percentual de mulheres que fizeram o exame uma única vez foi de 7%, menor que o encontrado no estudo realizado em São Luiz, Maranhão, que constatou um percentual de 27,9% de mulheres que informaram tê-lo realizado somente uma vez, mesmo se restringindo à faixa etária de 25 a 49 anos⁵⁰.

Ressalta-se que o presente estudo identificou um maior percentual de repetições do exame (mais de 6 vezes) na faixa etária de 40 a 49 anos, idade onde

ocorre o pico de incidência do câncer do colo do útero¹, contudo observou-se um decréscimo a partir dessa faixa etária, ratificando, portanto a necessidade de intervenções para melhorar a adesão dessas mulheres ao exame.

Chama a atenção, o fato de que mais da metade das mulheres iniciaram a atividade sexual antes dos 20 anos de idade e nesse grupo foi maior o percentual de mulheres que realizaram o exame quando comparadas às que não se submeteram ao mesmo, quando se considera a mesma categoria. Ressalta-se aqui, portanto que a realização do exame foi oportuna uma vez que o início precoce da atividade sexual é co-fator que promove o aumento do câncer do colo do útero³².

Outro ponto a ser destacado, é que mais da metade das mulheres relatou que tiveram parceiro único na vida, mas entre a categoria das que informaram ter tido múltiplos parceiros, a maioria realizou o exame, presumindo também que esse grupo foi em sua maior parte, oportunamente coberto, já que números de parceiros é um co-fator de risco para o câncer invasor⁶.

Quanto ao recebimento do resultado do último exame realizado, 10,1% das mulheres não o havia recebido, ou seja, um percentual menor que o observado no município de São Paulo que se restringiu à faixa etária de 15 a 49 anos⁷⁴.

As mulheres que realizaram o exame foram questionadas sobre as dificuldades em relação ao agendamento, verificou-se que a demora no agendamento foi a principal referida. As dificuldades descritas foram também encontradas em outras pesquisas como dificuldades e motivos pelos quais as mulheres não realizam o exame^{69,74}. Ressalta-se aqui, que somando-se as dificuldades encontradas para o agendamento: demora, não encontram vagas e as outras dificuldades (não encontram o Agente Comunitário de Saúde, falta de médicos, falta material, não conseguem ir quando agendam, e não é agendado

quando pedem), com exceção da falta de tempo (3,5%), todas relacionam-se aos serviços.

Essas dificuldades que desestimulam ou demandam um grande tempo para ter algum atendimento e que levam as mulheres a deixarem seus afazeres diários para se ocuparem em conseguir atendimento médico foram demonstradas em outras pesquisas como barreiras para realização do Papanicolaou, sendo estas geradas pelos próprios serviços de saúde⁷².

Constatou-se que quase a totalidade das mulheres entrevistadas relatou um tempo gasto para se locomoverem de suas residências à USF de 20 minutos ou menos e que se deslocam a pé, o que pode ser justificado pela proximidade das casas em relação à unidade de saúde. O fato de existir uma proximidade entre a moradia do usuário e o serviço de saúde não significa garantia de atendimento, todavia observou-se no atual estudo que mais da metade das usuárias relataram não possuir dificuldades para agendar o exame Papanicolaou nas USF⁷⁵.

Um fator importante que deve ser ressaltado diante dos resultados encontrados, refere-se ao fato que a maior parte das mulheres não possui plano de saúde, e que a grande maioria foi submetida ao exame Papanicolaou na USF do seu bairro. Além disso, quando questionadas se foram atendidas como gostariam, 98,7% responderam que sim. Caso o usuário tenha experiências prévias negativas junto ao serviço de saúde mais próximo de sua residência, o mesmo pode optar por outras unidades mesmo que demandem um maior deslocamento, em busca de um acesso fácil e um bom acolhimento⁷⁵.

Os atuais resultados sugerem um vínculo à USF que pode ter sido propiciado pelo atendimento esperado, e esse vínculo acaba por otimizar a forma como a assistência se processa⁷⁶. O presente estudo demonstrou que um elevado

percentual de mulheres realizou o exame Papanicolaou nas USF do seu bairro. Um estudo conduzido também em Montes Claros, através do qual avaliou-se a qualidade da assistência materno-infantil em dois modelos de Atenção Primária à Saúde em relação aos indicadores de processo da assistência, comparando a estratégia de Saúde da Família com centros de saúde tradicionais, observou-se que as orientações para auto-exame das mamas, realização de exame preventivo de câncer de colo uterino no último ano e relato de participação em programa de planejamento familiar estavam associadas com o modelo de atenção primária à saúde de forma que todas as diferenças apontadas mostraram melhor desempenho da Estratégia de Saúde da Família⁷⁷.

Observou-se nos resultados que os problemas relativos à presença de doenças ou seqüelas somaram a maioria das dificuldades relacionadas ao acesso geográfico à USF (ir até à USF), o que ressalta a particularidade desse grupo de mulheres que apresentam dificuldades de locomoção até à USF e que são inerentes à condição física.

As entrevistadas (21,6%) relataram que cuidar de crianças pequenas é um fator que as impedem de chegar até à USF. Esta dificuldade foi referida em menor proporção em um estudo realizado com mulheres argentinas⁶⁹. Problemas como distância, dificuldades para deixar filhos ou parentes, não poder deixar o trabalho ou ainda ter dificuldades financeiras e com transportes também foram dificuldades apontadas em outro estudo⁷².

Observou-se que uma grande proporção das mulheres ouviu falar do câncer do colo do útero, entretanto não se investigou a origem e a qualidade deste conhecimento, e da mesma forma, a maioria informou ter ouvido falar do exame

Papanicolaou ou preventivo, o que não significa que possuem um conhecimento adequado sobre o assunto, o que também não foi investigado no presente estudo.

Um estudo realizado entre mulheres argentinas evidenciou que apesar de 92,5% das entrevistadas terem informado que já tinham ouvido falar sobre o exame, cerca da metade delas não possuíam conhecimento adequado⁶⁹. Segundo outros autores, o conhecimento da finalidade do exame favorece e influencia a realização do mesmo, e a desinformação sobre a doença e o exame, pode prejudicar a procura da prevenção pela mulher⁷⁰.

Quando questionadas se têm tempo disponível para realizar o exame, uma pequena parcela de mulheres respondeu que não tinha, ao contrário dos resultados encontrados na literatura⁷⁰.

Quanto aos principais motivos citados para a adesão ao exame Papanicolaou, a rotina do programa oferecido pelos serviços de saúde predominou como o mais referido, o que pode ser decorrente do aumento da cobertura e da oferta do exame pelas unidades, pois a região pesquisada possui a particularidade de ter uma cobertura de 100% por Equipes de Saúde da Família, com três ou mais anos de atuação e, além disso, possui o Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família que é a referência em ginecologia para essas unidades. Entretanto, deve-se considerar aqui o viés de resposta, uma vez que as mulheres podem ter fornecido informações convenientes ao que é moralmente desejável. A rotina do programa oferecido pela unidade de saúde também foi o principal motivo para a adesão ao exame Papanicolaou entre mulheres em Londrina⁵³.

Em relação às queixas ginecológicas, que foi o segundo motivo mais citado, é fato que algumas mulheres recorrem ao exame em decorrência de sintomas, o que foi também identificado por outros autores⁵³. Essa procura motivada

pela presença de sintomas poderia ser uma característica da população dos países em desenvolvimento, em virtude da cultura de que não é preciso ir ao médico na ausência de sintomas^{72,78}.

Os principais motivos referidos pelas mulheres que nunca realizaram o Papanicolaou, foram: vergonha/medo, não teve interesse, não precisa, não consegue agendar, o horário não coincide com as folgas, relatos todos citados também na literatura^{68,69,74}. Os outros motivos encontrados foram bastante específicos à decisão da própria mulher em não realizar o exame. Verificou-se que a vergonha e o medo foram os motivos mais citados para a não realização do Papanicolaou. Estes motivos foram também relatados entre mulheres entrevistadas em São Paulo e entre mulheres das cidades de Kobe e Kawasaki^{70,74}.

É interessante notar, que a falta de interesse tenha sido o segundo motivo mais comum para a não submissão ao exame, diferentemente do constatado em São Paulo, uma vez que esse motivo foi referido com uma frequência bastante inferior⁷⁴. Todavia, em outros estudos, a desmotivação e a vergonha foram os motivos mais referidos entre as mulheres com Neoplasia Intra-epitelial Cervical e com câncer invasivo do colo do útero⁷².

Destaca-se aqui, que na perspectiva do profissional de saúde, o exame Papanicolaou pode parecer simples e rotineiro, mas na verdade, para diversas mulheres trata-se de uma experiência constrangedora¹⁹.

Observou-se neste estudo que as faixas etárias 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos foram associadas à realização do Papanicolaou em relação à faixa etária de 20 a 29 anos. A literatura destaca a associação da faixa etária de 20 a 29 anos e a não realização do exame Papanicolaou^{47,52}. Quanto à associação das faixas etárias de 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos com a realização do

exame, há controvérsias em pesquisas semelhantes^{52,73}. Constatou-se menor percentual de realização na faixa etária de 60 anos ou mais, porém sem significância estatística nos resultados encontrados. Essa associação foi encontrada em estudo realizado em Pelotas⁵¹.

A associação entre a variável viver sem o parceiro e a não realização do exame Papanicolaou, também foi verificada entre mulheres no Maranhão e no Rio Grande^{50,73}. Proporções maiores de realização do exame foram observadas entre as que vivem com o companheiro em outros estudos⁷⁹.

A variável não ter parceiro atual foi evidenciada neste estudo como associada à não realização do exame Papanicolaou tanto na análise univariada, quanto na multivariada. Em pesquisa semelhante, ter tido parceiros sexuais nos três últimos meses foi associado a menor risco de não realização do preventivo e obtiveram maiores percentuais de realização deste exame⁵⁰.

Quanto a variável não ter plano de saúde, a mesma foi associada à não realização do exame Papanicolaou, o que está em acordo com resultados a nível nacional onde evidenciaram que ter plano de saúde está associado à realização do exame⁴⁹.

Os resultados da análise univariada evidenciaram também que não ter ouvido falar sobre o exame preventivo e não ter tempo disponível para realizá-lo foram fatores associados à não realização do exame Papanicolaou. O conhecimento do exame contribui para a realização do mesmo⁷⁰ e ter tempo disponível é uma condição necessária uma vez que o período em que as unidades estão abertas e em funcionamento, nem sempre coincide com o tempo em que a usuária pode comparecer à sua consulta.

As variáveis ter 5 a 8 anos de estudos^{47,49,71,73}, 9 anos ou mais de estudos, outras profissões⁷³, não trabalhar fora de casa^{53,69}, ter dificuldades para ir à USF, utilizar outros meios de locomoção até à USF, não ter ouvido falar sobre o câncer do colo do útero⁵⁰ foram associadas à realização ou não do exame Papanicolaou, porém não foi observada significância estatística neste estudo. A cor da pele^{51,52,71}, a renda familiar^{47,49,51,71}, tabagismo^{50,52}, número de parceiros na vida e uso ou não de anticoncepcional⁵⁰, tempo gasto para chegar à USF, não foram fatores observados neste estudo como associados à realização ou não do exame Papanicolaou.

Todavia entre as mulheres não brancas e com renda familiar igual ou menor que 1 salário, foram observados os maiores percentuais de não realização do exame Papanicolaou e se enquadram, portanto dentro do perfil de mulheres que não realizam o exame⁷¹.

Entre as mulheres tabagistas e as que tiveram múltiplos parceiros foram observados os maiores percentuais de realização do Papanicolaou. Diante destes resultados pode-se afirmar que essa população está sendo submetida ao exame de maneira oportuna uma vez que possuem co-fatores de risco para o câncer do colo do útero⁶.

Entre as usuárias de anticoncepcional foram identificados os maiores percentuais de não realização do exame, dessa forma ressalta-se a necessidade de que essas mulheres sejam abordadas para que tenham uma melhor adesão ao exame, principalmente as que fazem uso prolongado de anticoncepcionais orais, pelo risco aumentado em relação ao câncer invasor⁷.

Este estudo também constatou que entre as mulheres que gastam mais que 20 minutos para chegar à USF e que informaram possuir dificuldades para ir à

USF foram observados maiores percentuais de não realização do exame. Embora essas dificuldades sejam características pessoais, é importante que sejam de alguma forma, abordadas de acordo com suas particularidades, principalmente as que informaram dificuldades para ir à USF em decorrência da presença de doenças/seqüelas.

A associação entre a variável nenhuma gestação e a não realização do exame foi evidenciada neste estudo e menores proporções de não realização também foram identificadas entre mulheres em Maharashtra, Índia⁷⁹.

Após a análise multivariada, os fatores que se mantiveram associados à realização do exame Papanicolaou foram: pertencer às faixas etárias de 40 a 49 anos e 30 a 39 anos, e os fatores que foram associados à não realização do exame foram: não ter plano de saúde, não ter parceiro atual, não ter tempo disponível para realizar o exame e nenhuma gestação.

No presente estudo, enfocou-se a realização do exame Papanicolaou entre outras questões, somente pela óptica das mulheres, que por sua vez depende de muitos fatores, alguns relacionados com o sistema de saúde e com profissionais que prestam a assistência e outros, com as próprias usuárias.

Além disso, ressalta-se a dificuldade de medir a veracidade das informações, como por exemplo, àquelas relacionadas às questões sexuais e ginecológicas. A entrevistada pode ter-se equivocado em relação ao tempo decorrido desde a realização do último exame, ou ainda dizer que realizou o exame por considerar esta conduta a adequada, ou pode ter se sentido constrangida em fornecer informações íntimas na presença de familiares, uma vez que as entrevistas ocorreram no seu domicílio.

Conclusão

6 CONCLUSÃO

A cobertura geral do exame Papanicolaou (realizado pelo menos uma vez na vida) no Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II foi de 94,4% e em relação ao exame realizado nos últimos três anos, foi de 92,4%, atingindo, portanto níveis superiores ao preconizados pela Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde, para que haja um impacto na redução da mortalidade pelo câncer do colo do útero. A cobertura encontrada superou os níveis demonstrados em outras localidades nacionais e em outros grupos étnicos. Os resultados também mostraram que houve uma cobertura oportuna em alguns grupos com co-fatores de risco para o câncer do colo do útero.

Os fatores que se mostraram estatisticamente associados à realização do Papanicolaou foram: pertencer às faixas etárias de 40 a 49 anos e 30 a 39 anos e os associados à sua não realização foram: não ter plano de saúde, não ter parceiro atual, não ter tempo disponível para realizar o exame e não ter tido gestação.

Quanto ao acesso ao exame, a maioria das mulheres informou não possuir dificuldades, mas entre as que possuem, as principais relacionaram-se às características que poderão ser contornadas pelos os próprios serviços de saúde, como a demora no agendamento. Em relação ao acesso geográfico, as USF são próximas à área de abrangência e também à população, o que pode ter colaborado para que a grande parte das mulheres relatasse um tempo gasto pequeno para chegar à USF, para onde a maioria se locomove a pé. Observou-se que uma minoria relatou dificuldades quanto ao acesso geográfico à USF que foram relacionados às condições físicas e à presença de doenças.

Os principais motivos para a adesão ao exame foram: a rotina oferecida pelos serviços de saúde e as queixas ginecológicas, e para a não adesão predominaram motivos pessoais como vergonha/medo. Este estudo demonstrou também, que o conhecimento sobre o exame preventivo e sobre o câncer do colo do útero pode favorecer a sua realização, mostrando, portanto, a relevância das estratégias de educação em saúde que podem inclusive disseminar informações a respeito da frequência que esses exames precisam ser repetidos.

Algumas condições sociais determinaram uma maior ou menor adesão ao exame, como por exemplo, o fato de não ter plano de saúde que foi associado à não realização do Papanicolaou.

Conclui-se também que a expressiva cobertura do exame Papanicolaou no Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II foi propiciada pela distribuição equânime das USF e pela organização do agendamento, o que conseqüentemente favoreceu os altos níveis de acesso ao exame bem como ao elevado nível de acesso à USF. As mulheres, em sua maioria, foram submetidas ao exame Papanicolaou na Unidade de Saúde da Família do bairro, sugerindo que esse vínculo pode ter sido propiciado pela qualidade do atendimento.

Estudos que avaliem o processo e a estrutura dos serviços serão necessários e poderão avaliar melhor a dimensão de outros fatores associados à realização ou não do exame Papanicolaou na região em questão.

Referências

REFERÊNCIAS

1. INCA (Instituto Nacional do Câncer). Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/iversãofinal.Pdf>. Acesso em: 12 ago. 2008.
2. Boyle P. Current situation of screening for cancer. *European Society for Medical Oncology*, Oct. 2002; 4: 189–198.
3. George Nicholas Papanicolaou (1883-1962). *CA Cancer J Clin* 1973; 23: 171-173.
4. Wünsch FV, Moncau JE. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [periódico na Internet]. 2002 Set [citado 2008 Set 08]; 48(3): 250-257. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302002000300040&lng=pt&nrm=iso.doi:10.1590/S0104-42302002000300040.
5. Perspectivas futuras para o câncer de colo uterino. *Ginecologia Obstetrícia Atual*, out. 2000; Ano IX (10): 28-30.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Controle do câncer do colo uterino: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.32p.

7. International Agency for Research on Câncer: IARC Hanbooks of Câncer Prevention Vol. 10. Cervix Cancer Screening. Lyon: IARC Press, 2005; 1-302.
8. Robboy JS, Kurman JR, Merino JM. Sistema reprodutivo feminino. In: Rubin E, Gorstein F, Rubin R, Schwarting R, Strayer D. Patologia: bases clinicopatológicas da medicina. Rio de janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
9. Zeferino LC, Bedone AJ, Faúndes A, Oyakawa N. Duração da Neoplasia Intra-Epitelial e do Carcinoma Invasor do Colo Uterino: Estudo Epidemiológico. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [periódico na Internet]. 1998 Dez [citado 2008 Set 08]; 20(10): 565-569. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72031998001000004&lng=pt&nrm=iso.doi:10.1590/S010072031998001000004.
10. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama/ Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos da Atenção Básica – nº 13. Série A. Normas e manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 124p.
11. Parkin DM. Cancer in developing countries. Cancer Surv 1994; 19–20: 519–61.
12. Andrade JM. Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Carcinoma do Colo do Útero. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia Sociedade Brasileira de Cancerologia 2001.

13. American Cancer Society. Early detection of cervical cancer: A cancer journal for clinicians, Atlanta, V. 52(6): 375-376, Nov/Dec. 2002. Disponível em: <http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/52/6/375>. Acesso em 20 abr. 2008.

14. Correia LL, McAuliffe JF. Saúde materno-infantil. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda; 1994; p.339–341.

15. Division of Disease Prevention and Control .Program on Non-Communicable Diseases. Cancer Prevention. Cervical Cancer in Latin America and the Caribbean: Fact Sheet 2001. Pan American Health Organization. Regional Office of the World Health Organization.

16. Screening Group International. Agency for Research on Cancer. Cervical Cancer. Disponível em: <http://screening.iarc.fr/cervicalindex.php>. Acesso em: 16 ago. 2008.

17. Oliveira MS, Fernandes AFC, Galvão MTG. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. Acta paul. enferm. [periódico na Internet]. 2005 Jun [citado 2008 Set 08]; 18(2): 150-155. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_Arttext&pid=S0103-21002005000200006&lng=pt&nrm=iso. doi:10.1590/S0103-21002005000200006. Acesso em: 10 mai 2008.

18. Rivoire WA, Reis R, Monego HI, Appel M, Capp E. Carcinoma invasor de colo uterino. In: Freitas F, Menke CH et al. Rotinas em Ginecologia. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006; p.321-330.

19. McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. New York: Oxford University Press; 1997.p. 202-203.
20. American Cancer Society. Cervical cancer: Successes and failures. A cancer journal for clinicians, Atlanta, V. 51(2): 89-91 , Mar/Apr. 2002. Disponível em <http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/52/6/375>. Acesso em: 20 abr 2008.
21. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Controle das doenças sexualmente transmissíveis DST. Coleção DST Aids – Série Manuais 68.4. ed.Brasília: Ministério da Saúde, 2006.108p.
22. Giuliano AR, Papenfuss M, Abrahamsen M, Denman C, Zapien JG, Henze JLN, Ortega L, Galaz EMB, Stephan J, Feng J, Baldwin S, Garcia F, Hatch K. Human Papillomavirus Infection at the United States-Mexico Border: Implications for Cervical Cancer Prevention and Control. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2001; 10: 1129 – 1136.
23. Munoz N, Bosch FX, de Sanjose S, Herrero R, Castellsague X, Shah KV, Snijders PJ, Meijer CJ: Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. N Engl J Med 2003, 348(6): 518-527.
24. Rivoire WA, Corleta HVE, Brum IS, Capp E. Biologia molecular do câncer cervical. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., out. / dez. 2006; 6(4): 447-451.

25. Lopez-Revilla R, Martinez-Contreras LA, Sanchez-Garza M. Infectious Agents and Cancer: Prevalence of high-risk human papillomavirus types in Mexican women with cervical intraepithelial neoplasia and invasive carcinoma 2008. 3:3. Disponível em: <http://www.infectagentscancer.com/content/3/1/3>. Acesso em: 01 mar. 2008.
26. Andrade JM, Marana HRC. In: Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2001; p.1257-1268.
27. Silva TT, Guimarães ML, Barbosa MIC, Pinheiro MFG, Maia AF. Identificação de tipos de papilomavirus e de outros fatores de risco para neoplasia intra-epitelial cervical. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(5): 285-91.
28. Cruz LMB, Loureiro RP . A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. Saude soc. [periódico na Internet]. 2008 Jun [citado 2008 Set 08]; 17(2):120-131. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902008000200012&lng=pt&nrm=iso.doi:10.1590/S0104-12902008000200012.

29. McIntyre-Seltman K, Castle PE, Guido R, Schiffman M, Cosette MW, ALTS Group. Smoking Is a Risk Factor for Cervical Intraepithelial Neoplasia Grade 3 among Oncogenic Human Papillomavirus DNA-Positive Women with Equivocal or Mildly Abnormal Cytology. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* May 2005;14(5): 1165–1170.
30. Murta EFC, Franca HG, Carneiro MCo, Caetano MSSG, Adad SJ, Souza MAH. Câncer do Colo Uterino: Correlação com o Início da atividade Sexual e Paridade. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [periódico na Internet]. 1999 Out [citado 2008 Set 08]; 21(9): 555-559. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-720319990009000009&lng=pt&nrm=iso. doi:10.1590/S0100-7203199900090009.
31. Shields TS, Brinton LA, Burk RD, Wang SS, Weinstein SJ, Ziegler RG, Studentsov YY, McAdams M, Schiffman M. A Case-Control Study of Risk Factors for Invasive Cervical Cancer among U.S. Women Exposed to Oncogenic Types of Human Papillomavirus. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* Oct. 2004;13(10): 1574–1582.
32. Wanner BRS, Cabral CG, Lima CJB, Coura TG. Qualidade das amostras colpocitopatológicas analisadas no laboratório de citopatologia e anatomia patológica da Faculdade de Medicina de Barbacena, maio a outubro de 1999. *Ginecologia Obstetrícia Atual* set. 2002; Ano XI (9): 14–17.

33. Thuler LCS, Mendonça GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [periódico na Internet]. 2005 Nov [citado 2008 Set 08] ; 27(11): 656-660. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0100-72032005001100004&Ing=pt&nrm=iso. doi:10.1590/S0100-72032005001100004.
34. Bosch FX, Manos MM, Munoz N, Sherman M, Jansen AM, Peto J, Schiffman MH, Moreno V, Kurman R, Shah KV: Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective . International biological study on cervical cancer (IBSCC) Study Group. *J Natl Cancer Inst* 1995, 87(11): 796-802.
35. Pinho AA, França-Junior I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [periódico na Internet]. 2003 Mar [citado 2008 Set 08] ; 3(1): 95-112. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000100012&Ing=pt&nrm=iso. doi:10.1590/S1519-38292003000100012.
36. Caetano R, Vianna CMM, Thuler LCS, Girianelli VR . Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. *Physis* [online]. 2006, vol. 16, n . 1 [citado 2008-09-08], pp. 99-118. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312006000100007&Ing=pt&nrm=iso. ISSN0103-7331. doi: 10.1590/S0103-73312006000100007.
37. Linhares AC, Villa L L. Vacinas contra Rotavírus e Papilomavírus humano (HPV). *Jornal de Pediatria* jul. 2006; 82(3): 25–34.

38. Nadal SR, Manzione CR. Vacinas contra o Papilomavírus humano. Rev bras. colo-proctol. [periódico na Internet]. 2006 Set [citado 2008 Set 12] ; 26(3): 337-340. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802006000300017&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0101-98802006000300017.
39. Mandelblatt JS, Lawrence WF, Gaffikin L, Limpahayom KK, Lumbiganon P, Warakamin S, King J, Yi B, Ringers P, Blumenthal PD. Costs and Benefits of Different Strategies to Screen for Cervical Cancer in Less-Developed Countries. Journal of the National Cancer Institute, Oct. 2002, 94 (19): 1469–1483.
40. Organización Panamericana de la Salud, 1989. Guías para la evaluación de los programas de detección precoz del cáncer de cuello uterino. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 107: 454-457.
41. Tuon FFB, Bittencourt MS, Panichi MAI, Pinto AP. Avaliação da sensibilidade e especificidade dos exames citopatológico e colposcópico em relação ao exame histológico na identificação de lesões intra-epiteliais cervicais. Rev. Assoc. Med. Bras. [periódico na Internet]. 2002 Jun [citado 2008 Set 08] ; 48(2): 140-144. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302002000200033&lng=pt&nrm=iso.doi:10.1590/S0104-42302002000200033.

42. Pinho AA, Mattos MCFI. Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero. J. Bras. Patol. Med. Lab. [periódico na Internet]. 2002 Jul [citado 2008 Set 08] ; 38(3): 225-231. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442002000300011&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S1676-24442002000300011.

43. Tavares SBN, Amaral RG, Manrique EJC, Sousa NLA, Albuquerque ZBP, Zeferino LC. Controle da Qualidade em Citopatologia Cervical: Revisão de Literatura. Revista Brasileira de Cancerologia 2007; 53(3): 355-364.

44. Anttila A, Ronco G, Clifford G, et al. Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries. Br J Cancer 2004; 91:935–41.

45. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. Cancer Screening in the United States, 2007: A Review of Current Guidelines, Practices, and Prospects. CA Cancer J Clin 2007; 57: 90–104.

46. Lima CA, Palmeira JAV, Cipolotti R. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2006 Out [citado 2008 Set 12]; 22(10): 2151-2156. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000021&lng=pt&nrm=iso. doi:10.1590/S0102-311X2006001000021.

47. Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_Arttext&pid=S010072032005000800009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 Ago. 2007.
48. Leal MC, Gama S G N, Frias P, Szwarcwald CL. Healthy lifestyles access to periodic health exams among brazilian women. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000700009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 de jun. 2007.
49. Novaes HMD, Braga PE, Schout D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2006 Dez [citado 2008 Set 24]; 11(4): 1023-1035. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400023&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S1413-81232006000400023.
50. Oliveira MMHN, Silva AAM, Brito LMO, Coimbra LC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. *Rev. bras. epidemiol.* [periódico na Internet]. 2006 Set [citado 2008 Set 12]; 9(3): 325-334. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000300007&lng=pt&nrm=iso. doi:10.1590/S1415-790X2006000300007.

51. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Borba AT et al . Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2003 Fev [citado 2008 Set 12]; 19(1): 191-197. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&Pid=S0102-311X2003000100021&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X2003000100021.

52. Hackenhaar AA, Cesar JA, Domingues MR. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. Rev. bras. epidemiol. [periódico na Internet]. 2006 Mar [citado 2008 Set 12] ; 9(1): 103-111. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000100013&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S1415-790X200600010001.

53. Silva DW, Andrade SM, Soares DA, Turini B, Schneck CA, Lopes MLS. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [periódico na Internet]. 2006 Jan [citado 2008 Set 12] ; 28(1): 24-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000100005&lng=pt&nrm=iso. doi:10.1590/S0100-72032006000100005.

54. Taylor VM, Schwartz SM, Jackson JC, et al. Cervical cancer screening among Cambodian-American women. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 1999;(8):541–546.

55. Taylor VM, Yasui Y, Burke N, Nguyen T, Acorda E, Thai H, Qu P, Jackson JC. Pap Testing Adherence among Vietnamese American Women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* Apr. 2004;13(4): 613–619.

56. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes Hillegonda MD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2005 Jan [citado 2008 Set 12]; 39(1): 0-99. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0.34-89102005000100012&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0034-89102005000100012.

57. Ramos AS, Palha PF, Costa JML, Sant'Anna SC, Lenza NFeB. Perfil de mulheres de 40 a 49 anos cadastradas em um núcleo de saúde da família, quanto à realização do exame preventivo de Papanicolaou. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [periódico na Internet]. 2006 Abr [citado 2008 Set 12]; 14(2): 170-174. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200004&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0104-11692006000200004.

58. Desafios e conquistas do PSF. *Revista Brasileira de Saúde da Família* 2002; ano II. (5): 07–24.

59. Teixeira CF. Saúde da Família, Promoção e Vigilância: Construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Ministério da Saúde 2004; ano V (7): 10–23.

60. Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM. O trabalho do Agente Comunitário. 2006. 2 (5):23–29.

61. Albuquerque LM. Desafios para a implantação da estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Saúde da Família. Ministério da Saúde 2006; ano VII (10): 49–54.

62. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, orçamento e gestão Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm> ?1. Acesso em: 09 set. 2008.

63. Divisão geográfica do município de Montes Claros em Pólos Regionais, zona urbana. Disponível em: <http://www.montesclaros.mg.gov.br/saúde/index.htm>. Acesso em 09 set. 2008.

64. Sistema de Informação da Atenção Básica. SAS/ DabdataSUS/ SIAB. Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, 2008.

65. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. Portaria nº 1065/GM de 4 de julho de 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saúde.gov.br/sas/PORTARIAS/port2005/GM/GM-1065.htm>. Acesso em: 09 set. 2008.

66. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União: Imprensa nacional. República Federativa do Brasil, Brasília – DF.

67. Muller DK, Dias-da-Costa JS, Luz AMH, Olinto MTA. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública nov. 2008; 24(11): 2511-2520.

68. Rodrigues Neto JF, Figueiredo MFS, Siqueira LG. Exame citopatológico do colo do útero: fatores associados a não realização em ESF. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008; 10(3): 610-621. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a07.htm>. Acesso em: 30 jan. 2009.

69. Gamarra CJ, Paz EPA, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. Rev. Saúde Pública 2005; 39(2): 270–276.

70. Chubaci RYSC, Merighi MAB. Exame para detecção precoce do câncer cérvico-uterino: vivência de mulheres das cidades de Kobe e Kawasaki, Japão e São Paulo, Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. out./dez. 2005, 5 (4): 471-481.

71. Cesar JA, Horta BL, Gomes G, Houlthausen RS, Willrich RM, Kaercher A, Iastrenski FM. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública set./out. 2003; 19(5):1365-1372.

72. Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cad. Saúde Pública* jul/ago 2001; 17(4): 909-914.

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

74. Pinho AA, França Junior I, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. [citado 2008 Set 12]. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800012&lng=pt&Nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X2003000800012.

75. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Cad. Saúde Pública* jan./fev. 2003; 19(19): 27-34.

76. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paulista de Enfermagem* 2007; 20(1): 12-17.

77. Caldeira AP, Oliveira RM, Rodrigues AO. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. Disponível em: http://www.abrasgo.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php/id_artigo=1525

78. Duavy LM, FLR Batista, Jorge MSB, Santos JBF. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(3):733-742.

79. Nenê B, Jayant K, Arrossi S, Shastri S, Budukh A, Hingmire S, Muwonge R, Malvi S, Dinshaw K, Sankaranarayanan R. Determinants of women's participation in cervical cancer screening trial, Maharashtra, India. *Bulletin of the World Health Organization* April 2007, 85 (4): 264-272.

Anexos

ANEXO 1**QUESTIONÁRIO DA PESQUISA**

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

1) Identificação (iniciais do nome): _____
 Há quanto tempo você mora nesse bairro: _____
 Data Nascimento: _____
 Idade: _____

2) Qual o seu Estado Conjugal?

Solteira Casada Separada
 União estável Divorciada Viúva

3) Cor da Pele:

Branca Amarela Outros
 Parda Negra

4) Qual a sua escolaridade?

Analfabeta 5ª a 8ª incompleta 2º Grau completo
 1ª a 4ª incompleta 5ª a 8ª completa Superior incompleto
 1ª a 4ª completa 2º Grau incompleto Superior completo

5) Qual a sua profissão?

Dona de casa Doméstica Se outra, qual?

6) Você trabalha fora de casa?

Sim Não

7) Qual a sua religião?

Católica Evangélica Outra

8) Quantos salários a família toda ganha em um mês?

< 1 4 7
 2 5 8
 3 6 > 8

9) Você fuma?

Sim - Há quanto tempo você fuma? _____ Não fuma
 É ex fumante - Fumou por quanto tempo? _____

10) Com qual Idade você Iniciou a atividade sexual? _____

11) Quantos parceiros você teve na vida?

1 2 3 4 5 6 7 >7

E quantos parceiros você tem atualmente? _____

12) Qual método você utiliza para evitar a gravidez?

Pílula (comprimido) Injeção DIU
 Ligadura de Trompas Preservativo femin Outros
 Preservativo Mascul. Menopausa

3) Quantas vezes você ficou grávida?

Nenhuma 2 3 4 5 6 7 >7

Quantos filhos vivos você tem? _____ Qual a idade da sua primeira gravidez? _____

14) Você tem Plano de Saúde: Sim Não

15) Quanto tempo gasta para chegar à unidade do Programa Saúde da Família do seu bairro?

Menos que 10 min. Entre 10 e 15 min. De 15 a 20 min.
 Mais de 20 min. Não sabe

16) Você já ouviu falar do câncer de colo de útero? Sim Não

17) Você já ouviu falar do exame de prevenção de câncer de colo de útero?

Sim Não

18) Você já realizou o exame de prevenção de câncer de colo de útero alguma vez na vida?

Sim Não

Você tem encontrado tempo disponível para fazer o seu exame preventivo?

Sim Não

19) Se você nunca realizou o exame preventivo, por que nunca realizou o exame?

Medo Vergonha Não conseguiu marcar Outros. Quais?

20) Se você já fez o exame preventivo, quando realizou o último exame:

Há menos de 6 meses 6 meses há 1 ano Há 2 anos
 Há 3 anos Há mais de 3 anos Não lembra

21) Você recebeu o resultado do último exame preventivo que você fez?

Sim Não Não lembra

22) Onde realizou o último exame de prevenção do câncer do colo do útero?

PSF do bairro Centro de Saúde, qual? Outros, onde?

23) Você foi atendida da maneira que gostaria de ter sido atendida por quem realizou o seu último exame de prevenção do câncer do colo do útero?

Sim Não. Se não, por quê? Não sabe

24) Você teve ou tem alguma dificuldade para agendar o seu exame de prevenção do câncer do colo do útero no Programa Saúde da Família?

Sim, qual? Não

Se sim, quais dificuldades você teve ou tem? _____

25) Quantas vezes você repetiu o exame de prevenção do câncer do colo do útero na vida?

Fez 1 vez 3 vezes 5 vezes 7 vezes
 2 vezes 4 vezes 6 vezes 8 vezes

Se você o fez somente uma vez, porque não repetiu? _____

26) Por que você fez o último exame de prevenção?

Rotina Queixa ginecológica (Qual?) _____
 O médico pediu para fazer
 O agente comunitário de saúde pediu para fazer
 Outro motivo, qual _____

27) Você tem alguma dificuldade para ir à unidade de Saúde da Família do seu bairro?

Sim, qual? Não

28) Que transporte você utiliza para chegar à unidade de Saúde da Família do seu bairro?

A pé Ônibus Bicicleta Outro, qual

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa:

Cobertura, acesso e fatores relacionados à realização do exame Papanicolaou na região do Grande Delfino, Montes Claros.

Instituição promotora:

Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES

Patrocinador: Não se aplica

Coordenador: Fábio Ribeiro

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, risco, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1. Objetivo

Verificar a cobertura, o acesso e os fatores relacionados à realização ou não do exame Papanicolaou em mulheres de idade de 20 anos ou mais, na região do Grande Delfino.

2. Metodologia/procedimentos

Trata-se de um estudo transversal, no qual será utilizado um questionário semi-estruturado para realização das entrevistas.

3. Justificativa

O tema foi selecionado em virtude da relevância do exame Papanicolaou como instrumento de prevenção e controle do câncer do colo do útero que ainda se mantém como um problema de saúde Pública. A faixa etária se justifica por ser

recomendada pelo Ministério da Saúde como população alvo para o rastreamento do câncer do colo do útero.

4. Benefícios: Contribuir com os serviços locais de saúde, de acordo com os resultados obtidos, para um redirecionamento das ações relacionadas à situação encontrada.

5. Desconfortos e riscos: Este estudo não oferece nenhum tipo de desconforto, riscos ou danos, e o entrevistado poderá se desligar da pesquisa assim que o desejar.

6. Danos: Não haverá nenhum tipo de dano ao entrevistado

7. Confidencialidade das informações: Será mantido e garantido o sigilo das informações coletadas, bem como o anonimato dos participantes.

8. Compensação/Indenização: Não haverá qualquer tipo de compensação ou indenização, e a participação na pesquisa é voluntária.

11. Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____	_____	_____
Nome do participante	Assinatura do participante	Data
_____	_____	_____
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
_____	_____	_____
Nome do coordenador da pesquisa	Assinatura do coordenador da pesquisa	Data

ANEXO 3



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Montes Claros, 19 de outubro de 2007.

Processo N. ° 869/07.

Título do Projeto: **Cobertura, acesso e fatores relacionados à realização do exame Papanicolaou na região do Grande Delfino, Montes Claros.**

Orientador: **Prof. Dr. Fábio Ribeiro.**

Relatora: **Profa. Ms Vânia Silva Vilas Boas Vieira Lopes.**

Histórico

O câncer do colo do útero é o segundo mais comum entre as mulheres no mundo, constituindo-se assim, um importante problema de saúde pública principalmente em países em desenvolvimento. Entretanto, dentre os tipos de câncer, é o que têm o maior potencial de prevenção e cura, quando o diagnóstico é feito precocemente. Dentre as formas de detecção precoce e rastreamento do câncer do colo do útero, tem-se utilizado no Brasil, a coleta de material cérvico-vaginal e citoflora para exames citopatológicos, também conhecido como exame preventivo no colo do útero, ou exame de Papanicolaou que se trata de uma técnica mundialmente difundida.

Mérito

Este projeto de pesquisa tem por objetivo avaliar a cobertura, o acesso e os fatores relacionados à realização do exame Papanicolaou em mulheres de 20 a 60 anos de idade na região do Grande Delfino. Trata-se de um estudo transversal e será utilizado um questionário semi-estruturado para realização das entrevistas. Serão entrevistadas as mulheres que residem na área de abrangência de 10 das 11 equipes do Programa Saúde da Família; cuja faixa etária encontra-se na faixa de 20 a 60 anos de idade, que já tenha iniciado a atividade sexual, e que aceitem participar voluntariamente da pesquisa. Este estudo não oferece nenhum tipo de desconforto, riscos ou danos aos envolvidos.

Parecer

A presidência do Comitê de Ética da Unimontes analisou o processo 869, e entende que o mesmo está completo e dentro das normas do Comitê e das Resoluções do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. Sendo assim, somos pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa.


Profª. Vânia Silva Vilas Boas Vieira Lopes
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes

ANEXO 4

TABELAS

Tabela 1 – Associação entre variáveis sociodemográficas e a realização do exame Papanicolaou, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008.

Variável	Exame realizado		Exame não realizado		Total		OR (IC 95%)	p
	n	%	n	%	n	%		
Faixa etária								
20 a 29	273	23,2	28	44,4	301	24,3	1	0,000
30 a 39	372	31,6	9	14,3	381	30,7	4,2 (1,97 – 9,13)	0,000
40 a 49	243	20,6	5	7,9	248	20,0	5,0 (1,89 – 13,1)	0,001
50 a 59	179	15,2	6	9,5	185	14,9	3,1 (1,24 – 7,54)	0,015
60 anos ou mais	110	9,3	15	23,8	125	10,1	0,8 (0,39 – 1,46)	0,401
Situação conjugal								
Vive com o parceiro	850	72,2	31	49,2	881	71,0	1	
Vive sem o parceiro	327	27,8	32	50,8	359	29,0	0,4 (0,22 – 0,62)	0,000
Cor da pele								
Branca	74	6,3	3	4,8	77	6,2	1	
Não branca	1103	93,7	60	95,2	1163	93,8	0,7 (0,23 – 2,43)	0,626
Escolaridade (anos)								
9 anos ou mais	476	40,4	27	42,9	503	40,6	1	0,212
5 a 8 anos	320	27,2	11	17,5	331	26,7	1,7 (0,81 – 3,37)	0,170
0 a 4 anos	381	32,4	25	39,7	406	32,7	0,9 (0,49 – 1,51)	0,610
Profissão								
Dona de casa	726	61,7	45	71,4	771	62,2	1	
Outros	451	38,3	18	28,6	469	37,8	1,6 (0,89 – 2,72)	0,123
Trabalha fora de casa								
Sim	366	31,1	15	23,8	381	30,7	1	
Não	811	68,9	48	76,2	859	69,3	0,7 (0,39 – 1,25)	0,224
Renda familiar								
2 ou mais salários	447	38,0	20	31,7	467	37,7	1	0,610
1 salário	546	46,4	32	50,8	578	46,6	0,8 (0,43 – 1,35)	0,355
< 1 salário	184	15,6	11	17,5	195	15,7	0,7 (0,35 – 1,59)	0,452
Tabagismo								
Não	1059	90,0	59	93,7	1118	90,2	1	
Sim	118	10,0	4	6,3	122	9,8	1,6 (0,59 – 4,61)	0,345
Plano de saúde								
Sim	290	24,6	7	11,1	297	24,0	1	
Não	887	75,4	56	88,9	943	76,0	0,4 (0,17 – 0,85)	0,018
Total	1177	100,0	63	100,0	1240	100,0		

Análise Univariada

Tabela 2 – Associação entre variáveis ginecológicas e a realização do exame Papanicolaou, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008.

Variável	Exame realizado		Exame não realizado		Total		OR (IC 95%)	p
	n	%	n	%	n	%		
Início da atividade sexual*								
20 anos ou mais	429	37,1	25	41,0	454	37,3	1	
< 20 anos	727	62,9	36	59,0	763	62,7	1,2 (0,69 – 1,99)	0,543
Parceiros na vida **								
Único	834	71,8	48	76,2	882	71,1	1	
Múltiplos	326	28,2	15	23,8	341	27,5	1,3 (0,69 – 2,27)	0,460
Parceiro atual								
Sim	992	84,3	42	66,7	1034	83,4	1	
Não	185	15,7	21	33,3	206	16,6	0,4 (0,22 – 0,64)	0,000
Anticoncepcional								
Sim	415	35,3	23	36,5	438	35,3	1	
Não	762	64,7	40	63,5	802	64,7	1,1 (0,63 – 1,81)	0,807
Número de Gestações								
> 1 gestação	922	78,3	38	60,3	960	77,4	1	
1 gestação	167	14,2	11	17,5	178	14,4	0,6 (0,31 – 1,24)	0,177
Nenhuma	88	7,5	14	22,2	102	8,2	0,3 (0,13 – 0,48)	0,000
Total	1177	100,0	63	100,0	1240	100,0		

Análise Univariada

* n = 1217 (foram excluídas 23 mulheres que não responderam)

** n = 1160 (foram excluídas 17 mulheres que não responderam)

Tabela 3 - Perfil de atendimento segundo a realização do exame Papanicolaou, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008.

Variável	n	Percentual (%)
Quando realizou o último exame		
Há 3 anos ou menos	1088	92,4
Há mais de 3 anos	73	6,2
Não lembram	16	1,4
Recebeu o resultado do exame		
Sim	1046	88,9
Não	119	10,1
Não lembra	12	1,0
Onde realizou o último exame		
PSF do bairro	834	70,8
Centro de Saúde local	48	4,1
Outras unidades de saúde SUS	89	7,6
Particular	184	15,6
Outra cidade	19	1,6
Não lembra	3	0,3
Foi atendida como gostaria		
Sim	1162	98,7
Não	14	1,2
Não sabe	1	0,1
Teve dificuldade para agendar		
Sim	255	21,7
Não	922	78,3
Total	1177	100

Tabela 4 – Associação entre os aspectos referentes ao acesso e ao conhecimento, segundo a realização do exame Papanicolaou, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008.

Variável	Exame realizado		Exame não realizado		Total		OR (IC 95%)	p
	n	%	n	%	n	%		
Tempo gasto para chegar à USF								
< ou igual a 20 min	1124	95,5	59	93,7	1183	95,4	1	0,516
> 20 min	53	4,5	4	6,3	57	4,6	0,7 (0,25 – 2,02)	
Dificuldade para ir à USF								
Não	1144	97,2	59	93,7	1203	97,0	1	0,124
Sim	33	2,8	4	6,3	37	3,0	0,4 (0,15 – 1,26)	
Meio de locomoção utilizado para ir à USF								
A pé	1148	97,5	59	63,7	1207	97,3	1	0,077
Outros	29	2,5	4	6,3	33	2,7	0,4 (0,13 – 1,11)	
Ouviu falar sobre câncer do colo do útero								
Sim	1167	99,2	62	96,8	1228	99,0	1	0,091
Não	10	0,8	2	3,2	12	1,0	0,3 (0,06 – 1,24)	
Ouviu falar sobre o exame preventivo								
Sim	1171	99,5	61	96,8	1232	99,4	1	0,026
Não	6	0,5	2	3,2	8	0,6	0,2 (0,03 – 0,80)	
Tem tempo disponível para fazer o exame								
Sim	1147	97,5	50	79,4	1197	96,5	1	0,000
Não	30	2,5	13	20,6	43	3,5	0,1 (0,05 – 0,20)	
Total	1177	100,0	63	100,0	1240	100,0		

Análise Univariada

Tabela 5 – Análise multivariada dos fatores associados à realização ou não do exame Papanicolaou, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008.

Variável	OR	IC 95%	p
Faixa etária			
20 a 29	1,0		
30 a 39	3,3	(1,44 – 7,57)	0,005
40 a 49	3,7	(1,27 – 10,6)	0,016
Plano de saúde			
Sim	1,0		
Não	0,4	(0,16 – 0,86)	0,020
Parceiro atual			
Sim	1,0		
Não	0,5	(0,25 – 0,88)	0,018
Tempo disponível para fazer o exame			
Sim	1,0		
Não	0,1	(0,57 – 0,26)	0,000
Gestações			
> 1 gestação	1,0		
Nenhuma	0,4	(0,16 – 0,77)	0,009

Tabela 6 – Medidas descritivas (média e desvio padrão) das variáveis (idade, início da atividade sexual e tempo de moradia) segundo a realização do exame Papanicolaou, Pólo Delfino e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008.

variável	Realizou o exame	n	Média	Desvio Padrão
Idade	Sim	1177	40,6	13,2
	Não	63	41,5	20,6
Idade de IAS*	Sim	1156	19,2	3,8
	Não	61	19,5	3,6
Tempo de moradia	Sim	1177	14,6	10,0
	Não	63	14,9	11,7

* n= 1217 (foram excluídas 23 mulheres que não responderam)

Tabela 7 – Tempo de moradia no Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, segundo a realização do exame Papanicolaou, Montes Claros, MG, 2008.

Tempo de moradia	Realizou o exame Papanicolaou				Total	
	Sim		Não		n	%
	n	%	n	%		
< 3 anos	185	92,5	15	7,5	200	16,1
Há 3 anos ou mais	992	95,4	992	4,4	992	83,9
Total	1177	94,9	63	5,1	1240	100

Tabela 8 – Período de realização do exame Papanicolaou segundo faixa etária, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008.

Faixa etária	Quando realizou o exame Papanicolaou						Total	
	≤3 anos		> 3 anos		Não lembra		n	%
	n	%	n	%	n	%		
20 a 29	269	98,5	3	1,1	1	0,4	273	23,2
30 a 39	351	94,4	19	5,1	2	0,5	372	31,6
40 a 49	228	93,8	14	5,8	1	0,4	243	20,6
50 a 59	162	90,5	15	8,4	2	1,1	179	15,2
60 anos ou mais	78	70,9	22	20,0	10	9,1	110	9,3
Total	1088	92,4	73	6,2	16	1,4	1177	100

Tabela 9 – Frequência de realização do exame Papanicolaou segundo a faixa etária, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008.

Faixa etária	Quantas vezes fez o exame Papanicolaou								Total	
	Fez 1 vez		2 a 6		Mais de 6		Não lembra		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
20 a 29 anos	36	13,2	177	64,8	51	18,7	9	3,3	273	23,2
30 a 39 anos	16	4,3	158	42,5	184	49,5	14	3,8	372	31,6
40 a 49 anos	14	5,8	83	34,2	134	55,1	12	4,9	243	20,6
50 a 59 anos	5	2,8	64	35,8	91	50,8	19	10,6	179	15,2
60 anos ou mais	11	10,0	48	43,6	39	35,5	12	10,9	110	9,3
Total	82	7,0	530	45,0	499	42,4	66	5,6	1177	100

Tabela 10 - Análise de Concordância Kappa entre variáveis categóricas

Variável	Kappa	IC 95%		p
		Inferior	Superior	
Situação conjugal	0,955	0,865	1,000	0,000
Cor da pele	0,914	0,836	0,992	0,000
Escolaridade (anos)	0,841	0,698	0,984	0,000
Profissão	1,000	1,000	1,000	0,000
Trabalha fora de casa	1,000	1,000	1,000	0,000
Renda Familiar	0,810	0,653	0,967	0,000
Tabagismo	0,877	0,642	1,000	0,000
Anticoncepcional	0,971	0,889	1,000	0,000
Plano de saúde	0,873	0,630	1,000	0,000
Tempo gasto para chegar à USF	0,826	0,665	0,987	0,000
Ouviu falar sobre câncer do colo do útero	1,000	1,000	1,000	0,000
Ouviu falar sobre o exame preventivo	1,000	1,000	1,000	0,000
Realizou o exame	1,000	1,000	1,000	0,000
Tem tempo disponível para fazer o exame	0,909	0,850	0,968	0,000
Quando realizou último exame	0,941	0,874	1,000	0,000
Recebeu resultado último exame	0,642	0,179	1,105	0,000
Onde realizou o último exame	1,000	1,000	1,000	0,000
Foi atendida da maneira que gostaria	1,000	1,000	1,000	0,000
Dificuldade para agendar o exame	1,000	1,000	1,000	0,000
Quantas vezes repetiu o exame	0,724	0,357	1,000	0,000
Por que fez último exame	0,765	0,702	0,828	0,000
Dificuldade para ir à USF	0,890	0,741	1,000	0,000
Meio de locomoção para ir à USF	0,653	0,024	1,000	0,000

Tabela 11 - Coeficiente de Correlação Intraclasse entre variáveis numéricas

Variável	CCI	IC - 95%		p
		Inferior	Superior	
Tempo de moradia	0,988	0,977	0,994	0,000
Idade	1,000	1,000	1,000	0,000
Idade de início da atividade sexual	0,992	0,983	0,996	0,000
Número de parceiros vida	0,848	0,718	0,921	0,000
Parceiro atual	1,000	1,000	1,000	0,000
Número de Gestações	0,936	0,877	0,967	0,000

ANEXO 5

GRÁFICOS

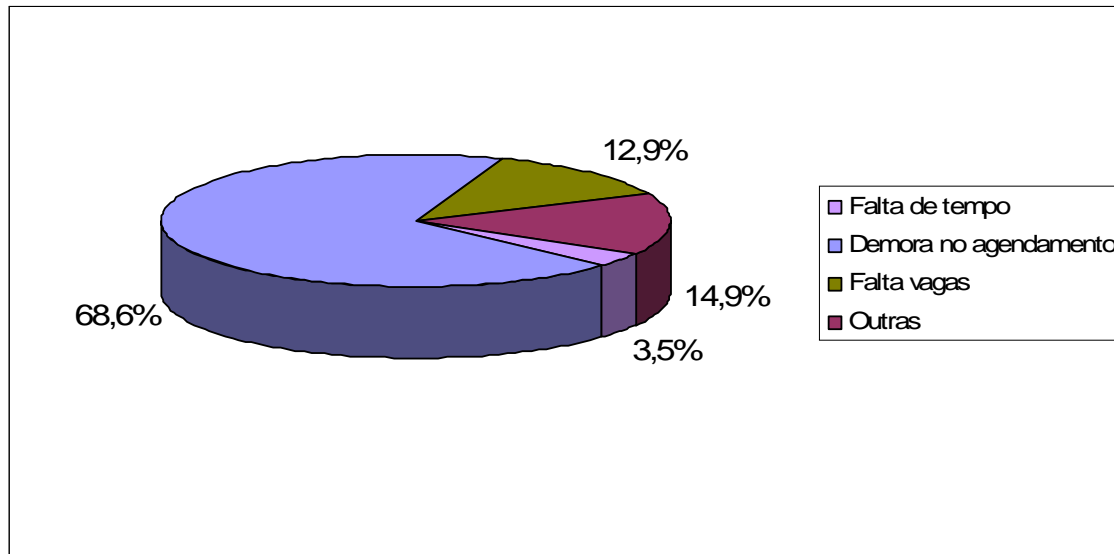


Gráfico 1 – Dificuldades relatadas pelas mulheres em relação ao agendamento do exame Papanicolaou, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008.

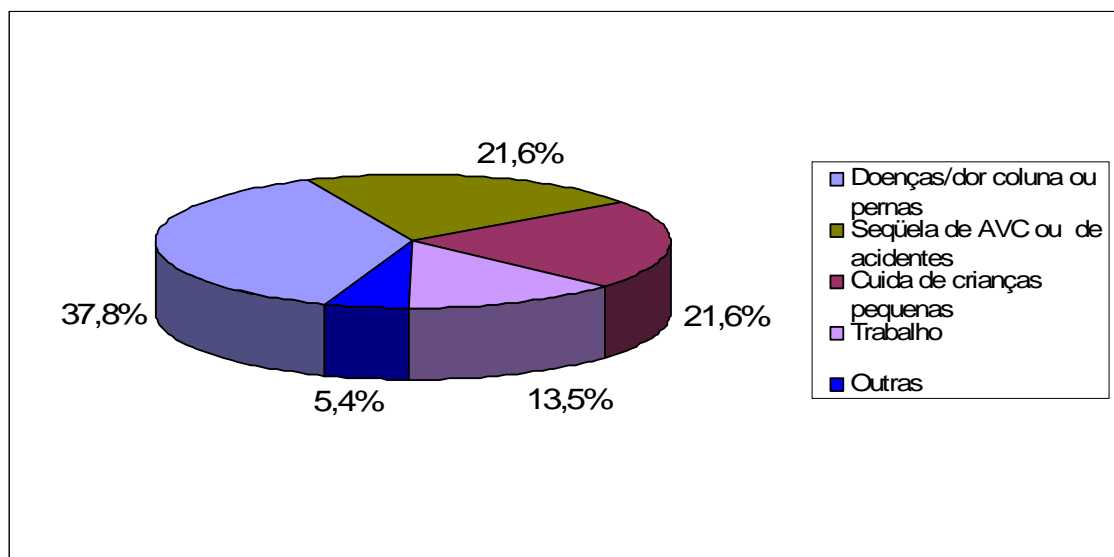


Gráfico 2 – Dificuldades relatadas pelas mulheres para ir à Unidade de Saúde da Família, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008.

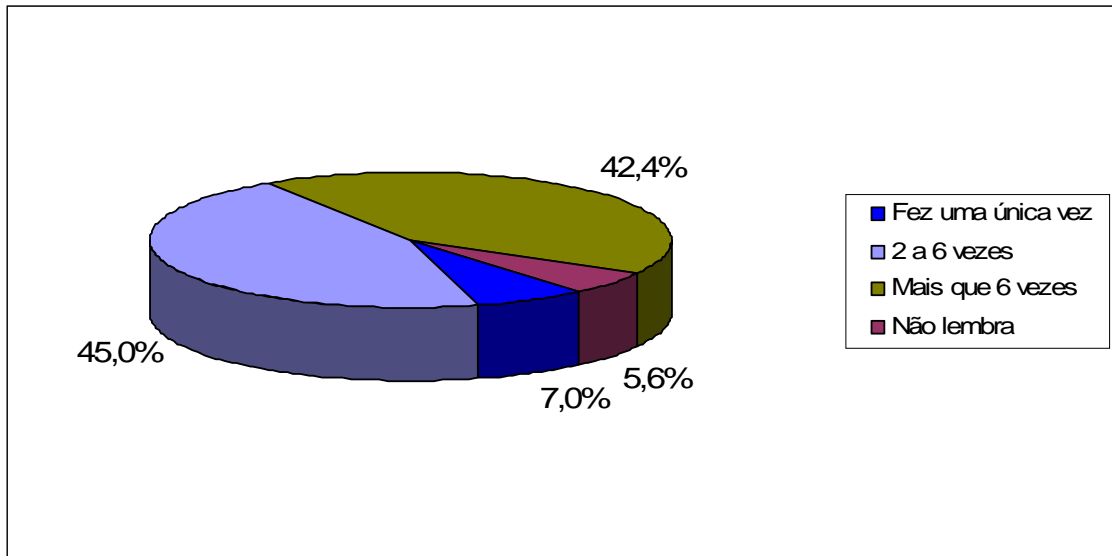


Gráfico 3 – Percentual de mulheres segundo o número de repetições do exame Papanicolaou, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008.

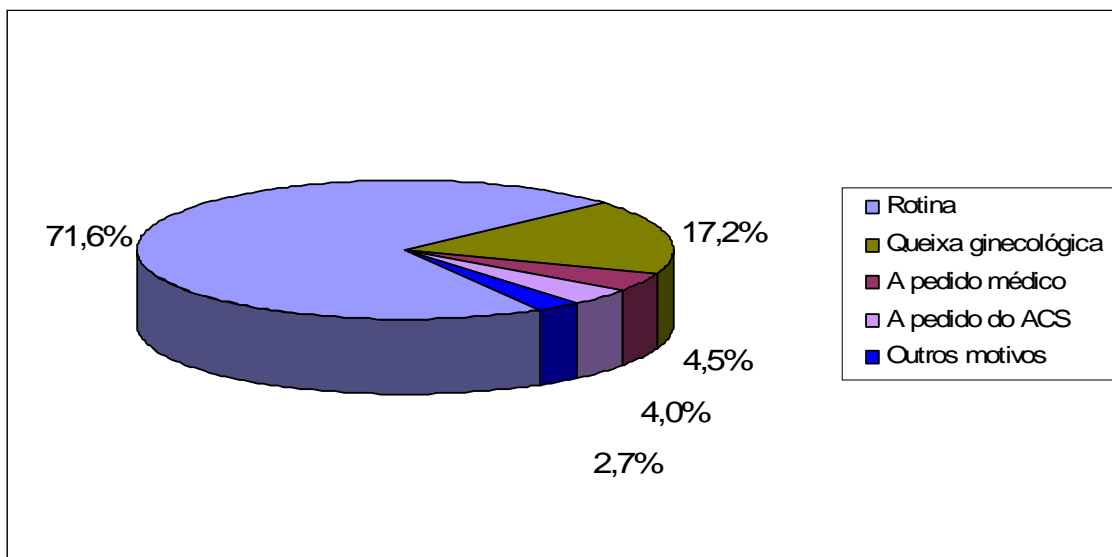


Gráfico 4 – Principais motivos referidos pelas mulheres para a realização do exame Papanicolaou, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008.

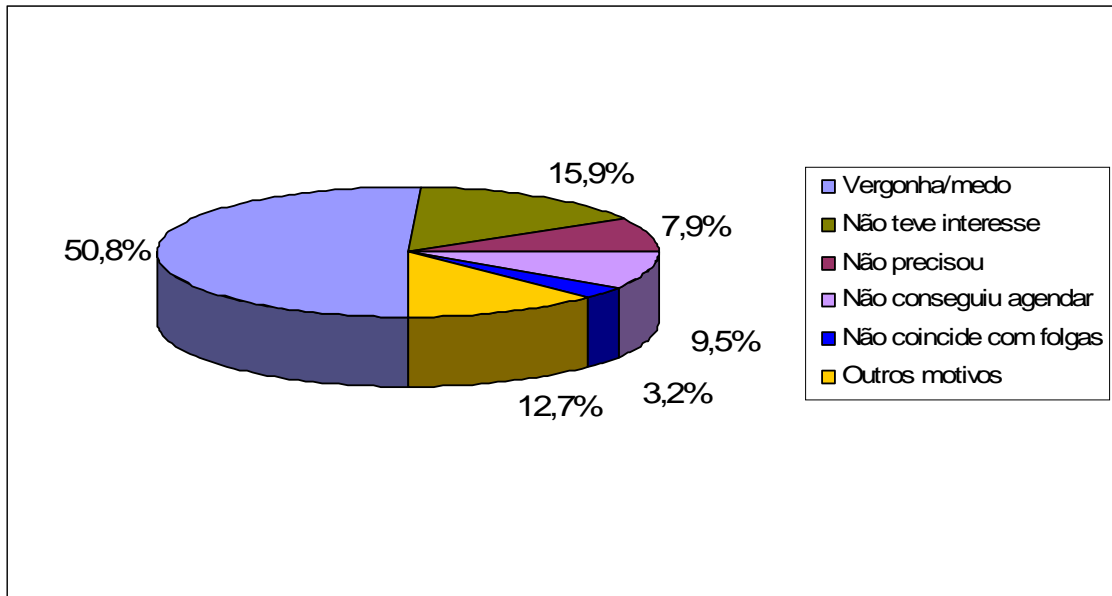


Gráfico 5 - Principais motivos referidos pelas mulheres para a não realização do exame Papanicolaou, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008.

Produtos Alcançados

Título: Fatores relacionados à realização do exame Papanicolaou no Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros.

Title: Factors related to the coverage of Papanicolaou test in Delfino Magalhães and Monte Carmelo II District, Montes Claros, Minas Gerais.

Autores:

1 - Eva Patrícia Pereira de Araújo - Especialista em Saúde da Família e Mestranda em Cuidado Primário em Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES – Minas Gerais (MG), Brasil.

Participação na elaboração: Concepção, redação e interpretação dos dados.

Marise Fagundes Silveira - Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo; Docente da Universidade Estadual de Montes Claros - Minas Gerais (MG), Brasil.

Participação na elaboração: delineamento e análise dos dados.

Dr. Fábio Ribeiro – Doutorado em Parasitologia pela Universidade Federal de Minas Gerais, Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES - Minas Gerais (MG), Brasil.

Participação na elaboração: Revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Correspondência: Eva Patrícia Pereira de Araújo

Rua Eduardo de Almeida, nº 22, Bairro Delfino Magalhães, CEP: 39402-092, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. E-mail: evapat@ig.com.br

RESUMO

Objetivos: Verificar os fatores relacionados à realização do Papanicolaou em mulheres com idade de 20 anos ou mais, no Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II. Métodos: Estudo transversal, com 1240 mulheres do Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, município de Montes Claros, Minas Gerais. Investigou-se a cobertura do exame e a associação da sua realização ou não com fatores sociodemográficos, ginecológicos, e referentes ao acesso ao exame e à Unidade de Saúde da Família (USF). A análise dos dados foi realizada através da comparação das proporções com o uso do teste Qui-quadrado. As variáveis que se mostraram associadas na análise univariada até o nível de significância de 0,25 ($p < 0,25$) foram selecionadas para a análise multivariada, assumindo-se nesta segunda etapa o nível de significância de 0,05 e um intervalo de confiança de 95%. Resultados: A cobertura geral do exame foi 94,4%. Os fatores que se mostraram estatisticamente associados à sua realização foram: faixas etárias 30 a 39 anos (OR = 3,3; $p = 0,005$) e 40 a 49 anos (OR = 3,7; $p = 0,016$) e à não realização foram: não ter plano de saúde (OR = 0,4; $p = 0,020$), não ter parceiro atual (OR = 0,5; $p = 0,018$), não ter tempo disponível para realizá-lo (OR = 0,1; $p = 0,000$) e não ter tido gestação (OR = 0,4; $p = 0,009$). Os principais motivos para a não adesão ao exame foram: vergonha/medo. A principal dificuldade de acesso ao exame foi a demora no agendamento. Conclusão: Observou-se uma elevada cobertura do Papanicolaou e as dificuldades para a sua realização relacionaram-se a questões pessoais, sociais e aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Exame Papanicolaou, câncer do colo do útero, acesso, cobertura, Equipe de Saúde da Família.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the factors related to the submission to the Papanicolaou test, in 20-year-old or over women, in the districts of Delfino Magalhães and Monte Carmelo II.

Methods: A cross sectional study, with 1,240 women in Delfino Magalhães Pole and Monte Carmelo II, in the city of Montes Claros, Minas Gerais.. It was verified the coverage of the test and its realization or not. It was investigated the association with the test realization related with socialdemographic and gynecological factors, referred to the access to the test and to the Family Health Unit (FHU). The data analysis was held through the comparison of the proportions using the “Chi-square test”. The variables that showed to be associated in the univariate analysis with the significance level of 0.25 ($p < 0.25$) were selected for a multivariate analysis, granting in this second stage the significance level of 0.05 and an interval of assurance of 95%.

Results: The overall coverage of the test was 94.4%. The factors that were statistically associated with the coverage were: age from 30 to 39 years old (OR = 3.3; $p = 0.005$) and from 40 a 49 years old (OR = 3.7; $p = 0.016$), the ones that were not coverage were: not having a health insurance (OR = 0.4; $p = 0.020$), not having a current partner (OR = 0.5; $p = 0.018$), not having available time to have the test done (OR = 0.1; $p = 0.000$), not having any pregnancy before (OR = 0.4; $p = 0.009$). The main reason for not joining was: shame/fear. The main difficult to have access to the test was the schedule delay.

Conclusion: The results showed a high coverage of the Papanicolaou test. It was observed that the difficulties found were related with social, personal subjects and others, to the health services.

Keywords: Papanicolaou test, cervical cancer, coverage, access; Family Health Group

INTRODUÇÃO

Dentre as estratégias para o controle do câncer do colo do útero e detecção precoce de suas lesões precursoras, tem-se o exame Papanicolaou¹.

O câncer do colo do útero se destaca dentre as doenças não infecciosas na população feminina, em virtude da gravidade e freqüência com que ocorre, tendo assim grande importância em saúde pública, atingindo as mulheres mais pobres e vulneráveis^{2,3}. Representa o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo onde são estimados em torno de 500.000 casos novos a cada ano^{1,4}.

No Brasil, o câncer do colo do útero continua sendo um problema de saúde pública⁵. Para o ano de 2008, o Instituto Nacional do Câncer estima 18.680 casos novos de câncer do colo do útero, o que corresponde a 19 casos a cada 100.000 mulheres¹.

É uma doença para qual existe prevenção eficiente e quando detectada em seu estágio inicial, apresenta um elevado índice de cura^{2,6}. Contudo no Brasil, no período compreendido entre 1995 a 2002, 45,5% dos casos de câncer do colo do útero, foram diagnosticados em estádios avançados⁷.

Pesquisas sobre cobertura, periodicidade de realização do Papanicolaou e para identificar fatores associados à sua não realização são importantes, pois através delas é possível avaliar o impacto das ações e planejar estratégias de intervenção⁸.

O município de Montes Claros localiza-se na região Norte de Minas Gerais, Brasil e possui uma cobertura aproximada de 48,7% pela estratégia Saúde da Família⁹. O objetivo deste estudo foi verificar os fatores relacionados à realização ou não do exame Papanicolaou em mulheres com idade de 20 anos ou mais, residentes no Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros.

MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal, conduzido no Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, na zona urbana da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, no período de Março a Junho de 2008. Foram selecionadas aleatoriamente mulheres com idade de 20 anos ou mais, residentes nas 62 micro-áreas de 10 Equipes de Saúde da Família (ESF), identificadas através de consulta à ficha A - Cadastro das Famílias.

O tamanho da amostra foi calculado considerando-se uma proporção estimada de 50% de mulheres que realizaram o Papanicolaou, com precisão de 0,03 e nível de confiança de 0,95, obtendo-se um tamanho amostral de 1560 mulheres. Excluiu-se deste estudo 320 mulheres, ficando a amostra final em 1240: 301 mulheres de 20 a 29 anos, 381 de 30 a 39 anos, 248 de 40 a 49 anos, 185 de 50 a 59 anos e 125 de 60 anos ou mais.

Os critérios de inclusão foram: mulheres com 20 anos de idade ou mais que já tinham iniciado a atividade sexual e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: mulheres com idade inferior a 20 anos, as que não tinham iniciado a atividade sexual, as que tinham se submetido à histerectomia, as portadoras de distúrbios mentais e as que se recusaram a assinar o TCLE.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – processo nº 869/07.

Para a coleta dos dados, foi confeccionado um questionário padronizado contendo questões fechadas com as seguintes variáveis: idade, situação conjugal, cor da pele, escolaridade, profissão, trabalha fora de casa, renda familiar, tabagismo, plano de saúde, idade de início da atividade sexual, número de parceiros na vida, parceiro atual, uso de anticoncepcional, número de gestações, realizou o exame preventivo, tempo gasto para chegar à Unidade de Saúde da Família (USF), dificuldade para ir à USF, meio de locomoção

utilizado para ir à USF, ouviu falar sobre o câncer do colo do útero, ouviu falar sobre o exame preventivo (Papanicolaou) e tem tempo disponível para fazer o exame. O questionário também contemplou questões abertas: por que nunca realizou o exame preventivo. Além dessas, havia também as seguintes perguntas direcionadas para as mulheres que realizaram o exame Papanicolaou: onde realizou o último exame de prevenção do câncer do colo do útero e, teve ou tem alguma dificuldade para agendar o exame de prevenção do câncer do colo do útero no Programa Saúde da Família. Os resultados das demais questões (você tem alguma dificuldade para ir à USF e qual transporte você utiliza para ir à USF) apresentadas nesse trabalho.

A realização do exame Papanicolaou foi considerada como variável dependente, dicotomizado em: realizado e não realizado. As variáveis independentes foram classificadas em subgrupos: sociodemográficas, ginecológicas e referentes ao acesso e conhecimento das mulheres sobre o câncer do colo do útero e sobre o exame preventivo (Papanicolaou). Os dados coletados foram armazenados e analisados através do software estatístico SPSS for Windows, versão 15.0.

A cobertura do exame Papanicolaou, foi estimada através da frequência relativa e seu intervalo de 95% de confiança. Foram estimadas as médias e desvios-padrão para descrever as mulheres da amostra quanto às variáveis: idade e idade de início da atividade sexual. Na análise univariada, a relação entre os fatores pesquisados e a realização do exame Papanicolaou foi inicialmente avaliada pela Odds Ratio (OR).

Posteriormente, foram selecionadas para a análise multivariada aquelas variáveis que mostraram nível descritivo até 0,25 ($p < 0,25$) na etapa univariada. A intensidade dessa associação foi estimada a partir da regressão logística multivariada considerando o Odds Ratio (OR) como estimativa da razão de prevalência, admitindo-se um nível de significância de 0,05, e assumindo-se um intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

A cobertura geral, ou seja, a realização do exame Papanicolaou pelo menos uma vez na vida entre as participantes do estudo foi de 94,9% (n = 1177). Constatou-se que 5,1% das mulheres referiram nunca terem se submetido ao teste. Os maiores percentuais de não realização do exame foram observados na faixa etária de 20 a 29 anos (44,4%) e na faixa etária de 60 anos ou mais (23,8%). A média de idade entre as mulheres que realizaram o exame Papanicolaou foi de 40,6 (DP = 13,2) e entre as que não o realizaram foi de 41,5 (DP = 20,6).

Quanto ao local de realização do último exame, 70,8% das mulheres informaram que realizaram o seu exame na Unidade de Saúde da Família, 15,6% realizaram o exame nos serviço de saúde particular, 7,6% realizaram em outras unidades do Sistema Único de Saúde, 4,1% realizaram no Centro de Saúde local, 1,6% relataram ter feito o exame em outra cidade e 0,3% não se lembraram onde realizou o seu exame. Quando questionadas se tiveram dificuldade para agendar o exame Papanicolaou nas USF, 78,3% das mulheres responderam que não e 21,7% relataram que sim.

Na tabela 1, estão listados os aspectos sociodemográficos das mulheres em relação à realização do exame Papanicolaou. Entre as mulheres pertencentes às seguintes categorias: vivem sem o parceiro, não brancas, com 0 a 4 anos de estudos e 9 anos ou mais, as donas de casa, as que não trabalham fora de casa, com renda familiar igual ou menor a 1 salário, as não tabagistas e as que não possuem plano de saúde, foram observados os maiores percentuais de não realização do exame Papanicolaou quando comparadas intra categorias.

A análise univariada cujos resultados são demonstrados nas Tabelas 1, evidenciou associação (nível de significância estatística $p < 0,05$) da realização ou não do exame Papanicolaou com: faixas etárias 30 a 39 anos ($p = 0,000$), 40 a 49 anos ($p = 0,001$) e 50 a 59

anos ($p = 0,015$) em relação à faixa etária de 20 a 29 anos, viver sem o parceiro ($p = 0,000$) e não ter plano de saúde ($p = 0,018$).

Tabela 1 – Associação entre variáveis sociodemográficas e a realização do Papanicolaou no Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008.

Variável	Realizado		Não realizado		Total		OR (IC 95%)	p
	n	%	n	%	n	%		
Faixa etária								
20 a 29	273	23,2	28	44,4	301	24,3	1	0,000
30 a 39	372	31,6	9	14,3	381	30,7	4,2 (1,97 – 9,13)	0,000
40 a 49	243	20,6	5	7,9	248	20,0	5,0 (1,89 – 13,1)	0,001
50 a 59	179	15,2	6	9,5	185	14,9	3,1 (1,24 – 7,54)	0,015
60 anos ou mais	110	9,3	15	23,8	125	10,1	0,8 (0,39 – 1,46)	0,401
Situação conjugal								
Vive com o parceiro	850	72,2	31	49,2	881	71,0	1	
Vive sem o parceiro	327	27,8	32	50,8	359	29,0	0,4 (0,22 – 0,62)	0,000
Cor da pele								
Branca	74	6,3	3	4,8	77	6,2	1	
Não branca	1103	93,7	60	95,2	1163	93,8	0,7 (0,23 – 2,43)	0,626
Escolaridade (anos)								
9 anos ou mais	476	40,4	27	42,9	503	40,6	1	0,212
5 a 8 anos	320	27,2	11	17,5	331	26,7	1,7 (0,81 – 3,37)	0,170
0 a 4 anos	381	32,4	25	39,7	406	32,7	0,9 (0,49 – 1,51)	0,610
Profissão								
Dona de casa	726	61,7	45	71,4	771	62,2	1	
Outros	451	38,3	18	28,6	469	37,8	1,6 (0,89 – 2,72)	0,123
Trabalha fora de casa								
Sim	366	31,1	15	23,8	381	30,7	1	
Não	811	68,9	48	76,2	859	69,3	0,7 (0,39 – 1,25)	0,224
Renda familiar								
2 ou mais salários	447	38,0	20	31,7	467	37,7	1	0,610
1 salário	546	46,4	32	50,8	578	46,6	0,8 (0,43 – 1,35)	0,355
< 1 salário	184	15,6	11	17,5	195	15,7	0,7 (0,35 – 1,59)	0,452
Tabagismo								
Não	1059	90,0	59	93,7	118	90,2	1	
Sim	118	10,0	4	6,3	122	9,8	1,6 (0,59 – 4,61)	0,345
Plano de saúde								
Sim	290	24,6	7	11,1	297	24,0	1	
Não	887	75,4	56	88,9	943	76,0	0,4 (0,17 – 0,85)	0,018
Total	1177	92,4	63	5,1	1240	100,0		

Análise univariada

Entre as mulheres que responderam sobre a idade de início da atividade sexual ($n = 1217$), 62,7% informaram tê-la iniciado antes dos 20 anos de idade e 37,3% iniciaram com 20 anos ou mais. A média de idade em relação ao início da atividade sexual entre as que realizaram o exame foi de 19,2 (DP = 3,8), e entre as que não o realizaram foi de 19,5 (DP = 3,6). Verificou-se que entre as mulheres que relataram sobre o número de parceiros que tiveram na vida ($n = 1160$), 71,1% das entrevistadas responderam ter tido parceiro único e 83,4% informaram que possuem parceiro atual (Tabela 2).

Quando questionadas sobre o uso de anticoncepcional na atualidade, 35,3% responderam que sim, e 64,7% informaram que não. Entre as que responderam que não utilizam métodos anticoncepcionais, estão incluídas as que estavam na menopausa (18,7%), as grávidas (1,0%) e as que tinham sido submetidas à ligadura de trompas (26,5%) ou cujos parceiros tinham sido submetidos à vasectomia (8,4%). Verificou-se que 8,2% das mulheres não tiveram gestação, 14,4% tiveram 1 gestação, e 77,4% tiveram mais que 1 gestação (Tabela 2).

Entre as mulheres pertencentes às seguintes categorias: as que iniciaram a atividade sexual com 20 anos de idade ou mais, que usam anticoncepcional, as que tiveram parceiro único, que não tiveram gestação e as que tiveram 1 gestação, foram observados os maiores percentuais de não realização do exame Papanicolaou quando comparadas intra categorias (Tabela 2).

A análise univariada cujos resultados são demonstrados nas Tabelas 2, evidenciou associação (nível de significância estatística $p < 0,05$) da realização ou não do exame Papanicolaou com as variáveis: não ter parceiro atual ($p = 0,000$) e nenhuma gestação ($p = 0,000$).

Tabela 2 – Associação entre variáveis ginecológicas e a realização do exame Papanicolaou, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008.

Variável	Realizado		Não realizado		Total		OR (IC 95%)	p
	n	%	n	%	n	%		
Início da atividade sexual*								
20 anos ou mais	429	37,1	25	41,0	454	37,3	1	
< 20 anos	727	62,9	36	59,0	763	62,7	1,2 (0,69 – 1,99)	0,543
Parceiros na vida **								
Único	834	71,8	48	76,2	882	71,1	1	
Múltiplos	326	28,2	15	23,8	341	27,5	1,3 (0,69 – 2,27)	0,460
Parceiro atual								
Sim	992	84,3	42	66,7	1034	83,4	1	
Não	185	15,7	21	33,3	206	16,6	0,4 (0,22 – 0,64)	0,000
Anticoncepcional								
Sim	415	35,3	23	36,5	438	35,3	1	
Não	762	64,7	40	63,5	802	64,7	1,1 (0,63 – 1,81)	0,807
Número de Gestações								
> 1 gestação	922	78,3	38	60,3	960	77,4	1	
1 gestação	167	14,2	11	17,5	178	14,4	0,6 (0,31 – 1,24)	0,177
Nenhuma	88	7,5	14	22,2	102	8,2	0,3 (0,13 – 0,48)	0,000
Total	1177	100,0	63	100,0	1240	100,0		

Análise Univariada

* n = 1217 (foram excluídas 23 mulheres que não responderam)

** n = 1160 (foram excluídas 17 mulheres que não responderam)

Em relação ao acesso geográfico, 97,3% declararam que vão a pé à USF e apenas 2,7% informaram que utilizam outros meios de locomoção.

Ao serem interrogadas se ouviram falar sobre o câncer do colo do útero, 99,0% responderam que sim. Quando perguntadas se ouviram falar sobre o exame preventivo, 99,4% informaram que sim e quando questionadas se têm tempo disponível para realizar o exame, apenas 3,5% relataram que não.

Entre as mulheres pertencentes às seguintes categorias: as que informaram gastar mais que 20 minutos para chegar à USF, as que declararam possuir dificuldade para ir à USF, a que utilizam outros meios de transporte, as que não ouviram falar do câncer do colo do útero e as que não ouviram falar sobre o exame preventivo, foram observados os maiores

percentuais de não realização do exame Papanicolaou quando comparadas intra categorias (Tabela 3).

A análise univariada cujos resultados são demonstrados nas tabelas 3, evidenciou associação (nível de significância estatística $p < 0,05$) da realização ou não do exame Papanicolaou com as variáveis: não ter ouvido falar sobre o exame preventivo ($p = 0,026$) e não ter tempo disponível para fazer o exame ($p = 0,000$).

Tabela 3 – Associação entre os aspectos referentes ao acesso e ao conhecimento, segundo a realização do exame Papanicolaou, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008.

Variável	Realizado		Não realizado		Total		OR (IC 95%)	p
	n	%	n	%	n	%		
Tempo gasto para chegar à USF								
< ou igual a 20 min	1124	95,5	59	93,7	1183	95,4	1	
> 20 min	53	4,5	4	6,3	57	4,6	0,7 (0,25 – 2,02)	0,516
Dificuldade para ir à USF								
Não	1144	97,2	59	93,7	1203	97,0	1	
Sim	33	2,8	4	6,3	37	3,0	0,4 (0,15 – 1,26)	0,124
Meio de locomoção utilizado para ir à USF								
A pé	1148	97,5	59	63,7	1207	97,3	1	
Outros	29	2,5	4	6,3	33	2,7	0,4 (0,13 – 1,11)	0,077
Ouvir falar sobre câncer do colo do útero								
Sim	1167	99,2	62	96,8	1228	99,0	1	
Não	10	0,8	2	3,2	12	1,0	0,3 (0,06 – 1,24)	0,091
Ouvir falar sobre o exame preventivo								
Sim	1171	99,5	61	96,8	1232	99,4	1	
Não	6	0,5	2	3,2	8	0,6	0,2 (0,03 – 0,80)	0,026
Tem tempo disponível para fazer o exame								
Sim	1147	97,5	50	79,4	1197	96,5	1	
Não	30	2,5	13	20,6	43	3,5	0,1 (0,05 – 0,20)	0,000
Total	1177	100,0	63	100,0	1240	100,0		

Análise Univariada

Os principais motivos para a não adesão ao exame foram: vergonha/medo (50,8%), não teve interesse (15,9%), não precisou (7,9%), não conseguiu agendar (9,5%), horário não coincide com folgas (3,2%) e outros motivos (12,7). Dentre os outros motivos, citaram: não está preparada, decidi não fazer, não aceita fazer.

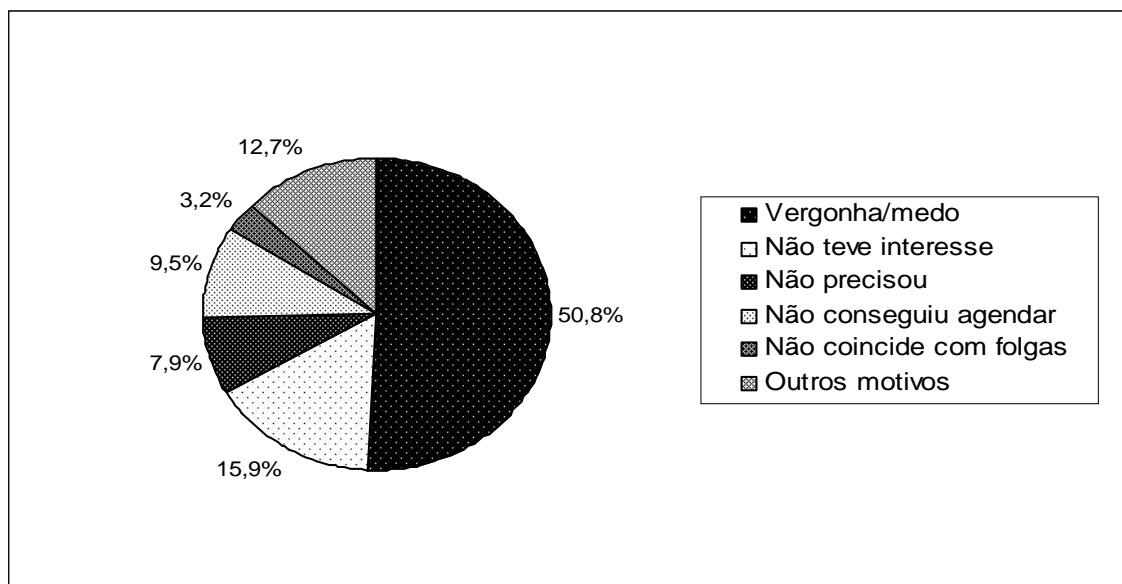


Gráfico 1 - Principais motivos referidos pelas mulheres para a não submissão ao exame Papanicolaou, Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008.

A análise univariada, descrita nas tabelas 1, 2 e 3, evidenciou associação da realização ou não do exame Papanicolaou com: faixas etárias 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos em relação à faixa etária de 20 a 29 anos, viver sem o parceiro, não ter plano de saúde, não ter parceiro atual, nenhuma gestação, não ter ouvido falar sobre o exame preventivo e não ter tempo disponível para fazer o exame, todas elas com nível de significância estatística $p < 0,05$.

Para a análise multivariada, foram selecionadas aquelas variáveis que mostraram nível descritivo até 0,25 ($p < 0,25$) na etapa univariada (Tabelas 1, 2 e 3): ter 9 anos ou mais de estudos ($p = 0,212$), ter 5 a 8 anos de estudos ($p = 0,170$), outras profissões ($p = 0,123$), não trabalhar fora de casa ($p = 0,224$), ter tido uma gestação ($p = 0,177$), ter dificuldade para

ir à USF ($p = 0,124$), outros meios de locomoção ($p = 0,077$) e não ter ouvido falar sobre o câncer do colo do útero ($p = 0,091$).

Após a análise multivariada mantiveram-se associadas com a realização do exame Papanicolaou, as variáveis: 30 a 39 anos OR = 3,3 (IC95% 1,44 – 7,57), $p = 0,005$ e faixa etária 40 a 49 anos OR = 3,7 (IC95% 1,27 – 10,6) $p = 0,016$; e os fatores associados à não realização foram: não ter plano de saúde OR = 0,4 (IC95% 0,16 – 0,86), não ter parceiro atual OR = 0,5 (IC95% 0,25 – 0,88), não ter tempo disponível para fazer o exame OR = 0,1 (IC95% 0,057 – 0,26) e não ter tido gestação OR = 0,4 (IC 95% 0,16 – 0,77) (Tabela 4).

A prevalência de realização do exame Papanicolaou foi maior para as mulheres da faixa etária de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, que possuem plano de saúde, parceiro atual, que tiveram mais que uma gestação e tempo disponível para fazer o exame, e menor para as mulheres da faixa etária de 20 a 29 anos, as que não possuem plano de saúde, não têm parceiro atual, não possuem tempo disponível para fazer o exame e que não tiveram gestação.

Tabela 4 – Análise multivariada dos fatores associados à realização ou não do exame Papanicolaou no Pólo Delfino Magalhães e Monte Carmelo II, Montes Claros, MG, 2008.

Variável	OR	IC 95%	p
Faixa etária			
20 a 29	1,0		
30 a 39	3,3	(1,44 – 7,57)	0,005
40 a 49	3,7	(1,27 – 10,6)	0,016
Plano de saúde			
Sim	1,0		
Não	0,4	(0,16 – 0,86)	0,020
Parceiro atual			
Sim	1,0		
Não	0,5	(0,25 – 0,88)	0,018
Tempo disponível para fazer o exame			
Sim	1,0		
Não	0,1	(0,57 – 0,26)	0,000
Gestações			
> 1 gestação	1,0		
Nenhuma	0,4	(0,16 – 0,77)	0,009

DISCUSSÃO

Os resultados mostram uma expressiva cobertura do exame Papanicolaou na região estudada, atingindo níveis superiores ao preconizado pela Organização Pan-Americana da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde, que estabelecem níveis superiores a 80% para que haja um impacto na redução da mortalidade pelo câncer do colo do útero^{10,11}.

Todavia, apesar das diferenças metodológicas entre os estudos que avaliam cobertura do exame Papanicolaou¹², várias pesquisas demonstram coberturas inferiores ao encontrado no presente estudo. Constatou-se que 94,9% das mulheres realizaram o exame Papanicolaou pelo menos uma vez na vida e já o estudo realizado em Londrina, município do Sul do Brasil, em 2004, identificou uma cobertura geral (exame realizado pelo menos uma vez na vida) de 80,7% variando de 71% a 88,4% entre mulheres de 20 a 59 anos¹³.

As diferenças de cobertura do Papanicolaou também divergem entre grupos étnicos como evidenciado na pesquisa realizada entre 2001 a 2002 para verificar a vivência de mulheres japonesas das cidades de Kobe e Kawasaki e mulheres brasileiras descendentes de japoneses residentes no Brasil, quanto a exame precoce do câncer cérvico-uterino. O estudo concluiu que a grande maioria das mulheres (82,6%) realizou o exame Papanicolaou, e as brasileiras submeteram-se mais a esse tipo de exame que as japonesas¹⁴. Entre as mulheres cambojano-americanas com idade igual ou maior a 18 anos, foi demonstrado uma cobertura de 76% do exame Papanicolaou pelo menos uma vez na vida¹⁵.

Possivelmente, a elevada cobertura do exame Papanicolaou encontrada neste estudo pode estar relacionada ao fato de que a área estudada possui uma cobertura de 100% por Equipes de Saúde da Família, o que sugere que as usuárias podem ter um maior vínculo com os serviços de saúde, e conseqüentemente apresentaram uma maior adesão ao exame. O estabelecimento de vínculos entre as mulheres e os serviços de saúde favorece a adesão ao Papanicolaou¹⁶.

Considerando as mulheres que não foram submetidas ao exame, a proporção encontrada no presente foi 5,1%, um percentual inferior ao encontrado em outras pesquisas, como por exemplo, no Município de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, onde foi constatado um percentual de não realização do exame de 57% entre mulheres de 15 a 49 anos¹⁷. Em Pelotas, o percentual de não adesão foi de 11,2%¹⁸.

Quando consideramos as faixas etárias, observou-se que a proporção de não realização do exame foi maior entre as mais jovens (20 a 29 anos) e entre as mulheres de 60 anos ou mais. Coberturas mais baixas também foram identificadas nessas faixas etárias em pesquisas semelhantes^{18,19}.

Há relatos na literatura de que mulheres em fase reprodutiva realizam mais o exame Papanicolaou em relação às mulheres que já não pertencem a essa categoria, em decorrência

da demanda por procedimentos de rotina durante o pré-natal ou como parte do planejamento familiar ou tratamento de leucorréias. Portanto, mulheres com 60 anos ou mais de idade, pelo fato de não estarem mais em idade fértil, possuem a tendência em não realizar consultas ginecológicas ou procurar menos os serviços de saúde^{20,21}, ou ainda quando procuram, demandam atenção para outras morbidades e estas oportunidades podem não estar sendo aproveitadas para a realização do exame Papanicolaou²².

Chama a atenção, o fato de que mais da metade das mulheres iniciaram a atividade sexual antes dos 20 anos de idade e nesse grupo foi maior o percentual de mulheres que realizaram o exame quando comparadas às que não se submeteram ao mesmo, quando se considera a mesma categoria. Ressalta-se aqui, portanto que a realização do exame foi oportuna uma vez que o início precoce da atividade sexual é co-fator que promove o aumento do câncer do colo do útero²³.

Outro ponto a ser destacado, é que mais da metade das mulheres relatou que tiveram parceiro único na vida, mas os maiores percentuais de realização do exame Papanicolaou foram observados entre a categoria das que informaram ter tido múltiplos parceiros, presumindo também que esse grupo foi em sua maior parte, oportunamente coberto, já que multiplicidade de parceiros sexuais é um co-fator de risco para o câncer invasor¹⁰.

Constatou-se que quase a totalidade das mulheres entrevistadas relatou um tempo gasto para se locomoverem de suas residências à USF de 20 minutos ou menos e que se deslocam a pé, o que pode ser justificado pela proximidade das casas em relação à unidade de saúde. Segundo Adami *apud* Ramos & Lima, o fato de existir uma proximidade entre a moradia do usuário e o serviço de saúde não significa garantia de atendimento²⁴. Todavia observou-se no presente estudo que mais da metade das usuárias relataram não possuir dificuldades para agendar o exame Papanicolaou nas USF.

De acordo com Ramos & Lima, caso o usuário tenha experiências prévias negativas junto ao serviço de saúde mais próximo de sua residência, o mesmo pode optar por outras unidades mesmo que demandem um maior deslocamento, em busca de um acesso fácil e um bom acolhimento²⁴. Os presentes resultados mostram que um elevado percentual de mulheres realizou o exame Papanicolaou nas Unidades de Saúde da Família do seu bairro.

Observou-se que uma grande proporção das mulheres ouviu falar do câncer do colo do útero, entretanto não se investigou a origem e a qualidade deste conhecimento, e da mesma forma, a maioria informou ter ouvido falar do exame Papanicolaou ou preventivo, o que não significa que possuem um conhecimento adequado sobre o assunto, o que também não foi investigado no presente estudo. Gamarra *et al*, observaram que apesar de 92,5% das entrevistadas terem informado que já tinham ouvido falar sobre o exame, cerca da metade delas não possuíam conhecimento adequado²⁰. Segundo outros autores, o conhecimento da finalidade do exame favorece e influencia a realização do mesmo, e a desinformação sobre a doença e o exame, pode prejudicar a procura da prevenção pela mulher¹⁴.

Quando questionadas se têm tempo disponível para realizar o exame, uma pequena parcela de mulheres respondeu que não tinha, ao contrário dos resultados encontrados na literatura¹⁴.

Os principais motivos referidos pelas mulheres que nunca realizaram o Papanicolaou, foram: vergonha, não teve interesse, medo, não precisa, não consegue agendar, o horário não coincide com as folgas, relatos todos encontrados também na literatura^{20,25}. Os outros motivos citados foram bastante específicos à decisão da própria mulher em não realizar o exame. Verificou-se que a vergonha e o medo foram os motivos mais citados para a não realização do Papanicolaou. Estes motivos foram também relatados como dificuldades para adesão ao exame entre mulheres entrevistadas em São Paulo e entre japonesas das cidades de Kobe e Kawasaki^{14,25}.

É interessante notar, que a falta de interesse tenha sido o segundo motivo mais comum para a não submissão ao exame, diferentemente do constatado em São Paulo, uma vez que esse motivo foi referido com uma frequência bastante inferior²⁵. Todavia, nos estudos de Brenna *et al*, a desmotivação e a vergonha foram os motivos mais referidos entre as mulheres com Neoplasia Intra-epitelial Cervical e com câncer invasivo do colo do útero para a não realização do exame²¹.

Destaca-se aqui, que na perspectiva do profissional de saúde, o exame Papanicolaou pode parecer simples e rotineiro, mas na verdade, para diversas mulheres trata-se de uma experiência constrangedora⁵.

Observou-se neste estudo que as faixas etárias 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos foram associadas à realização do Papanicolaou em relação à faixa etária de 20 a 29 anos. A literatura destaca a associação da faixa etária de 20 a 29 anos e a não realização do exame Papanicolaou^{12,19}. Quanto à associação das faixas etárias de 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos com a realização do exame, há controvérsias em pesquisas semelhantes^{19,22}. Constatou-se menor percentual de realização na faixa etária de 60 anos ou mais, porém sem significância estatística nos resultados encontrados. Essa associação foi encontrada em estudo realizado em Pelotas¹⁸.

A associação entre a variável viver sem o parceiro e a não realização do exame Papanicolaou, também foi verificada entre mulheres em São Luiz e Rio Grande^{8,17}. Proporções maiores de realização do exame foram observadas entre as que vivem com o companheiro em outros estudos²⁶.

A variável não ter parceiro atual foi evidenciada neste estudo como associada à não realização do exame Papanicolaou tanto na análise univariada, quanto na multivariada. Em pesquisa semelhante, ter tido parceiros sexuais nos três últimos meses foi associado a menor risco de não realização do preventivo e obtiveram maiores percentuais de realização deste

exame⁸. Quanto a variável não ter plano de saúde, a mesma foi associada à não realização do exame Papanicolaou, o que está em acordo com resultados a nível nacional onde evidenciaram que ter plano de saúde está associado à realização do exame²⁷.

Os resultados da análise univariada evidenciaram também que não ter ouvido falar sobre o exame preventivo e não ter tempo disponível para realizá-lo foram fatores associados à não realização do exame Papanicolaou. O conhecimento do exame contribui para a realização do mesmo¹⁴ e ter tempo disponível é uma condição necessária uma vez que o período em que as unidades estão abertas e em funcionamento, nem sempre coincide com o tempo em que a usuária pode comparecer à sua consulta.

Entre as mulheres tabagistas, as que tiveram múltiplos parceiros, foram observados os maiores percentuais de realização do Papanicolaou. Diante destes resultados pode-se afirmar que essa população está sendo submetida ao exame de maneira oportuna uma vez que possuem co-fatores de risco para o câncer do colo do útero¹⁰. Entre as usuárias de anticoncepcional foram identificados os maiores percentuais de não realização do exame, dessa forma ressalta-se a necessidade de que essas mulheres sejam abordadas para que tenham uma melhor adesão ao exame, principalmente as que fazem uso prolongado de anticoncepcionais orais, pelo risco aumentado em relação ao câncer invasor²⁸.

Este estudo também constatou que entre as mulheres que gastam mais que 20 minutos para chegar à USF e que informaram possuir dificuldades para ir à USF foram observados maiores percentuais de não realização do exame.

A associação entre não ter tido gestação e a não realização do exame foi evidenciada neste estudo e menores proporções de não realização também foram identificadas entre mulheres em Maharashtra, Índia²⁶.

Após a análise multivariada, os fatores que se mantiveram associados à realização do exame Papanicolaou foram: pertencer às faixas etárias de 40 a 49 anos e 30 a 39 anos, e os

fatores que foram associados à não realização do exame foram: não ter plano de saúde, não ter parceiro atual, não ter tempo disponível para realizar o exame e nenhuma gestação.

A cobertura encontrada superou os níveis demonstrados em outras localidades nacionais e de outros grupos étnicos. Grupos de risco importantes foram oportunamente cobertos pelo exame. Algumas condições pessoais e sociais determinaram uma maior ou menor adesão ao Papanicolaou.

Os resultados deste estudo mostram que a estratégia Saúde da Família contribuiu para os elevados níveis de acesso ao exame Papanicolaou encontrados, além disso, a maioria das usuárias realizou o exame nas Unidades de Saúde da Família do seu bairro.

Estudos que avaliem o processo e a estrutura dos serviços serão necessários e poderão avaliar melhor a dimensão de outros fatores que podem estar associados à realização ou não do exame Papanicolaou.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. [Acessado em: 12 ago. 2008] [cerca de 94 p]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/iversãofinal.Pdf>.
2. Correia LL, McAuliffe JF. Saúde materno-infantil. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda; 1994; p.339–341.
3. Screening Group International. Agency for Research on Cancer. Cervical Cancer. [acessado em: 16 ago. 2008] Disponível em: <http://screening.iarc.fr/cervicalindex.php>.
4. Rivoire WA, Reis R, Monego HI, Appel M, Capp E. Carcinoma invasor de colo uterino. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP. Rotinas em Ginecologia. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006; p.321-330.
5. Cruz LMB, Loureiro RP . A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. Saúde soc. [periódico na Internet]. 2008 Jun [acessado 2008 Set 08]; 17(2): 120 -131. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902008000200012&lng=pt&nrm=iso.doi:10.1590/S0104-12902008000200012.
6. Oliveira MS, Fernandes AFC, Galvão MTG. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. Acta paul. enferm. [periódico na Internet]. 2005 Jun [acessado 2008 Set 08];18(2): 150-155. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_Arttext&pid=S0103-21002005000200006&lng=pt&nrm=iso.doi:10.1590/S0103-21002005000200006
7. Thuler LCS, Mendonça GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [periódico na Internet]. 2005 Nov [acessado 2008 Set 08]; 27(11): 656-660. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S010072032005001100004&lng=pt&nrm=iso.doi:10.1590/S010072032005001100004.

8. Oliveira MMHN, Silva AAM, Brito LMO, Coimbra LC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. Rev. bras. epidemiol. [periódico na Internet]. 2006 Set [citado 2008 Set 12] ; 9(3): 325-334. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000300007&lng=pt&nrm=iso). doi:10.1590/S1415-790X2006000300007.
9. Sistema de Informação da Atenção Básica. SAS/ DabdataSUS/ SIAB. Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, 2008.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama/ Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos da Atenção Básica – nº 13. Série A. Normas e manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 124p.
11. Organización Panamericana de la Salud, 1989. Guías para la evaluación de los programas de detección precoz del cáncer de cuello uterino. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 107: 454-457.
12. Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [periódico na Internet] 2005 [acessado 2007 ago. 05] 27(8): 485 - 492 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_Arttext&pid=S010072032005000800009&lng=pt&nrm=iso
13. Silva DW, Andrade SM, Soares DA, Turini B, Schneck CA, Lopes MLS. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [periódico na Internet]. 2006 Jan [acessado 2008 Set 12]; 28(1): 24-31. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000100005&lng=pt&nrm=iso). doi:10.1590/S0100-72032006000100005.

14. Chubaci RYSC, Merighi MAB. Exame para detecção precoce do câncer cérvico-uterino: vivência de mulheres das cidades de Kobe e Kawasaki, Japão e São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2005, 5 (4): 471-481.
15. Taylor VM, Schwartz SM, Jackson JC, Kuniyuki A, Fischer M, Yasui Y *et al.* Cervical cancer screening among Cambodian-American women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1999;(8):541-546.
16. Ramos AS, Palha PF, Costa JML, Sant'Anna SC, Lenza NFeB. Perfil de mulheres de 40 a 49 anos cadastradas em um núcleo de saúde da família, quanto à realização do exame preventivo de Papanicolaou. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [periódico na Internet]. 2006 Abr [acessado 2008 Set 12]; 14(2): 170-174. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000200004&lng=pt&nrm=iso.doi:10.1590/S0104692006000200004.
17. Cesar JA, Horta BL, Gomes G, Houlthausen RS, Willrich RM, Kaercher A, Iastrenski FM. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(5):1365-1372.
18. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Borba AT *et al.* Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2003 Fev [acessado 2008 Set 12]; 19(1): 191-197. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&Pid=S0102-311X2003000100021&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X2003000100021.

19. Hackenhaar AA, Cesar J A, Domingues MR. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. *Rev. bras. epidemiol.* [periódico na Internet]. 2006 Mar [acessado 2008 Set 12]; 9(1): 103-111. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000100013&lng=pt&nrm=iso. doi:10.1590/S1415-790X200600010001.
20. Gamarra CJ, Paz EPA, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(2): 270–276.
21. Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17(4): 909-914.
22. Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(11): 2329-2338.
23. Murta EFC, Franca HG, Carneiro MCo, Caetano MSSG, Adad SJ, Souza MAH. Câncer do Colo Uterino: Correlação com o Início da atividade Sexual e Paridade. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [periódico na Internet]. 1999 Out [acessado 2008 Set 08]; 21(9): 555-559. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72031999000900009&lng=pt&nrm=iso. doi:10.1590/S0100-72031999000900009.
24. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(19): 27–34.

25. Pinho AA, França Junior I, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. [acessado 2008 Set 12]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800012&lng=pt&Nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X2003000800012.
26. Nenê B, Jayant K, Arrossi S, Shastri S, Budukh A, Hingmire S *et al.* Determinants of women's participation in cervical cancer screening trial, Maharashtra, India. *Bulletin of the World Health Organization* April 2007, 85 (4): 264-272.
27. Novaes HMD, Braga PE, Schout D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2006 Dez [acessado 2008 Set 24] ; 11(4): 1023-1035. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400023&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S1413-81232006000400023.
28. International Agency for Research on Cancer (IARC) *Hanbooks of Câncer Prevention* Vol. 10. Cervix Cancer Screening. Lyon: IARC Press, 2005; 1-302.