

Sabrina Daros Tiensoli

**FATORES ASSOCIADOS À NÃO REALIZAÇÃO DE EXAME
PREVENTIVO DE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO**

Belo Horizonte

2015

Sabrina Daros Tiensoli

**FATORES ASSOCIADOS À NÃO REALIZAÇÃO DE EXAME
PREVENTIVO DE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem
Linha de pesquisa: Promoção da Saúde, prevenção
e controle de agravos

Orientador: Prof. Dr. Jorge Gustavo Velásquez Meléndez
Co-orientadora: Prof^a Dra. Mariana Santos Felisbino Mendes

Belo Horizonte

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Tiensoli, Sabrina Daros

Fatores associados à não realização de exame preventivo de
câncer do colo do útero [manuscrito] / Sabrina Daros Tiensoli. -
2016.

69 f. : il.

Orientador: Jorge Gustavo Velásquez Meléndez.

Coorientadora: Mariana Santos Felisbino Mendes.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas
Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Neoplasias do Colo do Útero. 2.Teste de Papanicolaou.
3.Fatores de Risco. 4.Saúde da Mulher. I.Meléndez, Jorge
Gustavo Velásquez. II.Mendes, Mariana Santos Felisbino.
III.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de
Enfermagem. IV.Título.

Este trabalho é vinculado ao Núcleo Interdisciplinar
de Estudos e Pesquisas em Epidemiologia (NIEPE)
da Escola de Enfermagem da Universidade Federal
de Minas Gerais.



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação

Dissertação intitulada “**Fatores associados à não realização de exame preventivo de câncer do colo do útero**”, de autoria da mestranda Sabrina Daros Tiensoi, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr. Jorge Gustavo Velásquez Meléndez
Escola de Enfermagem - UFMG
Orientador

Prof. Dr. Rafael Moreira Claro
Escola de Enfermagem – UFMG

Prof^a. Dr^a. Kleyde Ventura de Souza
Escola de Enfermagem – UFMG

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

Coordenador do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem – UFMG

Belo Horizonte, 27 de novembro de 2015

Agradecimentos

À **Deus**, por permitir mais essa conquista em minha vida.

Aos meus pais, **Beto e Adélia**,
por sempre me mostrarem que sou capaz e que devo correr atrás dos meus sonhos.

À minha irmã, **Carol**, e meu cunhado, **Henrique**,
pelo apoio constante, incentivo aos meus estudos e paciência.

Ao meu marido, **Igor**, por todo amor, apoio, companheirismo, paciência e compreensão.

Aos **familiares e amigos**, pela torcida e incentivo.

Ao meu orientador, **Prof. Jorge Gustavo Velásquez Meléndez**,
pela confiança, oportunidade dada e ensinamentos compartilhados.

À minha co-orientadora, **Prof^a. Mariana Santos Felisbino Mendes**,
por me incentivar a buscar sempre mais.

Aos amigos do grupo de pesquisa, **Alexandra, Fernanda, Hanrieti, Larissa, Luís, Maíra, Milene, Renzo, Otaviana e Tatiane**, pelo convívio diário, ensinamentos e carinho. Em especial à **Crizian**, por estar ao meu lado todos os dias me ensinando.

À amiga e **Prof^a Flávia Sampaio Latini Velásquez**,
por sempre me incentivar a buscar o conhecimento, apoio e contribuição na minha formação.

Aos professores do **Mestrado**, pelos ensinamentos.

Muito Obrigada!

RESUMO

Introdução: O câncer de colo uterino constitui um importante problema de saúde pública no mundo, sendo uma das principais causas de morte em mulheres e o terceiro tipo de câncer mais comum na população feminina brasileira. Uma ação estratégica para diminuir as taxas de morbimortalidade relacionadas a esse tipo de câncer é a detecção precoce, sendo o exame Papanicolaou o método preconizado para o rastreamento desse câncer no Brasil, entre as mulheres de 25 a 64 anos. **Objetivo:** Identificar os fatores associados à não realização do exame preventivo de câncer de colo do útero. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, que utilizou dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel, 2013. Foram estudadas todas as mulheres na faixa etária alvo do rastreio, totalizando 22.580 mulheres. Avaliou-se a prevalência de não realização do rastreamento regular segundo características sociodemográficas (região, estado civil e escolaridade), comportamentais (atividade física no lazer, consumo recomendado de frutas e hortaliças, tabagismo e consumo abusivo de álcool e escore de comportamento negativo em saúde) e de saúde (índice de massa corporal, autoavaliação do estado de saúde e possuir plano de saúde). Os dados foram processados dentro do comando *survey* no programa estatístico *Statistical Software (Stata)* versão 12.1. **Resultados:** Das mulheres estudadas, 17,1% não havia realizado o exame nos últimos três anos. Os fatores associados à não realização do exame preventivo foram: mulheres residentes na região Nordeste (OR=2,01; IC95%: 1,61-2,50), Centro-Oeste (OR=1,84; IC95%: 1,44-2,36) e Norte (OR=1,49; IC95%: 1,16-1,90), que declararam não ter companheiro (OR=2,21; IC95%: 1,91-2,55), que estudaram entre 0-8 anos (OR=1,56; IC95%: 1,27-1,91) e entre 9-11 anos (OR=1,32; IC95%: 1,09-1,58), desnutridas (OR=1,62; IC95%: 1,11-2,36), que autoavaliaram o estado de saúde como negativo (OR=1,35; IC95%: 1,15-1,57) e que apresentavam pelo menos um comportamento negativo em saúde (OR=1,57; IC95%: 1,25-1,95). **Conclusões:** Esses resultados evidenciam altas prevalências de não realização do exame preventivo em subgrupos populacionais. O conhecimento dos fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou pode auxiliar no planejamento de políticas públicas de controle do câncer de colo do útero, tendo em vista a cobertura desigual e o conhecimento dos grupos mais vulneráveis a não realização. Esses achados também reforçam a necessidade de intervenções que visem à promoção da equidade e da integralidade das ações nos serviços de saúde.

Descritores: Neoplasias do colo do útero. Teste de Papanicolaou. Fatores de risco. Iniquidade social. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Background: Cervical cancer is a major public health burden worldwide, a leading cause of death among women and the third most common type of cancer among Brazilian women. A strategic action to reduce morbimortality rates related to this cancer is the early detection, and Pap smear test is the recommended method for cervical cancer screening in Brazil with a targeted population of women aged 25-64 years old. **Objective:** To identify factors associated with non-screening of cervical cancer. **Methods:** This is a cross-sectional study which used data from the Surveillance System for Risk and Protective Factors for Chronic Diseases by Telephone Survey (Vigitel) in 2013. All women were studied in the target age range of screening, totaling 22.580 women. We evaluated the prevalence of not having regular screening according to sociodemographic characteristics (region, marital status, schooling), behavioral (physical activity during leisure time, recommended intake of fruits and vegetables, smoking and alcohol abuse, negative health behavior score) and health indicators (body mass index, self-rating of health status and having health insurance). All of the analyses were processed in the *Survey* module of the *Statistical Software (Stata)*, version 12.1. **Results:** We found 17.1% of Brazilian women had not been screened once in the last three years. The factors associated with non-screening were: women residing in the Northeast region (OR=2,01; 95%CI: 1,61-2,50), Mid-west (OR=1,84; 95%CI: 1,44-2,36) and North (OR=1,49; 95%CI: 1,16-1,90), who reported not having a partner (OR=2,21; 95%CI: 1,91-2,55), who studied between 0-8 years (OR=1,56; 95%CI: 1,27-1,91) and 9-11 years (OR=1,32; 95%CI: 1,09-1,58), with malnutrition (OR=1,62; 95%CI: 1,11-2,36), who self-rated her health status as negative (OR=1,35; 95%CI: 1,15-1,57) and who had at least one negative health behavior (OR=1,57; 95%CI: 1,25-1,95). **Conclusions:** Our results indicate higher rates of unscreened women by Pap smear test in population subgroups. These findings may help the planning of public policies to control cervical cancer, which ought to consider the uneven coverage and more vulnerable groups. These findings also reinforce the need for interventions aimed at promoting equity and integrated care in health services.

Keywords: Uterine Cervical Neoplasms. Papanicolaou Test. Risk Factors. Social inequity. Women's Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	História natural da infecção por HPV e o câncer cervical, segundo Schiffman e Castle	22
Figura 2	Modelo teórico dos fatores associados ao acesso e utilização do exame de Papanicolaou, segundo Pinho e França-Júnior	27
Figura 3	Fluxograma da população estudada, a partir das mulheres entrevistadas pelo Vigitel	32
Quadro 1	Descrição das variáveis de exposição	35

LISTA DE TABELAS

1	Características sociodemográficas das mulheres brasileiras na faixa etária de 25-64 anos. Vigitel, Brasil, 2013	38
2	Características comportamentais e de saúde das mulheres brasileiras na faixa etária de 25-64 anos. Vigitel, Brasil, 2013	39
3	Caracterização das mulheres quanto à realização do exame de Papanicolaou nos últimos três anos, pela população alvo (25-64 anos), segundo fatores sociodemográficos. Vigitel, Brasil, 2013	40
4	Caracterização das mulheres quanto à realização do exame de Papanicolaou nos últimos três anos, pela população alvo (25-64 anos), segundo fatores comportamentais e de saúde. Vigitel, Brasil, 2013	41
5	Análise não ajustada dos potenciais fatores sociodemográficos associados à realização de Papanicolaou nos últimos três anos. Vigitel, Brasil, 2013	42
6	Análise não ajustada dos potenciais fatores comportamentais e de saúde associados à realização de Papanicolaou nos últimos três anos. Vigitel, Brasil, 2013	43
7	Modelo ajustado dos fatores associados à realização de Papanicolaou pela população alvo (25-64 anos), nos últimos três anos. Vigitel, Brasil, 2013	44

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EP	Erro Padrão
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
IARC	International Agency for Research on Cancer
IC 95%	Intervalo de 95% de Confiança
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
INCA	Instituto Nacional de Câncer
NIH	National Institute of Health
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OR	Odds Ratio
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
STATA	<i>Statistical Software for Professional</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
1.1	Objetivos	19
1.1.1	Objetivo geral	19
1.1.2	Objetivos específicos	19
2.	REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1	Epidemiologia do câncer do colo do útero	21
2.2	Fatores associados ao câncer do colo do útero	23
2.3	Ações de promoção e prevenção do câncer do colo do útero.....	23
2.4	Fatores associados a não realização de exame preventivo do câncer do colo do útero	26
2.5	Modelo teórico para a não realização do exame preventivo do câncer do colo do útero	26
3.	MATERIAIS E MÉTODOS	31
3.1	Amostragem	31
3.2	População do estudo	31
3.3	Inferência de estimativas para o total da população adulta de cada cidade	32
3.4	Coleta de Dados	34
3.5	Variáveis do estudo	34
3.5.1	Variável desfecho	34
3.5.2	Variáveis de exposição	34
3.6	Análise dos Dados	36
3.7	Questões Éticas	36
4.	RESULTADOS	38
5.	DISCUSSÃO	46
6.	CONCLUSÕES	52
	REFERÊNCIAS	54
	ANEXO	61

Introdução

1. INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino constitui um importante problema de saúde pública no mundo, sendo uma das principais causas de morte em mulheres, principalmente em países de baixa e média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2014). No Brasil, é a quarta causa de morte de mulheres por câncer e o terceiro tipo de câncer mais comum na população feminina (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA, 2014). Entre os tipos de câncer e a exceção dos tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (23,57/ 100 mil), segundo mais frequente nas regiões Centro-Oeste (22,19/ 100 mil) e Nordeste (18,79/ 100 mil), além de quarto e quinto nas regiões Sudeste (10,15/100 mil) e Sul (15,87 /100 mil), respectivamente (INCA, 2014).

Entre os tipos de câncer, é um dos que apresenta maior potencial de prevenção e cura, uma vez que pode ser mais efetivamente prevenido com aplicação da vacina e uso do preservativo nas relações sexuais. Essas ações previnem contra a infecção pelo Papilomavírus humano (HPV), fator necessário para o desenvolvimento do câncer do colo do útero (BRASIL, 2013). Entretanto, essas medidas previnem parcialmente o câncer cervical, uma vez que a vacina não abrange todos os subtipos oncogênicos do HPV e o preservativo não protege algumas áreas suscetíveis de lesões, como bolsa escrotal, pele da vulva, região perineal e perianal (BRASIL, 2013).

Dessa forma, as ações de identificação precoce de lesões por meio de rastreamento ainda é a maneira mais eficaz para diminuir as taxas de morbimortalidade desse tipo de câncer. No Brasil, o exame citopatológico do colo do útero (exame de Papanicolaou) é a principal estratégia de rastreamento para detectar lesões precursoras do câncer, principalmente as causadas pelo HPV, e fazer o diagnóstico da doença (INCA, 2015; WHO, 2014; INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER - IARC, 2008).

O Ministério da Saúde recomenda a realização do exame de Papanicolaou para toda mulher que tem ou já teve vida sexual e que tenha entre 25 e 64 anos, uma vez que essa faixa etária apresenta maior incidência de lesões precursoras do câncer do colo do útero (INCA, 2015). O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual (INCA, 2015; BRASIL, 2013).

O exame de Papanicolaou está disponível na rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde tem como um de seus

Fatores associados à não realização de exame preventivo de câncer do colo do útero

programas prioritários no país o controle do câncer do colo uterino. Nesse contexto, é atribuição tanto do médico, quanto do enfermeiro que atua na equipe de AB, realizar consulta ginecológica e coleta do exame citopatológico do colo do útero, de acordo com a faixa etária e quadro clínico da usuária (BRASIL, 2013). Alguns estudos têm demonstrado que entre 2007 e 2012 houve estabilidade na tendência da cobertura dos exames de Papanicolaou, sendo essas 82,0% em 2007 e 82,3% em 2012 (MALTA; JORGE, 2014). Outro estudo realizado com população feminina com idade entre 25 e 59 anos, residente no município de Feira de Santana - Bahia, em 2010, demonstrou uma cobertura do exame de Papanicolaou de 87,4% (ANDRADE *et al.*, 2014).

Segundo a OMS, com uma cobertura de no mínimo 80% da população-alvo e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, entre 60 a 90% a incidência do câncer de colo uterino invasivo (WHO, 2002). Observa-se que apesar de alguns estudos nacionais (NAVARRO *et al.*, 2015; GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011) demonstrarem taxas de cobertura acima da meta da OMS, sabe-se que essas taxas de rastreamento elevadas são atingidas por meio do rastreamento oportunístico, sendo esse tipo de rastreamento de baixo custo-efetividade, uma vez que acontece em grupos populacionais de maior acesso ao exame (IARC, 2008). Assim, pode-se afirmar que existem grandes iniquidades no acesso aos programas de prevenção do câncer do colo do útero e tratamento. Dessa forma o câncer cervical invasivo afeta predominantemente as mulheres que não têm acesso a esses serviços (WHO, 2014). Estudos recentes têm demonstrado profundas desigualdades socioeconômicas e culturais associadas à não realização desse exame (OLIVEIRA *et al.*, 2014; MARTÍNEZ-MESA *et al.*, 2013; SANTOS, MELO, SANTOS, 2012). Pobreza, baixo nível de escolaridade, multiparidade, idades mais jovens (entre 25 e 30 anos), elevado índice de massa corporal e não ter plano de saúde foram alguns dos fatores encontrados associados à não realização do exame Papanicolaou (SCHOOFS *et al.*, 2015; LAGE; PESSOA; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2013; MARTÍNEZ-MESA *et al.*, 2013; MORAES *et al.*, 2011).

No entanto, observou-se que a maioria dos estudos sobre esse tema foi desenvolvida em regiões ou cidades do Brasil, com amostras não representativas da população brasileira, sendo escassos estudos com dados nacionais, principalmente os que avaliam os fatores associados à não realização do exame preventivo do câncer do colo do útero (NAVARRO *et al.*, 2015; ANDRADE *et al.*, 2014; LAGE; PESSOA; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2013;

BORGES *et al.*, 2012; GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011; ALBUQUERQUE *et al.*, 2009; AMORIM *et al.*, 2006). Ressalta-se um estudo referente ao ano de 2008 (MARTÍNEZ-MESA *et al.*, 2013) e um mais recente, com dados de 2013, que analisou a tendência da realização do exame de Papanicolaou nos últimos três anos segundo escolaridade e região (MALTA; JORGE, 2014). O presente estudo utiliza uma amostra representativa da população brasileira, que avalia não só os fatores sociodemográficos das mulheres que não realizam o exame preventivo de câncer do colo do útero, como também as características comportamentais e de saúde.

Portanto, tendo em vista as altas taxas de incidência e mortalidade do câncer do colo do útero no Brasil e a importância de sua detecção precoce, faz-se necessário avaliar as práticas preventivas para tal doença no país, bem como os fatores associados a não realização, uma vez que o conhecimento sobre a situação das ações de prevenção poderia possibilitar o estabelecimento de prioridades e alocação de recursos de forma direcionada para a modificação positiva desse cenário na população brasileira (INCA, 2015), além de minimizar as iniquidades, proporcionando acesso àquelas mulheres que realmente se beneficiariam do exame preventivo.

Objetivos

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

- Analisar os fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou no Brasil.

1.1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra do estudo, referente às mulheres na faixa etária alvo do rastreamento do câncer do colo do útero.
 - Estimar a prevalência de não realização do exame de Papanicolaou na população feminina brasileira e segundo regiões.
 - Identificar os fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à não realização do exame de Papanicolaou.

Revisão de Literatura

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Epidemiologia do câncer do colo do útero

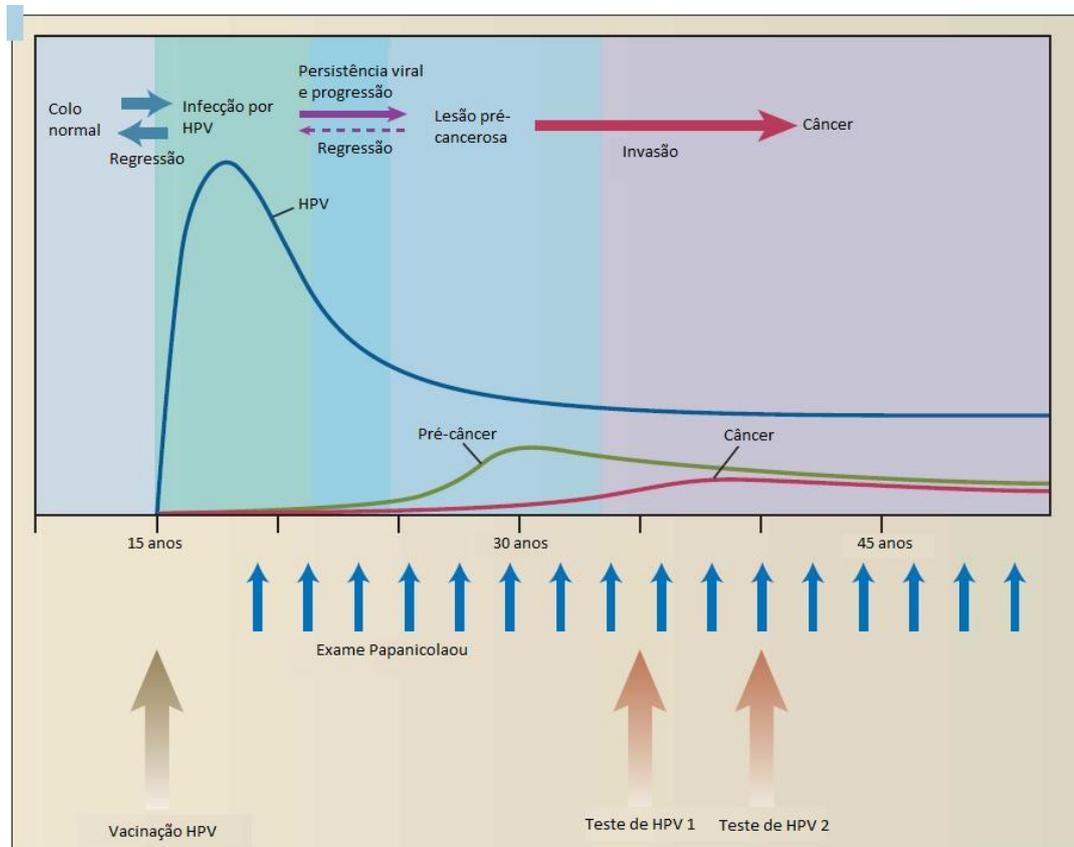
O câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum em mulheres em todo o mundo, apesar de ser uma doença altamente passível de prevenção. Devido ao acesso precário aos serviços de detecção precoce e tratamento, anualmente ocorrem mais de 270 mil mortes de mulheres por causa dessa doença no mundo, sendo que 85% ou mais acontecem em países de baixa e média renda. (WHO, 2014; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS, 2013). No Brasil, no ano de 2013, a taxa de mortalidade foi de 8,48 por 100.000 mulheres (INSTITUTE OF HEALTH METRICS AND EVALUATION – IHME, 2015).

A principal razão para essa taxa de mortalidade é devido à falta de programas efetivos de prevenção, detecção precoce e tratamento, além da ausência de equidade no acesso a esses programas. Sem essas intervenções, o câncer cervical é geralmente detectado apenas quando se encontra em um estágio avançado, de modo que é muito tarde para um tratamento eficaz e, portanto, a mortalidade é elevada (WHO, 2014).

O câncer cervical é causado, principalmente, por infecções persistentes ou crônicas de alguns tipos do Papilomavírus humano (HPV), considerados oncogênicos. Existem mais de 100 tipos de HPV, sendo que pelo menos 13 desses são cancerígenos. Os tipos 16 e 18 são responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero e lesões cervicais pré-cancerígenas (WHO, 2015).

O HPV é uma infecção comum adquirida sexualmente e a maior parte das pessoas se infecta com HPV no início da vida sexual. Na maioria das vezes essas infecções desaparecem espontaneamente, dentro de seis meses a dois anos após a exposição (IARC, 2007) e apenas uma pequena parte persiste e evolui para o câncer (WHO, 2014; INCA, 2011). A Figura 1 ilustra a história natural da doença.

Figura 1 – História natural da infecção por HPV e o câncer cervical, segundo Schiffman e Castle.



Fonte: Traduzido de Schiffman e Castle, 2005.

De acordo com essa figura, observa-se que o pico da prevalência de infecção transitória por tipos oncogênicos de HPV (linha azul), ocorre nas mulheres entre os 15 e 20 anos, após o início da vida sexual. Já o pico de prevalência da lesão precursora ou pré-cancerosa (lesão intraepitelial escamosa de alto grau e adenocarcinoma *in situ*) ocorre cerca de 10 anos depois (linha verde), ou seja, aos 25 anos de idade, que corresponde à idade inicial em que é recomendada a realização do exame de Papanicolaou; e o pico da prevalência de câncer, ocorre por volta dos 40 a 50 anos da mulher (linha vermelha). Observa-se que a prevenção do câncer cervical ocorre por meio do exame de Papanicolaou (setas azuis), que deveria seguir a periodicidade recomendada. É observado, na prática, que a realização desse exame ocorre antes dos 25 anos (setas azuis), o que não corresponde à recomendação do Ministério da Saúde, uma vez que a maioria das infecções ocorridas antes dessa idade regride espontaneamente (BRASIL, 2013). Estratégias alternativas correspondem à vacinação das adolescentes (seta bege), antes do início da vida sexual, conforme recomendado pelo

Ministério da Saúde e OPAS (BRASIL, 2014; OPAS, 2013); e pelo menos um ou dois ciclos de rastreamento do HPV nas idades de pico de lesões pré-cancerosas e câncer precoce (setas marrons); ou ambas (SCHIFFMAN; CASTLE, 2005).

2.2 Fatores associados ao câncer do colo do útero

O câncer do colo do útero está associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos do vírus HPV, principalmente o 16 e 18. Além da infecção por HPV, são fatores de risco para o desenvolvimento do câncer cervical: tabagismo – sendo que o risco é maior de acordo com a quantidade de cigarros fumados por dia e com a idade jovem que começou a fumar (NIH, 2015; INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER, 2006); imunossupressão, visto que as pessoas que estão imunossuprimidas, como aquelas com HIV (Vírus da imunodeficiência humana), são mais propensas a ter infecções por HPV persistente e uma progressão mais rápida para pré-câncer e câncer (NIH, 2015; WHO, 2014); iniciação sexual precoce (INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER, 2009); multiplicidade de parceiros sexuais (INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER, 2009); multiparidade (NIH, 2015) e uso prolongado de contraceptivos orais, considerando que a mulher se previne de uma gravidez não planejada e suas consequências e acaba se descuidando quanto à aquisição do HPV (NIH, 2015; WHO, 2014; INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER, 2007). Além desses, a idade também é considerada um fator de risco, já que o câncer do colo do útero é raro em mulheres até 30 anos e a infecção por HPV, na maioria das vezes, regride espontaneamente, ao passo que a incidência do câncer cervical aumenta a partir dessa idade (INCA, 2011).

2.3 Ações de promoção e prevenção do câncer do colo do útero

Para promover a qualidade de vida da população, e conseqüentemente, melhorar a saúde dos indivíduos e controlar as doenças e agravos, é fundamental que sejam desenvolvidas ações sobre determinantes sociais da saúde. Para o controle do câncer cervical é necessário atuar na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da

Fatores associados à não realização de exame preventivo de câncer do colo do útero

doença. Dessa forma, as mulheres precisam ter conhecimento acerca da doença e do exame preventivo, dos fatores que podem estar associados à doença, bem como ter acesso ao rastreamento e tratamento do câncer do colo do útero (INCA, 2015).

Em relação à prevenção do câncer do colo do útero, temos ações primárias e secundárias. A prevenção primária deste câncer consiste em diminuir o risco de contágio pelo HPV. Como o HPV é uma doença sexualmente transmissível, o uso de preservativo (camisinha) durante a relação sexual com penetração previne, parcialmente, o contágio com este vírus, uma vez que a infecção também pode ocorrer por meio do contato com a bolsa escrotal, pele da vulva, região perineal e perianal (BRASIL, 2013). O acesso ao preservativo é gratuito nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Brasil e não apresenta burocratização do seu acesso e dispensação. Geralmente fica disposto em uma área comum de circulação e os usuários podem retirar sem qualquer barreira.

Atualmente, o Ministério da Saúde aprovou duas vacinas que estão sendo comercializadas no Brasil: a bivalente, que protege contra os tipos cancerígenos 16 e 18, e a quadrivalente, que além dos tipos 16 e 18, protege ainda contra os tipos não oncogênicos 6 e 11. Essas vacinas são eficazes na prevenção de lesões precursoras do câncer cervical, antes da exposição ao HPV, ou seja, é benéfica antes do início da vida sexual (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2013; OPAS, 2013). A OMS recomenda que meninas de 9 a 13 anos, que não são sexualmente ativas, sejam vacinadas (OPAS, 2013). A introdução dessa vacina no calendário fixo da adolescente ocorreu em 2014 e o Ministério da Saúde adotará o esquema vacinal estendido, composto por três doses (0, 6 e 60 meses) (BRASIL, 2014a).

Cabe ressaltar que as vacinas não tratam a infecção pelo HPV ou as doenças associadas, e a adoção das vacinas não elimina a necessidade de realização do exame, uma vez que elas não conferem proteção em aproximadamente 30% dos casos, que são causados por outros tipos virais cancerígenos (BRASIL, 2013).

Quanto à prevenção secundária, a mesma se dá por meio da detecção precoce, ou seja, mais especificamente pelo exame colpocitológico, também conhecido como Papanicolaou. Este exame pode ser realizado em postos ou UBS que tenham profissionais capacitados, como médicos e enfermeiros (INCA, 2015; BRASIL, 2013). Consiste na introdução de um instrumento na vagina, chamado espéculo (conhecido popularmente como “bico de pato” por causa de seu formato). O profissional faz a inspeção visual do interior da vagina e do colo do útero; a seguir promove escamação da superfície externa e interna do colo com uma espátula

Fatores associados à não realização de exame preventivo de câncer do colo do útero

de madeira (espátula de Ayre) e uma escovinha, e as células colhidas são colocadas em uma lâmina para posterior análise em laboratório especializado em citologia (INCA, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde, a idade recomendada para realização do exame preventivo é de 25 a 64 anos (INCA, 2015). Essa faixa etária é priorizada como população-alvo do programa por ser a faixa de maior ocorrência de lesões de alto grau, que podem ser tratadas e não evoluírem para o câncer. Antes dos 25 anos, é comum que a mulher se infecte com HPV e tenha lesões de baixo grau, as quais, na maioria dos casos, regredem espontaneamente, precisando apenas de acompanhamento (INCA, 2015). Além disso, trata-se de uma doença de evolução lenta, em torno de 10 a 20 anos após o primeiro contato com o vírus (BRASIL, 2002). Após os 65 anos, caso a mulher tenha resultados normais nos exames preventivos, o risco de desenvolvimento de câncer do colo do útero é baixo, uma vez que se trata de uma doença de evolução lenta. A incidência de câncer cervical aumenta entre as mulheres de 30 a 39 anos e atinge seu ápice entre os 50 e 60 anos de idade (INCA, 2015).

A periodicidade recomendada para o rastreamento é a realização do exame Papanicolaou a cada três anos, após dois exames com resultados normais, com intervalo de um ano entre eles. Essa repetição em um ano após o primeiro exame objetiva reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo. O resultado normal é aquele negativo para neoplasia e lesões precursoras de neoplasia. O intervalo de rastreamento é recomendação da OMS e se baseia nas diretrizes de países com programa de rastreamento organizado, uma vez que não há evidências de que o rastreamento anual seja mais efetivo do que o realizado a cada três anos (INCA, 2015; WHO, 2007).

O programa de rastreamento vigente é considerado como oportunístico, uma vez que a maioria das mulheres realiza exames quando procura o serviço de saúde por outros motivos. Este tipo de rastreamento não permite identificar as mulheres que estão em falta com o exame preventivo, para chamá-las para repetir o exame ou fazer pela primeira vez. O Brasil ainda não dispõe de um sistema de informação de base populacional, item muito importante para um rastreamento organizado, que é o sistema de informação longitudinal, ou seja, que registra os cuidados que as pessoas recebem ao longo do tempo. O que temos é um sistema de informação transversal (Siscolo), que registra apenas os exames realizados e não estabelece conexão com os sucessivos exames. Dessa forma, o programa de rastreamento não tem controle de quem está fazendo e em que intervalo os exames estão sendo realizados, e como

consequência disso, é que há um contingente de mulheres super-rastreadas e outras em falta com os controles (INCA, 2011).

2.4 Fatores associados à não realização do exame preventivo de câncer do colo do útero

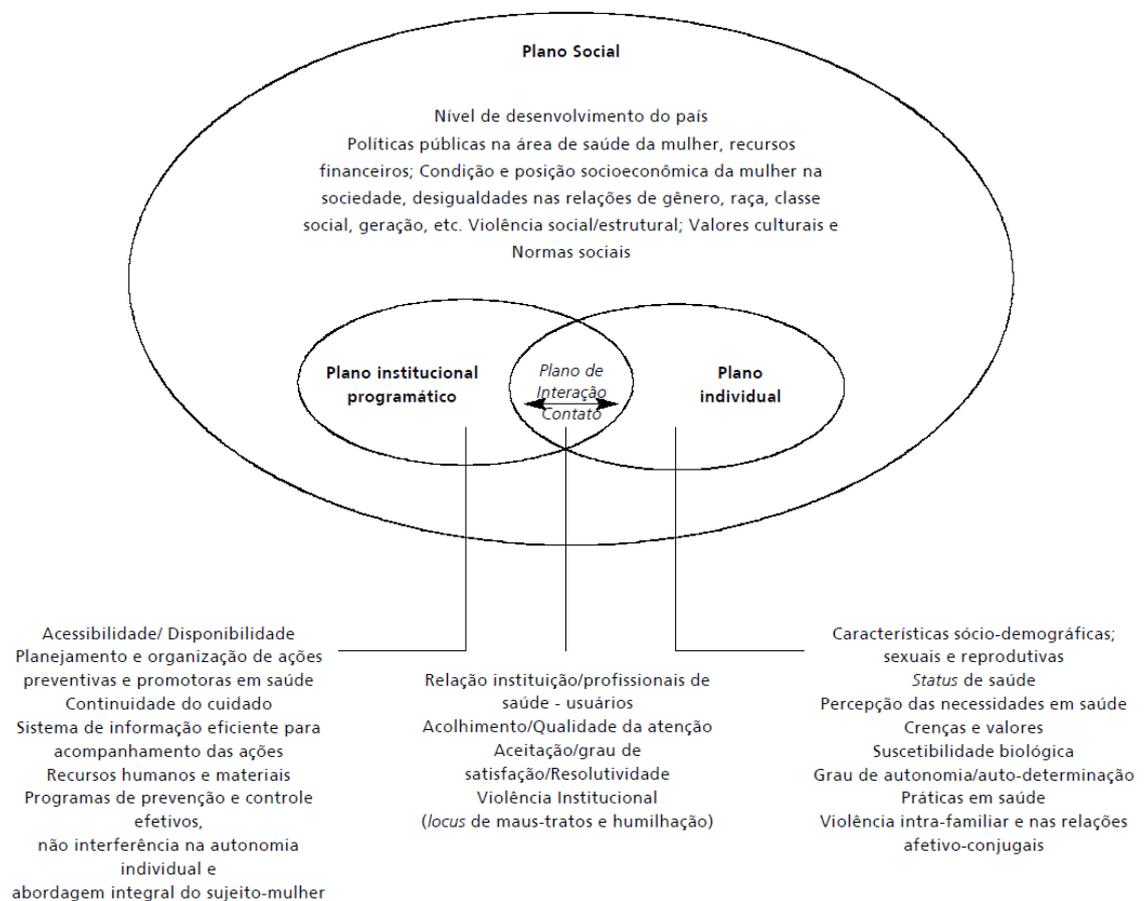
O exame de Papanicolaou está disponível para realização na rede pública e, apesar disso, a adesão das mulheres ao rastreamento ainda constitui um desafio para os gestores e profissionais da saúde (DUQUE, 2013). Em 2012, a prevalência de realização do exame preventivo pelas mulheres brasileiras foi de 82,3%, porém, essa média apresenta desigualdades regionais, por renda e escolaridade (MALTA; JORGE, 2014).

Estudos demonstram que a não realização deste exame pode estar relacionada a alguns fatores, como o desconhecimento da doença e a baixa escolaridade (NAVARRO *et al.*, 2015; TRIPATHI *et al.*, 2014; DUQUE, 2013; BORGES *et al.*, 2012; ALBUQUERQUE *et al.*, 2009; AMORIM *et al.*, 2006). Além desses, baixa renda, idade mais jovem ou mais avançada, não ter procurado um serviço de saúde nos últimos 12 meses, medo ou vergonha, índice de massa corporal elevado, conhecimento inadequado sobre o exame e não ter companheiro foram alguns dos fatores de risco apresentados em estudos anteriores (NAVARRO *et al.*, 2015; SCHOOFES *et al.*, 2015; ANDRADE *et al.*, 2014; DUQUE, 2013; LAGE; PESSOA; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2013; MARTÍNEZ-MESA *et al.*, 2013; BORGES *et al.*, 2012).

2.5 Modelo teórico para a não realização do exame preventivo de câncer do colo do útero

Pinho e França-Júnior (2003) apresentaram um modelo teórico para analisar o acesso e utilização do exame de Papanicolaou (Figura 2).

Figura 2 – Modelo teórico dos fatores associados ao acesso e utilização do exame de Papanicolaou, segundo Pinho e França-Júnior.



Fonte: PINHO; FRANÇA-JÚNIOR, 2003.

De acordo com este modelo, há três planos envolvidos: o individual, o institucional programático e o social.

O plano individual constitui as diversas características das mulheres relacionadas à realização do exame preventivo. Essas características estariam pautadas no conceito de vulnerabilidade individual, relacionada aos fatores cognitivos, em que os indivíduos não possuem conhecimento científico sobre a doença, nem mesmo quanto ao exame Papanicolaou. Além desse desconhecimento, o sentimento de medo de ser diagnosticada com câncer cervical faz parte da vulnerabilidade individual, e pode favorecer a não adesão ao exame. Neste sentido, as campanhas de prevenção podem surtir dois efeitos. Um deles seria o de “amedontrar” as mulheres, de forma que elas entendam o risco de se ter a doença e se

sintam na responsabilidade de realizar a detecção precoce. Por outro lado, esse medo pode afastá-las dos serviços de saúde, uma vez que esse sentimento pode estar relacionado ao exame, à doença, à dor do teste e, principalmente, ao recebimento de um resultado positivo (PINHO; FRANÇA-JÚNIOR, 2003).

Outro elemento que contribui para uma situação de vulnerabilidade individual a violência contra a mulher. A violência física e sexual tem repercussões físicas e mentais, e pode aumentar o risco de problemas ginecológicos, além de influenciar na utilização dos serviços de saúde, fazendo com que a mulher violentada procure menos por cuidados preventivos em saúde (PINHO; FRANÇA-JÚNIOR, 2003).

Quanto ao plano organizacional ou programático, neste estariam as características relacionadas à disponibilidade dos serviços de saúde, como acesso geográfico, demanda, necessidades dos usuários e planejamento das ações de promoção e prevenção da saúde. Esses elementos estão organizados em torno do conceito de vulnerabilidade organizacional ou programática, que corresponde às mulheres que não dispõem de acesso e utilização adequados ao exame de Papanicolaou (PINHO; FRANÇA-JÚNIOR, 2003). Ressalta-se a importância da continuidade do cuidado, para que haja o estabelecimento de vínculo entre o profissional e a usuária e a adesão das pacientes às práticas preventivas e curativas. O não recebimento ou atraso do resultado do exame, por exemplo, atrapalharia o seguimento regular da mulher e interferiria na credibilidade do exame, diminuindo a adesão das mulheres aos serviços preventivos de saúde (PINHO; FRANÇA-JÚNIOR, 2003).

Uma maneira de reduzir a vulnerabilidade organizacional seria por meio da expansão do conhecimento acerca do exame, como resultados, periodicidade, formas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST), entre outras, encorajando as mulheres para uma participação mais ativa na prevenção (PINHO; FRANÇA-JÚNIOR, 2003).

Ainda no plano programático, deve-se resguardar a precisão do diagnóstico, assegurando a confirmação diagnóstica do resultado, no intervalo recomendado, a fim de reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo. Apesar do exame de Papanicolaou se configurar como um sistema simples, o mesmo passa por procedimentos clínicos e laboratoriais, que envolve diversos profissionais, e inclui a coleta, preparação e identificação do material, além da leitura da lâmina e o resultado (PINHO; FRANÇA-JÚNIOR, 2003).

A interface entre os planos institucional/programático e individual é considerada como plano de interação ou contato, onde se encontra o acolhimento, o grau de satisfação das

usuárias em relação ao serviço e o grau de resolutividade quanto ao problema. É fundamental que haja empatia entre o profissional e a usuária, pois sentimentos de desconforto físico e psicológico afastariam as mulheres da realização do exame preventivo. Dessa maneira, a mulher deve ser vista de forma integral, ou seja, no seu contexto social, cultural, psicológico e emocional (PINHO; FRANÇA-JÚNIOR, 2003).

Neste modelo, há um terceiro plano, considerado como plano social, que exerce influência tanto no plano individual quanto no programático. Esse plano está relacionado ao nível de desenvolvimento do país, às políticas públicas existentes, à distribuição de recursos financeiros para a saúde, à criação e efetivação de programas, à desigualdade nas relações sociais de gênero e seus impactos na saúde, aos valores culturais, entre outras. Tudo isso constitui a vulnerabilidade social, a que as mulheres estariam expostas, e para diminuir essa vulnerabilidade, dever-se-ia incentivá-las a ter uma participação mais ativa nas atividades relacionadas à saúde, como o exame de Papanicolaou, fortalecendo o empoderamento das usuárias e estímulo ao protagonismo da mulher no cuidado com sua saúde (PINHO; FRANÇA-JÚNIOR, 2003).

Esses três planos interagem para caracterizar o acesso e utilização dos serviços de saúde e de acordo com os autores, esse modelo é importante para respaldar ou embasar diferentes técnicas de análise estatística dos fatores associados à realização do exame.

No presente estudo, utilizaram-se variáveis do plano social e do plano individual, baseado no modelo desenvolvido por Pinho e França-Júnior, pois se sugere que as características sociodemográficas, como região em que mora, estado civil e escolaridade da mulher, e as características comportamentais e de saúde, estão associadas à não realização do exame de Papanicolaou.

Materiais e Métodos

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, realizado com a amostra representativa da população feminina residente nas capitais brasileiras.

3.1 Amostragem

Os dados utilizados no estudo foram provenientes do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do ano de 2013.

O Vigitel foi implantado em 2006 pelo Ministério da Saúde nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. O sistema possibilita a obtenção de informações atualizadas sobre a frequência, a distribuição e a evolução dos principais fatores que determinam as doenças crônicas na população brasileira (BRASIL, 2014b).

Os procedimentos de amostragem empregados pelo Vigitel objetivam obter amostras probabilísticas da população de adultos residentes em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa. Em 2013, o tamanho amostral mínimo foi cerca de 2.000 indivíduos com 18 ou mais anos de idade em cada cidade (BRASIL, 2014b).

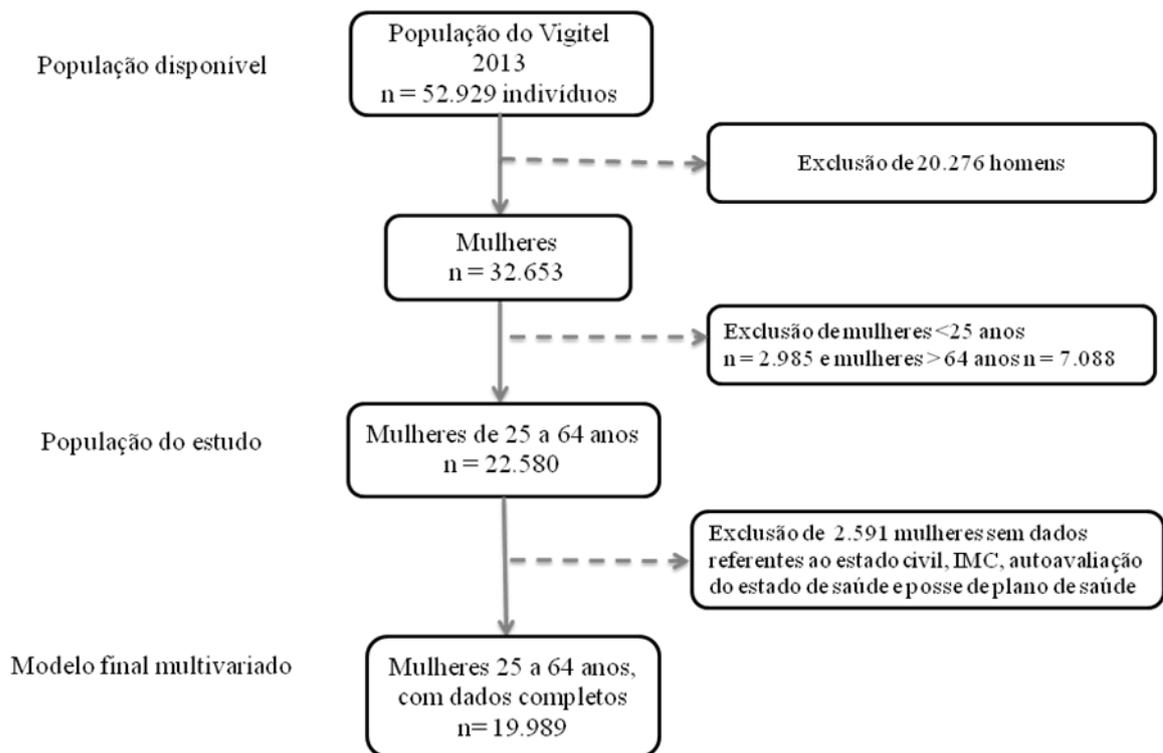
A primeira etapa da amostragem do Vigitel consiste no sorteio de, no mínimo, 5.000 linhas telefônicas por cidade, e a segunda, no sorteio de um dos adultos residentes no domicílio sorteado. Essa etapa é executada após a identificação, dentre as linhas sorteadas, daquelas que são elegíveis para o sistema, sendo que não são elegíveis as linhas que correspondem a empresas, não mais existem ou se encontram fora de serviço, além das que não respondem a seis tentativas de chamadas feitas em dias e horários variados (incluindo sábados e domingos e períodos noturnos) e que, provavelmente, correspondem a domicílios fechados (BRASIL, 2014b).

3.2 População do estudo

Em 2013, foram realizadas 52.929 entrevistas. Dessas, 32.653 foram realizadas com mulheres, sendo que 22.580 se encontravam na faixa etária alvo para o rastreamento do câncer do colo do útero (25 a 64 anos), de acordo com recomendações nacionais (INCA, 2015; BRASIL, 2013). Essa foi a população utilizada para se estimar as prevalências de interesse.

Para compor o modelo multivariado ainda foram excluídas as que não tinham dados completos para todas as variáveis de interesse. Assim, a amostra para o modelo multivariado final foi constituída por 19.989 mulheres (Figura 3).

Figura 3 – Fluxograma da população estudada, a partir das mulheres entrevistadas pelo Vigitel.



Fonte: Elaborado pelos pesquisadores.

3.3 Inferência de estimativas para o total da população adulta de cada cidade

A amostra de adultos entrevistada pelo Vigitel permite inferências populacionais para a população adulta que reside em domicílios cobertos pela rede de telefonia fixa. A cobertura dessa rede, embora crescente, não é evidentemente universal, podendo ser particularmente baixa em cidades economicamente menos desenvolvidas e nos estratos de menor nível socioeconômico (BRASIL, 2014b).

Fatores associados à não realização de exame preventivo de câncer do colo do útero

Quando dados individuais de um inquérito populacional são utilizados sem pesos, todos os indivíduos estudados contribuem da mesma forma para as estimativas geradas pelo inquérito. Isso ocorre quando cada indivíduo estudado tenha tido a mesma probabilidade de ser selecionado para o estudo e quando as taxas de não cobertura do cadastro populacional empregado e as taxas de não participação no inquérito sejam iguais em todos os estratos da população. No Vigitel, essas situações não são observadas, por isso é recomendada a atribuição de pesos para os indivíduos estudados (BRASIL, 2014b).

O peso atribuído inicialmente a cada indivíduo entrevistado pelo Vigitel leva em conta dois fatores: o inverso do número de linhas telefônicas no domicílio do entrevistado e o número de adultos no domicílio do entrevistado. O primeiro fator corrige a maior chance que indivíduos de domicílios com mais de uma linha telefônica tiveram de ser selecionados para a amostra; e o segundo corrige a menor chance que indivíduos de domicílios habitados por mais pessoas tiveram de ser selecionados para a amostra. O produto desses dois fatores fornece um peso amostral que permite a obtenção de estimativas confiáveis para a população adulta com telefone em cada cidade (BRASIL, 2014b).

O peso final atribuído a cada indivíduo entrevistado, denominado pós-estratificação, objetiva a inferência estatística dos resultados do sistema para a população adulta de cada cidade. Dessa forma, o uso deste peso iguala a composição sociodemográfica estimada para a população de adultos com telefone a partir da amostra Vigitel em cada cidade à composição sociodemográfica que se estima para a população adulta total da mesma cidade no mesmo ano de realização do levantamento (BRASIL, 2014b).

As variáveis consideradas na composição sociodemográfica da população total e da população com telefone são: sexo (feminino e masculino), faixa etária (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 e 65 e mais anos de idade) e nível de instrução (sem instrução ou fundamental incompleto, fundamental completo ou médio incompleto, médio completo ou superior incompleto e superior completo). A distribuição de cada variável sociodemográfica estimada para cada cidade em 2013 foi obtida a partir de projeções que levaram em conta a distribuição da variável nos Censos Demográficos de 2000 e 2010 e sua variação anual média (taxa geométrica) no período intercensitário (BRASIL, 2014b).

O peso pós-estratificação de cada indivíduo da amostra Vigitel foi calculado pelo método ‘*rake*’, que leva em conta sucessivas comparações entre estimativas da distribuição de cada variável sociodemográfica na amostra Vigitel e na população total da cidade. Essas

comparações culminam no encontro de pesos que, aplicados à amostra Vigitel, igualam sua distribuição sociodemográfica à distribuição estimada para a população total da cidade (BRASIL, 2014b).

3.4 Coleta de dados

As entrevistas telefônicas realizadas pelo Vigitel no ano de 2014 foram feitas entre os meses de fevereiro e dezembro de 2014. As perguntas do questionário Vigitel (ANEXO A) abordam características sociodemográficas, comportamentais e de saúde dos indivíduos, como idade, sexo, estado civil, raça/cor, nível de escolaridade; características do padrão de alimentação e de atividade física, associadas à ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); peso e altura referidos; frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas; auto-avaliação do estado de saúde do entrevistado; realização de exames para detecção precoce de câncer em mulheres, como a mamografia e o exame de Papanicolaou; posse de plano de saúde ou convênio médico; entre outras (BRASIL, 2014b).

3.5 Variáveis do estudo

3.5.1 Variável desfecho

Neste estudo foi considerada como variável desfecho a não realização de exame de Papanicolaou nos últimos três anos, obtida a partir da pergunta “A sra. já fez alguma vez exame de papanicolau, exame preventivo de câncer de colo do útero?”, juntamente com a pergunta: “Quanto tempo faz que a sra. fez exame de papanicolau?”.

Assim, foi criada uma variável com os códigos 0 e 1, na qual o 0 corresponde às mulheres na faixa etária alvo (25 a 64 anos) que realizaram o exame de Papanicolaou nos últimos três anos; e o 1 corresponde às mulheres na faixa etária alvo que não realizaram o exame de Papanicolaou nos últimos três anos.

3.5.2 Variáveis de exposição

Fatores associados à não realização de exame preventivo de câncer do colo do útero

As variáveis de exposição estudadas foram divididas em: sociodemográficas, comportamentais e de saúde (Quadro 1).

Quadro 1 – Descrição das variáveis de exposição.

Sociodemográficas		
Variáveis	Descrição	Unidades/Categorias
Região	Região em que a participante mora	0 - Sul 1 - Centro-Oeste 2 - Nordeste 3 - Norte 4 - Sudeste
Estado Civil	Estado civil da participante	0 - Com companheiro (Casada + União estável); 1 - Sem companheiro (Solteira + Viúva + Separada + Divorciada)
Escolaridade	Escolaridade da participante, em anos	1 - 12 anos ou mais 2 - 9-11 anos 3 - 0-8 anos
Comportamentais e de saúde		
Variáveis	Descrição	Unidades/Categorias
Índice de Massa Corporal	Índice de massa corporal da participante (kg/m ²)	1 - Eutrófica (18,5-24,9); 2 - Desnutrida (<18,5); 3 - Sobrepeso (25,0-29,9); 4 - Obesa (≥30,0)
Atividade física no lazer	Prática de 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa	0 - Ativa 1 - Inativa
Consumo recomendado de frutas e hortaliças	Consumo de frutas e hortaliças em cinco ou mais vezes por dia em cinco ou mais dias da semana	0 - Sim 1 - Não
Tabagismo	Fuma atualmente, independente da frequência e quantidade	0 - Não 1 - Sim 2 - Ex-fumante
Consumo abusivo de álcool	Consumo de quatro ou mais doses, em uma única ocasião, por pelo menos uma vez nos últimos 30 dias	0 - Não 1 - Sim
Comportamento negativo em saúde (escore)	Apresentação de algum comportamento negativo em saúde: não realização de atividade física no lazer ou não consumir o recomendado de frutas e hortaliças ou fumante/ex-fumante ou consumo abusivo de álcool	0 - Nenhum 1 - Pelo menos um
Autoavaliação do estado de saúde	Autoavaliação do estado de saúde	0 - Positiva (Muito bom + Bom) 1 - Negativa (Regular + Ruim + Muito ruim)
Posse de plano de saúde	Possui plano de saúde	0 - Sim 1 - Não

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores.

Devido à subjetividade da informação e da quantidade de não respostas (n=1.871), a variável cor não foi analisada no estudo.

3.6 Análise dos dados

Primeiramente, procedeu-se com a descrição da população de estudo (n=22.580) de acordo com características sociodemográficas, comportamentais e de saúde. As estimativas das prevalências foram apresentadas em proporções (%), com erro padrão (EP).

Em seguida, realizou-se a análise não ajustada e ajustada dos potenciais fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à não realização do exame de Papanicolaou pela população alvo (25-64 anos) nos últimos três anos. Utilizou-se a regressão logística para estimar o Odds Ratio (OR) e intervalos de 95% de confiança (IC95%).

Cabe ainda ressaltar que trabalhou-se com a subpopulação de interesse, método previamente descrito como o mais apropriado para estimação da variância para amostras representativas de grandes populações (WEST; BERGLUND; HEERINGA, 2008). Assim, conduziu-se análise não condicional baseada na definição de subpopulação de interesse na qual dados faltantes e subgrupos que atenderam os critérios de exclusão foram incluídos na categoria 0 da variável indicadora da subpopulação, e a população de estudo foi incluída na categoria 1.

Para a análise dos dados, foi utilizado o pacote estatístico *Statistical Software for Professional* (Stata), versão 12.1 no módulo *Survey*, que considera na análise os diversos aspectos do delineamento complexo de amostragem e contempla os pesos de probabilidade de seleção devido ao número de linhas telefônicas e de número de adultos na residência.

3.7 Questões éticas

O projeto de implantação do Vigitel foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde (CONEP 355590 de 26/06/2013). Por se tratar de entrevistas por telefone, o consentimento livre e esclarecido é substituído pelo consentimento verbal obtido por ocasião dos contatos telefônicos com os entrevistados (BRASIL, 2014b).

Resultados

4. RESULTADOS

Das 22.580 mulheres, a maioria vivia na região Sudeste (45,0%), com companheiro (55,2%) e possuía entre 9-11 anos de estudo (37,8%) (Tabela 1).

Deve-se ressaltar que não houve diferenças estatisticamente significativas nas características sociodemográficas, comportamentais e de saúde entre as mulheres que participaram do Vigitel em 2013 (n=32.653) e as que fizeram parte da população do estudo (n=22.580) (dados não mostrados).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres brasileiras na faixa etária de 25-64 anos. Vigitel, Brasil, 2013.

Características sociodemográficas	n^a	%^b (±EP)
Região	22.580	
Sul	2.270	8,0 (0,2)
Centro-Oeste	3.407	11,4 (0,3)
Nordeste	7.654	25,7 (0,4)
Norte	6.002	9,9 (0,2)
Sudeste	3.247	45,0 (0,7)
Estado civil	22.289	
Com companheiro ^c	12.086	55,2 (0,7)
Sem companheiro ^d	10.203	44,8 (0,7)
Escolaridade (anos)	22.580	
12 ou mais	8.737	27,8 (0,6)
9 – 11	8.563	37,8 (0,6)
0 – 8	5.280	34,4 (0,6)

Nota: ^a número amostral, ^b estimativa populacional, ^c Casada + União estável, ^d Solteira + Viúva + Separada + Divorciada, EP- erro padrão.

Quanto às características comportamentais e de saúde, houve predomínio de mulheres eutróficas (47,0%); inativas (72,7%); que não consumiam frutas e hortaliças (71,6%); não tabagistas (70,3%) e que não consumiam abusivamente álcool (89,8%); que autoavaliaram o estado de saúde como positivo (62,0%); não possuíam plano de saúde (52,4%); tinham pelo menos um comportamento negativo em saúde (88,2%); e realizaram exame Papanicolaou alguma vez na vida (88,1%) (Tabela 2).

A prevalência da não realização de exame de Papanicolaou, nos últimos três anos, pelas mulheres brasileiras na faixa etária de 25 a 64 anos, foi de 17,1%, sendo que este valor variou conforme as características sociodemográficas, comportamentais e de saúde das mulheres.

Tabela 2 – Características comportamentais e de saúde das mulheres brasileiras na faixa etária de 25-64 anos. Vigitel, Brasil, 2013.

Características comportamentais e de saúde	n^a	%^b (±EP)
IMC (Kg/m²)	20.469	
Eutrófica (18,5 – 24,9)	9.581	47,0 (0,7)
Desnutrida (< 18,5)	525	2,8 (0,2)
Sobrepeso (25,0 – 29,9)	6.710	31,3 (0,6)
Obesa (≥ 30,0)	3.653	18,9 (0,5)
Atividade física no lazer^c	22.580	
Ativa	7.365	27,3 (0,6)
Inativa	15.215	72,7 (0,6)
Consumo recomendado de frutas e hortaliças^d	22.580	
Sim	6.953	28,4 (0,6)
Não	15.627	71,6 (0,6)
Tabagismo	22.580	
Não	16.165	70,3 (0,6)
Sim	1.769	10,1 (0,4)
Ex-fumantes	4.646	19,6 (0,5)
Consumo abusivo de álcool^e	22.580	
Não	20.442	89,8 (0,4)
Sim	2.138	10,2 (0,4)
Autoavaliação do estado de saúde	22.243	
Positiva ^f	14.068	62,0 (0,6)
Negativa ^g	8.175	38,0 (0,6)
Posse de plano de saúde	22.512	
Sim	12.310	47,6 (0,6)
Não	10.202	52,4 (0,6)
Comportamento negativo em saúde^h	22.580	
Nenhum	2.643	11,8 (0,4)
Pelo menos um	19.937	88,2 (0,4)
Papanicolaou em algum momento da vida	22.580	
Sim	20.110	88,1 (0,4)
Não	2.470	11,9 (0,4)
Papanicolaou nos últimos três anos	22.580	
Sim	18.950	82,9 (0,5)
Não	3.630	17,1 (0,5)

Nota: ^a número amostral, ^b estimativa populacional, EP- erro padrão, IMC- índice de massa corporal, ^c 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa, ^d cinco ou mais vezes por dia, em cinco ou mais dias da semana, ^e quatro ou mais doses, em uma única ocasião, por pelo menos uma vez nos últimos 30 dias, ^f Muito bom + Bom, ^g Regular + Ruim + Muito ruim, ^h não realiza atividade física ou não consome o recomendado de frutas e hortaliças ou consome álcool abusivamente ou fuma/ex-fumante.

Observou-se maior prevalência de não realização do exame de Papanicolaou entre as mulheres da região Nordeste (23,5%); que declararam viver sem companheiro (22,4%) e com escolaridade entre 0 a 8 anos (21,4%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização das mulheres quanto à realização do exame de Papanicolaou nos últimos três anos, pela população alvo (25-64 anos), segundo fatores sociodemográficos. Vigitel, Brasil, 2013.

Fatores sociodemográficos	Sim %^a (IC 95%)	Não %^a (IC 95%)
Região		
Sul	88,3 (81,9-83,8)	17,1 (16,2-18,1)
Centro-Oeste	79,5 (77,2-81,6)	20,5 (18,4-22,8)
Nordeste	76,5 (75,0-77,8)	23,5 (22,2-25,0)
Norte	81,2 (79,3-83,0)	18,8 (11,5-15,1)
Sudeste	86,2 (84,9-88,5)	11,8 (10,0-13,8)
Estado civil		
Com companheiro ^b	87,2 (86,0-88,4)	12,8 (11,6-14,1)
Sem companheiro ^c	77,6 (76,1-79,1)	22,4 (20,9-23,9)
Escolaridade (anos)		
12 ou mais	87,2 (85,6-88,7)	12,8 (11,3-14,4)
9 – 11	83,6 (82,2-84,9)	16,4 (15,1-17,8)
0 – 8	78,6 (76,6-80,5)	21,4 (19,5-23,4)

Nota: IC 95%- Intervalo de 95% de confiança, ^a estimativa populacional, ^b Casada + União estável, ^c Solteira + Viúva + Separada + Divorciada.

Já em relação às características comportamentais e de saúde das mulheres quanto à realização do exame de Papanicolaou nos últimos três anos, observou-se maior prevalência de não realização do exame nas mulheres desnutridas (24,8%), que não praticam atividade física no lazer (18,7%), que não consumiam o recomendado de frutas e hortaliças (19,5%), fumantes (19,8%), que não possuíam plano de saúde (22,4%), que autoavaliaram o estado de saúde como negativo (20,0%) e que apresentaram pelo menos um comportamento negativo em saúde (17,9%) (Tabela 4).

Fatores associados à não realização de exame preventivo de câncer do colo do útero

Tabela 4 – Caracterização das mulheres quanto à realização do exame de Papanicolaou nos últimos três anos, pela população alvo (25-64 anos), segundo fatores comportamentais e de saúde. Vigitel, Brasil, 2013.

Fatores comportamentais e de saúde	Sim %^a (IC 95%)	Não %^a (IC 95%)
IMC (Kg/m²)		
Eutrófica (18,5 – 24,9)	85,2 (83,8-86,5)	14,8 (13,5-16,2)
Desnutrida (< 18,5)	75,2 (68,3-80,9)	24,8 (19,1-31,7)
Sobrepeso (25,0 – 29,9)	85,8 (84,2-87,2)	14,2 (12,8-15,8)
Obesa (> 30,0)	82,9 (80,6-85,0)	17,1 (15,0-19,4)
Atividade física no lazer^b		
Ativa	87,0 (85,6-88,4)	13,0 (11,6-14,4)
Inativa	81,3 (80,1-82,5)	18,7 (17,5-19,9)
Consumo recomendado de frutas e hortaliças^{c*}		
Sim	88,9 (87,6-90,1)	11,1 (9,9-12,4)
Não	80,5 (79,2-81,7)	19,5 (18,3-20,8)
Tabagismo		
Não	82,7 (81,5-83,7)	17,4 (16,3-18,5)
Sim	80,2 (76,6-83,5)	19,8 (16,5-23,4)
Ex-fumantes	85,1 (82,7-87,2)	14,9 (12,8-17,3)
Consumo abusivo de álcool^d		
Não	82,7 (81,7-83,7)	17,3 (16,3-18,3)
Sim	84,2 (81,3-86,8)	15,8 (13,2-18,7)
Autoavaliação do estado de saúde		
Positiva ^e	84,9 (83,6-86,0)	15,1 (14,0-16,4)
Negativa ^f	80,0 (78,3-81,5)	20,0 (18,5-21,6)
Plano de saúde		
Sim	89,0 (87,9-90,0)	11,0 (10,0-12,1)
Não	77,6 (76,1-79,1)	22,4 (20,9-23,9)
Comportamento negativo em saúde^g		
Nenhum	88,6 (86,5-90,4)	11,4 (9,6-13,5)
Pelo menos um	82,1 (81,1-83,1)	17,9 (16,9-19,0)

Nota: IC 95%- Intervalo de 95% de confiança, ^a estimativa populacional, ^b 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa, ^c cinco ou mais vezes por dia, em cinco ou mais dias da semana, ^d quatro ou mais doses, em uma única ocasião, por pelo menos uma vez nos últimos 30 dias, ^e Muito bom + Bom, ^f Regular + Ruim + Muito ruim, ^g não realiza atividade física ou não consome o recomendado de frutas e hortaliças ou consome álcool abusivamente ou fuma/ex-fumante. *Valor de p de Pearson=0,338

Na análise não ajustada (Tabela 5), morar na região Nordeste, Centro-Oeste e Norte, não ter companheiro e possuir menor grau de escolaridade, associaram-se à maior chance de não realização do exame Papanicolaou. Ser desnutrida, não praticar atividade física, não consumir o recomendado de frutas e hortaliças, ter diabetes, ser tabagista, ter autoavaliado o estado de saúde como negativo, não possuir plano de saúde e apresentar pelo menos um comportamento negativo em saúde, também estiveram associados à maior chance de não realização do exame (Tabela 6).

Fatores associados à não realização de exame preventivo de câncer do colo do útero

Tabela 5 – Análise não ajustada dos potenciais fatores sociodemográficos associados à realização de Papanicolaou nos últimos três anos. Vigitel, Brasil, 2013.

Fatores sociodemográficos	OR (IC 95%)	p
Região		
Sul	Ref.	
Centro-Oeste	1,87 (1,47-2,39)	<0,0001
Nordeste	2,29 (1,84-2,84)	<0,0001
Norte	1,64 (1,29-2,08)	<0,0001
Sudeste	1,05 (0,81-1,36)	0,684
Estado civil		
Com companheiro ^a	Ref.	
Sem companheiro ^b	2,16 (1,87-2,49)	<0,0001
Escolaridade (anos)		
12 ou mais	Ref.	
9 – 11	1,34 (1,12-1,60)	0,001
0 – 8	1,55 (1,28-1,87)	<0,0001

Nota: OR- Odds Ratio, IC 95%- Intervalo de 95% de confiança, ^a Casada + União estável, ^b Solteira + Viúva + Separada + Divorciada.

Tabela 6 – Análise não ajustada dos potenciais fatores comportamentais e de saúde associados à realização de Papanicolaou nos últimos três anos. Vigitel, Brasil, 2013.

Fatores comportamentais e de saúde	OR (IC 95%)	p
IMC (Kg/m²)		
Eutrófica (18,5 – 24,9)	Ref.	
Desnutrida (< 18,5)	1,91 (1,32-2,75)	<0,0001
Sobrepeso (25,0 – 29,9)	0,98 (0,83-1,15)	0,852
Obesa (≥ 30,0)	1,19 (0,98-1,45)	0,063
Atividade física no lazer^a		
Ativa	Ref.	
Inativa	1,40 (1,19-1,64)	<0,0001
Consumo recomendado de frutas e hortaliças^b		
Sim	Ref.	
Não	1,87 (1,59-2,20)	<0,0001
Tabagismo		
Não	Ref.	
Sim	1,08 (0,84-1,39)	0,522
Ex-fumantes	0,79 (0,66-0,95)	0,013
Consumo abusivo de álcool^c		
Não	Ref.	
Sim	0,93 (0,73-1,17)	0,565
Autoavaliação do estado de saúde		
Positiva ^d	Ref.	
Negativa ^e	1,51 (1,31-1,75)	<0,0001
Posse de plano de saúde		
Sim	Ref.	
Não	2,29 (1,98-2,66)	<0,0001
Comportamento negativo em saúde^f		
Nenhum	Ref.	
Pelo menos um	1,77 (1,42-2,20)	<0,0001

Nota: OR- Odds Ratio, IC 95%- Intervalo de 95% de confiança, ^a 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa, ^b cinco ou mais vezes por dia, em cinco ou mais dias da semana, ^c quatro ou mais doses, em uma única ocasião, por pelo menos uma vez nos últimos 30 dias, ^d Muito bom + Bom, ^e Regular + Ruim + Muito ruim, ^f não realiza atividade física no lazer ou não consome o recomendado de frutas e hortaliças ou consome álcool abusivamente ou fuma/ex-fumante.

No modelo ajustado, observou-se que as mulheres da região Nordeste, Centro-Oeste e Norte apresentaram maior chance de não realização do exame de Papanicolaou, quando comparadas às da região Sul. Mulheres que relataram viver sem companheiro têm maior chance de não realizar o exame, em relação às que vivem com companheiro. Quanto à escolaridade, verificou-se que quanto menor o tempo de estudo, maior a chance de não realizar o Papanicolaou. Em relação ao IMC, houve associação entre desnutrição e menor chance de realização do exame. A autoavaliação do estado de saúde como negativa, também se associou à não realização do exame preventivo, assim como apresentar pelo menos um comportamento negativo em saúde (Tabela 7).

Tabela 7 – Modelo ajustado dos fatores associados à realização do exame de Papanicolaou pela população alvo (25-64 anos), nos últimos três anos. Vigitel, Brasil, 2013.

Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde	OR ajustado (IC 95%)	p
Região		
Sul	Ref.	
Centro-Oeste	1,84 (1,44-2,36)	<0,0001
Nordeste	2,01 (1,61-2,50)	<0,0001
Norte	1,49 (1,16-1,90)	0,001
Sudeste	1,01 (0,77-1,30)	0,971
Estado civil		
Com companheiro ^a	Ref.	
Sem companheiro ^b	2,21 (1,91-2,55)	<0,0001
Escolaridade (anos)		
12 ou mais	Ref.	
9 – 11	1,32 (1,09-1,58)	0,003
0 – 8	1,56 (1,27-1,91)	<0,0001
IMC (Kg/m²)		
Eutrófica (18,5 – 24,9)	Ref.	
Desnutrida (< 18,5)	1,62 (1,11-2,36)	0,011
Sobrepeso (25,0 – 29,9)	0,95 (0,81-1,13)	0,627
Obesa (≥ 30,0)	1,14 (0,93-1,40)	0,193
Autoavaliação do estado de saúde		
Positiva ^c	Ref.	
Negativa ^d	1,35 (1,15-1,57)	<0,0001
Comportamento negativo em saúde^e		
Nenhum	Ref.	
Pelo menos um	1,57 (1,25-1,95)	<0,0001

Nota: OR – Odds Ratio, IC 95% – Intervalo de 95% de confiança, ^a Casada + União estável, ^b Solteira + Viúva + Separada + Divorciada, ^c Muito bom + Bom, ^d Regular + Ruim + Muito ruim, ^e não realiza atividade física no lazer ou não consome o recomendado de frutas e hortaliças ou consome álcool abusivamente ou fuma/ex-fumante.

Discussão

5. DISCUSSÃO

Neste estudo, a prevalência da não realização de exame de Papanicolaou pelas mulheres brasileiras de 25 a 64 anos, nos últimos três anos, foi de 17,1%. Logo, atingiu-se uma cobertura de 82,9%, considerada um excelente resultado quando comparado com a cobertura do rastreamento do câncer cervical nos países em desenvolvimento que é, em média, 19,0%, enquanto nos países desenvolvidos essa cobertura alcança 63,0% (GAKIDOU; NORDHAGEN; OBERMEYER, 2008). Pode-se dizer que a cobertura do exame de Papanicolaou se manteve estável nos anos de 2007 a 2012 no Brasil, em valores acima de 82,0% (MALTA; JORGE, 2014). As metas do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT (2011-2022) no país é ampliar ainda mais essa cobertura, para 85,0% até 2022 (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011). Dados de países desenvolvidos, como a Bélgica mostram que a cobertura de rastreamento do câncer cervical em 2012 foi bem menor do que no Brasil (66,0%) e atingiu valores de incidência cerca de 12/100 mil mulheres (SCHOOFS *et al.*, 2015). Em contrapartida, ainda que com coberturas maiores, a incidência de câncer do colo do útero no Brasil continua sendo alta (cerca de 15,3/100 mil mulheres) (INCA, 2014; SCHMIDT *et al.*, 2011).

A taxas de incidência no Brasil correspondem à terceira maior faixa de incidência global, de acordo com classificações propostas (13,6 a 20,6 casos a cada 100.000 mulheres) (IARC, 2015). Portanto, enfrentamos um cenário de alta cobertura e alta incidência que merece ser investigado com maior profundidade. A incidência no Brasil é menor do que regiões como África Oriental e Central (42,7 e 30,6/100 mil mulheres, respectivamente), enquanto as taxas mais baixas de incidência do câncer cervical são da Austrália/Nova Zelândia e Ásia Ocidental (5,5 e 4,4/100 mil mulheres, respectivamente) (IARC, 2015). Ressalta-se ainda que esta alta incidência é consistente com a elevada prevalência de HPV no Brasil (entre 13,7% e 54,3%) (AYRE; SILVA, 2010).

Uma das explicações da elevada incidência de câncer cervical no Brasil pode ser devido ao fato de que ainda se observa iniquidades na realização do exame colpocitológico e o acesso aos serviços de saúde continua sendo difícil para as mulheres que residem nas regiões mais pobres (BRASIL, 2011; SCHMIDT *et al.*, 2011). Ademais, deve-se considerar que muitas mulheres realizam o exame preventivo em intervalos menores do que o recomendado, enquanto outras o deixam de realizar, fazendo com que a cobertura seja

elevada, porém insatisfatória. As mulheres mais velhas e de menor renda, que estão em maior risco de desenvolver câncer cervical, são menos propensas a ser rastreadas (GAKIDOU; NORDHAGEN; OBERMEYER, 2008), assim como as que não têm companheiro e têm baixa escolaridade (BORGES *et al.*, 2012; GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011; ALBURQUERQUE *et al.*, 2009), também achados desse estudo. Tão importante quanto a realização do exame preventivo, é o retorno da mulher para buscar o resultado do exame e tratar quando houver necessidade. De acordo com o Ministério da Saúde, a cada 10 mulheres que fazem o exame, quatro não retornam para buscar e avaliar o resultado (BRASIL, 2002). Esse absentismo no retorno da consulta diminui a chance e oportunidade de intervir sobre lesões precursoras do câncer cervical.

Observou-se também que as mulheres residentes na região Nordeste apresentaram maior chance de não realização do exame de Papanicolaou, seguida daquelas que moram nas regiões Centro-Oeste e Norte, quando comparadas com às residentes no Sul do país. Sabe-se que ainda são grandes as desigualdades de acesso nas diversas regiões (BRASIL, 2011), o que poderia explicar as diferenças nas coberturas encontradas em cada região. Além disso, cabe ressaltar que o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (23,6/100 mil) e o segundo mais frequente nas regiões Centro-Oeste e Nordeste (22,2/100 mil e 18,8/100 mil, respectivamente) (INCA, 2014), assim como o encontrado em pesquisa anterior (MALTA; JORGE, 2014).

Estudo que realizou análise espacial dos indicadores pactuados para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil identificou que as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram padrão desfavorável na cobertura (SANTOS; MELO; SANTOS, 2012), corroborando os achados deste estudo. Além disso, esse mesmo estudo mostrou que as diferenças regionais decorriam de falhas na captação de mulheres, na cobertura populacional, na qualidade das amostras do exame citológico e estabilidade da taxa de mortalidade (SANTOS; MELO; SANTOS, 2012).

Adicionalmente às diferenças regionais, observou-se que a situação conjugal também pode interferir na adesão ao exame. Mulheres que vivem sem companheiro realizam menos o exame de Papanicolaou quando comparadas às mulheres casadas ou em união estável, corroborando achados de outros estudos (LAGE; PESSOA; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2013; AKINYEMIJU, 2012; BORGES *et al.*, 2012; GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011; ALBURQUERQUE *et al.*, 2009). Mulheres solteiras, divorciadas ou viúvas

procuram menos o centro de saúde e, conseqüentemente, realizam menos o exame preventivo (BORGES *et al.*, 2012; ALBURQUERQUE *et al.*, 2009). Uma possível explicação para essa relação é o fato de que mulheres casadas ou em união estável podem estar mais propensas a procurar serviços de planejamento familiar ou obstétricos, oportunizando a realização do exame (BORGES *et al.*, 2012; ALBURQUERQUE *et al.*, 2009) e demonstrando, mais uma vez, o predomínio do rastreamento oportunístico. Isso indica a necessidade de integralizar a atenção à saúde da mulher, ampliando a oferta do exame de Papanicolaou para além de um procedimento de rotina ofertado durante as consultas ginecológicas e de pré-natal, estendendo seus benefícios para todas as mulheres da faixa etária alvo, independente de sua situação conjugal e de sua experiência materna (ALBURQUERQUE *et al.*, 2009). Deve-se, ainda, educar a população sobre o cuidado em saúde em termos de prevenção e promoção, para que a busca ao serviço de saúde não ocorra somente mediante necessidades e queixas.

O baixo nível de escolaridade também é um fator que aumenta a chance de não adesão ao exame de Papanicolaou. A baixa escolaridade é bem documentada na literatura como um fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero (LAGE; PESSOA; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2013; ALBURQUERQUE *et al.*, 2009; CORREA *et al.*, 2012), e neste estudo, observou-se que quanto menor a escolaridade, maior a chance de não realização do exame preventivo. Sabe-se que mulheres com maior nível de instrução podem melhor compreender informações sobre a prevenção do câncer de colo do útero e inclusive conhecer os riscos e benefícios à saúde dessa medida de rastreamento da doença. Adicionalmente, a escolaridade constitui um importante mediador da relação entre nível socioeconômico e percepção da saúde, considerando que indivíduos com maiores níveis de escolaridade adotam estilos de vida mais saudáveis, provavelmente devido ao acesso facilitado aos serviços avançados de saúde (RIFAI; NAKAMURA, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2014; PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013).

A autoavaliação do estado de saúde como negativa, a presença de pelo menos um comportamento negativo em saúde e a desnutrição também se associaram à maior chance de não realização do exame preventivo de câncer do colo do útero. Em relação à autoavaliação do estado de saúde, trata-se de um importante indicador do conceito multidimensional da saúde, que consiste na percepção que os indivíduos possuem de sua própria saúde (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013) e que em estudos anteriores também esteve associado à não realização do exame colpocitológico (LAGE; PESSOA; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2013;

AMORIM *et al.*, 2006). O fato do indivíduo autoavaliar o estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim, pode demonstrar que o mesmo não adota hábitos saudáveis, e, conseqüentemente não realiza exames preventivos, como o Papanicolaou, e por isso classifica seu estado de saúde dessa forma. Estudos demonstram que esta variável é diretamente influenciada pelo nível de escolaridade, uma vez que o grau de instrução interfere na percepção que o indivíduo tem da sua saúde, na apreensão de informações sobre promoção e prevenção da saúde, na adoção de estilos de vida considerados saudáveis, na adesão aos tratamentos terapêuticos e no uso de serviços de saúde (FREITAS, 2012; PERES *et al.*, 2010)

Outra variável que esteve associada à maior chance de não realizar o exame de Papanicolaou foi possuir pelo menos um comportamento negativo em saúde. Essa variável foi criada considerando quatro fatores que revelam a adoção de hábitos não saudáveis, como o sedentarismo, não consumir o recomendado de frutas e hortaliças, consumo abusivo de álcool e tabagismo atual e pregresso. Estudo anterior também demonstrou que mulheres que fumam aderiam menos ao exame preventivo de câncer do colo do útero, quando comparadas às não fumantes (MARTINS; VALENTE; THULER, 2009). Esses achados podem indicar que qualquer comportamento negativo em saúde aumentaria a chance da mulher ter outros comportamentos negativos, como ser sedentária e não ter uma alimentação saudável. Para Martins, Valente e Thuler (2009), por exemplo, pessoas que fumam têm hábitos menos saudáveis, como não praticar atividade física, não ter uma alimentação saudável e alto consumo de álcool, que pode também estar associado a insuficiência de se submeter a exames preventivos, como o exame de Papanicolaou (MARTINS; VALENTE; THULER, 2009).

A associação entre desnutrição e a não realização do exame preventivo, poderia ser explicada se interpretarmos a desnutrição como uma proxy de pobreza. Afinal, a desnutrição corresponde a uma doença de natureza clínico-social multifatorial, cujas raízes se encontram na pobreza (BRASIL, 2012). Neste sentido, infere-se que mulheres desnutridas têm menor condição socioeconômica e menor acesso aos serviços de saúde e com isso realizam menos o exame preventivo de câncer do colo do útero. Por outro lado, estudo demonstrou a relação entre a não realização do exame em mulheres obesas (SCHOOFS *et al.*, 2015), o que não foi encontrado no presente estudo.

Observa-se, portanto, que existe uma população mais privilegiada e que realiza o exame com maior regularidade, apresentando maior cobertura. Em contrapartida, grupos específicos e com maior vulnerabilidade, como as mulheres com baixo nível de escolaridade,

Fatores associados à não realização de exame preventivo de câncer do colo do útero

que vivem sem companheiro, que moram em regiões mais pobres do país (Norte, Nordeste e Centro-Oeste), que apresentam outros comportamentos negativos em saúde e autoavaliam sua saúde negativamente (muito ruim, ruim ou regular), não estão se beneficiando dessa medida de prevenção, demonstrando a existência de iniquidades na realização do exame preventivo de câncer do colo do útero. Esses diferenciais encontrados realçam uma dificuldade do SUS, mais precisamente na rede de atenção primária à saúde, de alcançar uma maior democratização do acesso ao exame colpocitológico, bem como uma ineficiência em oferecer o exame à população alvo que mais se beneficiaria dele. Talvez isso poderia explicar, em parte, a elevada incidência que ainda existe no país.

Daqui a alguns anos, a vacinação contra o HPV poderá modificar o perfil epidemiológico do câncer cervical, reduzindo a incidência e mortalidade deste câncer. A vacinação, porém, não exclui as ações de prevenção e de detecção precoce pelo rastreamento do câncer do colo do útero por meio da realização do exame de Papanicolaou, uma vez que as mulheres estarão suscetíveis à infecção por outros tipos oncogênicos de HPV que não estão contidos na vacina (WHO, 2007).

Alguns pontos fortes e limitações deste estudo devem ser considerados. Uma das limitações corresponde ao fato do Vigitel ser restrito à população brasileira residente nas capitais do país e que possuem telefonia fixa. Além disso, como a informação sobre a realização do exame de Papanicolaou foi referida, a mesma é sujeita de vieses de informação e memória. Outra limitação decorre da utilização de dados de inquérito de saúde mais amplo, que não se voltou especificamente para as práticas preventivas do câncer de colo do útero, de forma que algumas informações importantes deixaram de ser levantadas, como conhecimento e atitude em relação ao exame, se as entrevistadas eram ou não sexualmente ativas e se buscaram o resultado do exame. Por outro lado, este é um dos poucos estudos recentes que utiliza dados nacionais, com uma amostra representativa da população brasileira, e que avalia os fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde das mulheres que não realizam o exame preventivo de câncer do colo do útero.

Conclusões

6. CONCLUSÕES

A cobertura de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil, no ano de 2013, foi de 82,9%, acima da meta sugerida pela OMS para o controle da doença. Apesar da cobertura suficiente, os resultados do presente estudo mostraram que a mesma ainda é insatisfatória em subgrupos populacionais, como mulheres que vivem sem companheiro, com baixa escolaridade, desnutridas, que autoavaliaram o estado de saúde como negativo e que possuem pelo menos um comportamento negativo em saúde. Além disso, as diferenças regionais devem ser consideradas e as regiões que se encontram abaixo das metas sugeridas pela OMS precisam otimizar os recursos e promover acesso às mulheres que não estão inseridas no programa de rastreamento.

O conhecimento dos fatores associados à não realização do exame preventivo Papanicolaou pode auxiliar no planejamento de políticas públicas de controle do câncer do colo do útero. Esses achados reforçam a necessidade de intervenções que visem à promoção da equidade e da integralidade das ações nos serviços de saúde, com ações multissetoriais que visem à implementação de um programa de rastreamento organizado, para recrutar mulheres menos propensas a ser rastreadas.

Finalmente, acredita-se que a identificação de desigualdades no acesso e uso de serviços de saúde é foco da atenção de investigações acadêmicas e de administradores públicos, na medida em que fornece informações importantes para o planejamento de ações de saúde pública e para a qualificação da atenção em saúde. Ressalta-se ainda que os sistemas de vigilância como o Vigitel, podem ajudar a monitorizar possíveis tendências do desfecho estudado.

Referências

REFERÊNCIAS

1. AKINYEMIJU, T. F. Socio-Economic and Health Access Determinants of Breast and Cervical Cancer Screening in Low-Income Countries: Analysis of the World Health Survey. **PLoS ONE**, v.7, n.11, e4, 2012.
2. ALBUQUERQUE, K. M. *et al.* Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, Sup.2, p.S301-S309, 2009.
3. AMORIM, V. M. S. L. *et al.* Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p.2329-2338, nov 2006.
4. ANDRADE, M. S. *et al.* Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n.1, p.111-120, jan-mar 2014.
5. AYRE, A. R. G.; AZEVEDO E SILVA, G. Prevalência de infecção do colo do útero pelo HPV no Brasil: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, v.44, n.5, p.963-74, 2010.
6. BORGES, M. F. S. O. *et al.* Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.6, p.1156-1166, jun 2012.
7. BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais. Desnutrição. DAB, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pcan.php?conteudo=desnutricao>. Acesso em out 2015.
8. _____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em out 2015.
9. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Ministério da

- Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.
10. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe Técnico sobre a Vacina Contra o Papilomavírus Humano (HPV) na Atenção Básica**. Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1391701778_Informe%20Tecnico_Introducao%20Ovacina%20HPV.pdf>. Acesso em out 2015.
 11. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 120p.
 12. _____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.
 13. FREITAS, M. C. M. **Fatores determinantes do acesso ao Papanicolaou por mulheres idosas no município de Juiz de Fora-MG**. 2012. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.
 14. GAKIDOU, E.; NORDHAGEN, S.; OBERMEYER, Z. Coverage of Cervical Cancer Screening in 57 Countries: Low Average Levels and Large Inequalities. **PLoS Medicine.**, v.5, n.6, e132, 2008.
 15. GASPERIN, S. I.; BOING, A. F.; KUPEK, E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011; v.27, n.7, p.1312-22.
 16. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Controle do Câncer do Colo do Útero**. [Internet] Disponível em <www.inca.gov.br>. Acesso em jun 2015.
 17. _____. **Estimativa 2014 – Incidência do Câncer no Brasil**. [Internet] Disponível em <www.inca.gov.br>. Acesso em set 2015.
 18. INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER - IARC. European Guideline. **European Guidelines for quality assurance in cervical cancer**

- screening. Second Edition. 2008. Disponível em: <<http://www.cervix.cz/res/file/legislativa/european-guidelines-for-quality-assurance-in-cervical-cancer-screening.pdf>>. Acesso em out 2015.
19. _____. GLOBOCAN. **Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012.** Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/cervix-new.asp>>. Acesso em nov 2015.
20. INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER. **Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Human papillomaviruses.** Lyon: WHO; IARC, 2007. 636p. (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, v. 90).
21. INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER *et al.* Carcinoma of the cervix and tobacco smoking: collaborative reanalysis of individual data on 13,541 women with carcinoma of the cervix and 23,017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies. **International Journal of Cancer**, v.118, n.6, p.1481-1495, mar. 2006.
22. INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER. Cervical carcinoma and sexual behavior: collaborative reanalysis of individual data on 15,461 women with cervical carcinoma and 29,164 women without cervical carcinoma from 21 epidemiological studies. **Cancer epidemiology, biomarkers & prevention**, Philadelphia, v.18, n.4, p.1060-1069, abr. 2009.
23. INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER *et al.* Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. **The Lancet**, v.370, n.9599, p.1609-21, 2007.
24. JIA, Y. *et al.* Knowledge about Cervical Cancer and Barriers of Screening Program among Women in Wufeng County, a High-Incidence Region of Cervical Cancer in China. **PLoS ONE**, v.8, n.7, e67005, 2013.
25. LAGE, A. C.; PESSOA, M. C.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, J. G. Fatores associados à não realização do teste de Papanicolaou na população de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2008. **Rev Min Enferm.**, v.17, n.3, p.565-570, jul/set 2013.

26. MALTA, D. C.; JORGE, A. O. Análise de tendência de citologia oncótica e mamografia das capitais brasileiras. **Cienc. Cult. [online]**., v.66, n.1, p.25-29, 2014.
27. MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**., v.20, n.4, p.425-438, 2011.
28. MARTÍNEZ-MESA, J. *et al.* Inequalities in Pap smear screening for cervical cancer in Brazil. **Preventive Medicine**. 2013, v.57, p.366-71.
29. MARTINS, L. F. L.; VALENTE, J. G.; THULER, L. C. S. Factors related to inadequate cervical cancer screening in two Brazilian state capitals. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.2, 2009.
30. MORAES, J. R. *et al.* Relação entre plano de saúde e a realização do exame Papanicolaou: uma aplicação de escore de propensão usando um inquérito amostral complexo. **Rev Bras Epidemiol**. 2011, v.14, p.589-97.
31. NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH - NIH. National Cancer Institute. **Cervical Cancer**. Disponível em: <<http://www.cancer.gov/types/cervical/hp/cervical-screening-pdq>>. Acesso em out 2015.
32. NAVARRO, C. *et al.* Cervical cancer screening coverage in a high-incidence region. **Rev Saúde Pública**, 2015; 49:17.
33. OLIVEIRA, A. C. *et al.* Fatores de risco e proteção à saúde de mulheres para prevenção do câncer uterino. **Rev. Rene**. 2014 mar-abr; 15(2): 240-8.
34. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Nota de orientação da OPAS/OMS: prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres**. Washington, DC: OPAS, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78128/8/9789275717479_por.pdf?ua=1>. Acesso em set 2015.
35. PAVÃO, A. N. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.4, p.723-734, 2013.

36. PERES, M. A. *et al.* Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.5, 2010.
37. PINHO, A. A.; FRANÇA-JÚNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, 2003; v.3, n.1, p.95-112.
38. RIFAI, R. A.; NAKAMURA, K. Differences in Breast and Cervical Cancer Screening Rates in Jordan among Women from Different Socioeconomic Strata: Analysis of the 2012 Population-Based Household Survey. **Asian Pac J Cancer Prev**; v.16, n.15, p.6697-6704, 2015.
39. SANTOS, R. S.; MELO, E. C. P.; SANTOS, K. M. Análise espacial dos indicadores pactuados para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.4, p. 800-10, 2012.
40. SCHIFFMAN, M.; CASTLE, P. E. The Promise of Global Cervical-Cancer Prevention. **The New England Journal of Medicine**, v. 353, n. 20, 2005.
41. SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, 2011. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/pdf/lancet_collection.pdf>. Acesso em out 2015.
42. SCHOofs, J. *et al.* Health-Related Factors Associated With the Participation in Cervical Cancer Screening. **JRHS**, v.15, n.1, p.11-6, 2015.
43. WEST, B. T.; BERGLUND, P.; HEERINGA, S. G. A closer examination of subpopulation analysis of complex-sample survey data. **The Stata Journal**, v.8, n.4, p.520–531, 2008.
44. WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Cancer Control. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes**. Switzerland: WHO, 2007. Disponível em: <www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>. Acesso em out 2015.
45. _____. **Comprehensive Cervical Cancer Control. A guide to essential practice**. 2 ed. WHO, 2014.
46. _____. **Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer**. WHO, 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/>>. Acesso em set 2015.

47. _____. Bulletin of the World Health Organization. **Human papillomavirus and HPV vaccines: a review**. WHO, v.85, n.9, 2007. Disponível em:
<<http://www.who.int/bulletin/volumes/85/9/06-038414/en/>>. Acesso em out 2015.
48. _____. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

Anexo

ANEXO A – Questionário do Vigitel 2013

Anexo A – Modelo do Questionário Eletrônico

ENTREVISTA

MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS POR
ENTREVISTAS TELEFÔNICAS – VIGITEL – 2013
Disque Saúde = 0800-61-1997

Operador: **xx**

Réplica: **xx**

Cidade: **xx**, confirma a cidade: sim não (agradeça e encerre; excluir do banco amostral e do agenda)

1. Réplica **XX** número de moradores **XX** número de adultos **XX**

2. Bom dia/tarde/noite. Meu nome é **XXXX**. Estou falando do Ministério da Saúde, o número do seu telefone é **XXXX**?

sim não – Desculpe, liguei no número errado.

3. Sr(a) gostaria de falar com o(a) sr(a) **NOME DO SORTEADO**. Ele(a) está?

sim

não - Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) Sr(a) **NOME DO SORTEADO**?

residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

3.a Posso falar com ele agora?

sim

não - Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) Sr(a) **NOME DO SORTEADO**?

residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

4. O(a) sr(a) foi informado sobre a avaliação que o Ministério da Saúde está fazendo?

sim (pule para q5)

não - O Ministério da Saúde está avaliando as condições de saúde da população brasileira e o seu número de telefone e o(a) sr(a) foram selecionados para participar de uma entrevista. A entrevista deverá durar cerca de 7 minutos. Suas respostas serão mantidas em total sigilo e serão utilizadas junto com as respostas dos demais entrevistados para fornecer um retrato das condições atuais de saúde da população brasileira. Para sua segurança, esta entrevista poderá ser gravada. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá esclarecê-la diretamente no Disque Saúde do Ministério da Saúde, no telefone: 0800-61-1997. O(a) sr(a) gostaria de anotar o telefone agora ou no final da entrevista?

5. Podemos iniciar a entrevista?

sim (pule para q6)

não - Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos?

residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

Q6. Qual sua idade? (só aceita ≥ 18 anos e < 150) _____ anos (se < 21 anos, pule q12 a q13)

Q7. Sexo: () masculino (pule a q14) () feminino (se > 50 anos, pule a q14)

CIVIL. Qual seu estado conjugal atual?

1 () solteiro

2 () casado legalmente

3 () têm união estável há mais de seis meses

4 () viúvo

5 () separado ou divorciado

888 () não quis informar

Fatores associados à não realização de exame preventivo de câncer do colo do útero

Secretaria de Vigilância em Saúde/MS

Q8. Até que série e grau o(a) sr(a) estudou?

8A	8B- Qual a última série (ano) o Sr(a) COMPLETOU?	8.anos de estudo(out-put)
1 <input type="checkbox"/> curso primário	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	1, 2, 3, 4
2 <input type="checkbox"/> admissão	<input type="checkbox"/> 4	
3 <input type="checkbox"/> curso ginásial ou ginásio	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	5,6,7,8
4 <input type="checkbox"/> 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	1 a 8
5 <input type="checkbox"/> 2º grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	9,10,11
6 <input type="checkbox"/> 3º grau ou curso superior	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 ou +	12 a 19
7 <input type="checkbox"/> pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado)	<input type="checkbox"/> 1 ou +	20
8 <input type="checkbox"/> nunca estudou	0	
777 não sabe (só aceita q6>60)		
888 não quis responder		

R128a.O(A) Sr(a) dirige carro, moto e/ou outro veículo?

1 sim 2 não (não perguntar a q40, q40b, R135) 888 não quis informar

Q9. O(a) sr(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)? (só aceita ≥30 Kg e <300kg)

_____ kg 777 não sabe 888 não quis informar

Q10. Quanto tempo faz que se pesou da última vez?

- 1 () menos de 1 semana
 2 () entre 1 semana e 1 mês
 3 () entre 1 mês e 3 meses
 4 () entre 3 e 6 meses
 5 () 6 ou mais meses
 6 () nunca se pesou
 777 não lembra

Q11. O(a) sr(a) sabe sua altura? (só aceita ≥ 1,20m e <2,20m)

__ m ____ cm 777 não sabe 888 não quis informar

Q14. A sra está grávida no momento?

1 sim 2 não 777 não sabe

Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre sua alimentação.

Q15. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer feijão?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
 2 () 3 a 4 dias por semana
 3 () 5 a 6 dias por semana
 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 5 () quase nunca
 6 () nunca

Q16. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
 2 () 3 a 4 dias por semana
 3 () 5 a 6 dias por semana
 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 5 () quase nunca (pule para q21)
 6 () nunca (pule para q21)

Q17. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume CRU?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
 2 () 3 a 4 dias por semana
 3 () 5 a 6 dias por semana
 4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 5 () quase nunca (pule para q19)
 6 () nunca (pule para q19)

Fatores associados à não realização de exame preventivo de câncer do colo do útero

Q18. Num dia comum, o(a) sr(a) come este tipo de salada:

- 1() no almoço (1 vez no dia)
- 2() no jantar ou
- 3() no almoço e no jantar (2 vezes no dia)

Q19. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer verdura ou legume COZIDO junto com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?

- 1() 1 a 2 dias por semana
- 2() 3 a 4 dias por semana
- 3() 5 a 6 dias por semana
- 4() todos os dias (**inclusive sábado e domingo**)
- 5() quase nunca (pule para q21)
- 6() nunca (pule para q21)

Q20. Num dia comum, o(a) sr(a) come verdura ou legume cozido:

- 1() no almoço (1 vez no dia)
- 2() no jantar ou
- 3() no almoço e no jantar (2 vezes no dia)

Q21. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?

- 1() 1 a 2 dias por semana
- 2() 3 a 4 dias por semana
- 3() 5 a 6 dias por semana
- 4() todos os dias (**inclusive sábado e domingo**)
- 5() quase nunca (pule para q23)
- 6() nunca (pule para q23)

Q22. Quando o(a) sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) sr(a) costuma:

- 1() tirar sempre o excesso de gordura
- 2() comer com a gordura
- 3 não come carne vermelha com muita gordura

Q23. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer frango/galinha?

- 1() 1 a 2 dias por semana
- 2() 3 a 4 dias por semana
- 3() 5 a 6 dias por semana
- 4() todos os dias (**inclusive sábado e domingo**)
- 5() quase nunca (pule para q25)
- 6() nunca (pule para q25)

Q24. Quando o(a) sr(a) come frango/galinha com pele, o(a) sr(a) costuma:

- 1() tirar sempre a pele
- 2() comer com a pele
- 3 não come pedaços de frango com pele

Q25. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar suco de frutas natural?

- 1() 1 a 2 dias por semana
- 2() 3 a 4 dias por semana
- 3() 5 a 6 dias por semana
- 4() todos os dias (**inclusive sábado e domingo**)
- 5() quase nunca (pule para q27)
- 6() nunca (pule para q27)

Q26. Num dia comum, quantos copos o(a) sr(a) toma de suco de frutas natural?

- 1() 1
- 2() 2
- 3() 3 ou mais

Q27. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frutas?

- 1() 1 a 2 dias por semana
- 2() 3 a 4 dias por semana
- 3() 5 a 6 dias por semana
- 4() todos os dias (**inclusive sábado e domingo**)
- 5() quase nunca (pule para q29)
- 6() nunca (pule para q29)

Q28. Num DIA comum, quantas vezes o(a) sr(a) come frutas?

- 1() 1 vez no dia
- 2() 2 vezes no dia
- 3() 3 ou mais vezes no dia

Fatores associados à não realização de exame preventivo de câncer do colo do útero

Q29. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?

- 1() 1 a 2 dias por semana
- 2() 3 a 4 dias por semana
- 3() 5 a 6 dias por semana
- 4() todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5() quase nunca (pule para q32)
- 6() nunca (pule para q32)

Q31. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia?

- 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 ou + 777 não sabe

Q32. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não vale soja)

- 1() 1 a 2 dias por semana
- 2() 3 a 4 dias por semana
- 3() 5 a 6 dias por semana
- 4() todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5() quase nunca (pule para R143)
- 6() nunca (pule para R143)

Q33. Quando o sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?

- 1() integral
- 2() desnatado ou semi-desnatado
- 3 os dois tipos
- 777 não sabe

R143. Em quantos dias da semana o sr(a) costuma comer alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces?

- () 1 a 2 dias por semana
- () 3 a 4 dias por semana
- () 5 a 6 dias por semana
- () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- () quase nunca (pule para R144a)
- () nunca (pule para R144a)

R146. Num dia comum, quantas vezes o(a) sr(a) come doces?

- 1() 1 vez no dia
- 2() 2 vezes no dia
- 3() 3 ou mais vezes no dia

R144a. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma trocar a comida do almoço por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches?

- () 1 a 2 dias por semana
- () 3 a 4 dias por semana
- () 5 a 6 dias por semana
- () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- () quase nunca
- () nunca

R144b. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma trocar a comida do jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches?

- () 1 a 2 dias por semana
- () 3 a 4 dias por semana
- () 5 a 6 dias por semana
- () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- () quase nunca
- () nunca

R145. Somando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados o Sr. (a) acha que o seu consumo de sal é:

- 1() Muito alto
- 2() Alto
- 3() Adequado
- 4() Baixo
- 5() Muito baixo
- 777 não sabe

Q35. O(a) sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?

- 1 sim 2 não (pula para q42) 888 não quis informar (pula para q42)

Fatores associados à não realização de exame preventivo de câncer do colo do útero

Q36. Com que frequência (a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?

- 1() 1 a 2 dias por semana
- 2() 3 a 4 dias por semana
- 3() 5 a 6 dias por semana
- 4() todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5() menos de 1 dia por semana
- 6() menos de 1 dia por mês (pule para q40b)

Q37. Nos últimos 30 dias, o sr chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (5 doses de bebida alcoólica seriam 5 latas de cerveja, 5 taças de vinho ou 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para homens)

- 1 sim (pule para q39)
- 2 não (pule para q40b)

Q38. Nos últimos 30 dias, a sra chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (4 doses de bebida alcoólica seriam 4 latas de cerveja, 4 taças de vinho ou 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para mulheres)

- 1 sim
- 2 não (pule para q40b)

Q39. Em quantos dias do mês isto ocorreu?

- 1() em um único dia no mês
- 2() em 2 dias
- 3() em 3 dias
- 4() em 4 dias
- 5() em 5 dias
- 6() em 6 dias
- 7() em 7 ou mais dias
- 777 Não sabe

Q40. Neste dia (ou em algum destes dias), o(a) sr(a) dirigiu logo depois de beber?

- 1 sim
- 2 não
- 888 não quis informar

Q40b. Independente da quantidade, o(a) sr(a) costuma dirigir depois de consumir bebida alcoólica?

- 1() sempre
- 2() algumas vezes
- 3() quase nunca
- 4() nunca
- 888 não quis informar

Nas próximas questões, vamos perguntar sobre suas atividades físicas do dia-a-dia.

Q42. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

- 1 sim
- 2 não (pule para q47)
- (não vale fisioterapia)

Q43a. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) praticou?

ANOTAR APENAS O PRIMEIRO CITADO

- 1 caminhada (não vale deslocamento para trabalho)
- 2 caminhada em esteira
- 3 corrida (cooper)
- 4 corrida em esteira
- 5 musculação
- 6 ginástica aeróbica (spinning, step, jump)
- 7 hidroginástica
- 8 ginástica em geral (alongamento, pilates, ioga)
- 9 natação
- 10 artes marciais e luta (jiu-jitsu, karatê, judô, boxe, muay thai, capoeira)
- 11 bicicleta (inclui ergométrica)
- 12 futebol / futsal
- 13 basquetebol
- 14 voleibol / futevolei
- 15 tênis
- 16 dança (balé, dança de salão, dança do ventre)
- 17 outros

Q44. O(a) sr(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?

- 1 sim
- 2 não – (pule para q47)

Q45. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte? _____

- 1 1 a 2 dias por semana
- 2 3 a 4 dias por semana
- 3 5 a 6 dias por semana
- 4 todos os dias (inclusive sábado e domingo)

Fatores associados à não realização de exame preventivo de câncer do colo do útero

Q46. No dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade? _____

- 1 menos que 10 minutos
- 2 entre 10 e 19 minutos
- 3 entre 20 e 29 minutos
- 4 entre 30 e 39 minutos
- 5 entre 40 e 49 minutos
- 6 entre 50 e 59 minutos
- 7 60 minutos ou mais

Q47. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) trabalhou?

- 1 sim
- 2 não – (pule para q52)

Q48. No seu trabalho, o(a) sr(a) anda bastante a pé?

- 1 sim
- 2 não
- 777 não sabe

Q49. No seu trabalho, o(a) sr(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?

- 1 sim
- 2 não (pule para q50)
- 777 não sabe (pule para q50)

R147. Em uma semana normal, em quantos dias o(a) sr(a) faz essas atividades no seu trabalho?

Número de dias ___ 555r menos de 1 vez por semana 888r não quis responder

R148. Quando realiza essas atividades, quanto tempo costuma durar? _____

H H : M M

Q50. Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

- 1 sim, todo o trajeto
- 2 Sim, parte do trajeto
- 3 não (pule para q52)

Q51. Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)? _____

- 1 menos que 10 minutos
- 2 entre 10 e 19 minutos
- 3 entre 20 e 29 minutos
- 4 entre 30 e 39 minutos
- 5 entre 40 e 49 minutos
- 6 entre 50 e 59 minutos
- 7 60 minutos ou mais

Q52. Atualmente, o(a) Sr(a) esta frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola?

- 1 sim
- 2 não (pule para q55)
- 888 não quis informar (pule para q55)

Q53. Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

- 1 sim, todo o trajeto
- 2 Sim, parte do trajeto
- 3 não (pule para q55)

Q54. Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)? _____

- 1 menos que 10 minutos
- 2 entre 10 e 19 minutos
- 3 entre 20 e 29 minutos
- 4 entre 30 e 39 minutos
- 5 entre 40 e 49 minutos
- 6 entre 50 e 59 minutos
- 7 60 minutos ou mais

Q55. Quem costuma fazer a faxina da sua casa?

- 1 eu sozinho (pule para RR149)
- 2 eu com outra pessoa
- 3 outra pessoa (pule para q59a)

Q56. A parte mais pesada da faxina fica com:

- 1 () o(a) sr(a) ou
- 2 () outra pessoa (pule para q59a)
- 3 ambos

R149. Em uma semana normal, em quantos dias o(a) sr(a) realiza faxina da sua casa?

Número de dias ___ 555r menos de 1 vez por semana 888r não quis responder

R150. E quanto tempo costuma durar a faxina?

H H : M M

Fatores associados à não realização de exame preventivo de câncer do colo do útero

Q59a. Em média, quantas horas por dia o(a) sr(a) costuma ficar assistindo televisão?

- 1() menos de 1 hora
- 2() entre 1 e 2 horas
- 3() entre 2 e 3 horas
- 4() entre 3 e 4 horas
- 5() entre 4 e 5 horas
- 6() entre 5 e 6 horas
- 7() mais de 6 horas
- 8 Não assiste televisão

Q60. Atualmente, o(a) sr(a) fuma?

- 1() sim, diariamente (ir para q61)
- 2 () sim, mas não diariamente (pule para q61a)
- 3 () não – (pule para q64)

Q61. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por dia?_____ (vá para Q62)

- 1 1-4 2 5-9 3 10-14 4 15-19 5 20-29 6 30-39 7 40 ou +

Q61a. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por semana? _____ (apenas se Q60=2)

- 1 1-4 2 5-9 3 10-14 4 15-19 5 20-29 6 30-39 7 40 ou +

Q62. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente? (só aceita ≥ 5 anos e $\leq q6$)

- _____ anos 777 não lembra

Q63. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar?

- 1 sim (pule para q69) 2 não (pule para q69)

Q64. No passado, o(a) sr(a) já fumou?

- 1() sim, diariamente
- 2 () sim, mas não diariamente
- 3 () não

*(vá para Q69 se mora sozinho e não trabalha)

(Vá para Q68 se mora sozinho e trabalha)

Q67. Alguma das pessoas que moram com o(a) Sr(a) costuma fumar dentro de casa?

- 1 sim 2 não 888 Não quis informar

Q68. Algum colega do trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde o(a) Sr(a) trabalha? (só para q47=1)

- 1 sim 2 não 888 Não quis informar

Q69. A sua cor ou raça é:

- 1() branca
- 2() preta
- 3() amarela
- 4() parda
- 5() indígena
- 777 não sabe
- 888 não quis informar

Q70. Além deste número de telefone, tem outro número de telefone fixo em sua casa? (não vale extensão)

- 1 sim 2 não – (pule para Q74)

Q71. Se sim: Quantos no total? _____ números ou linhas telefônicas

Fatores associados à não realização de exame preventivo de câncer do colo do útero

Agora estamos chegando ao final do questionário e gostaríamos de saber sobre seu estado de saúde.

Q74. O(a) sr(a) classificaria seu estado de saúde como:

- 1() muito bom
- 2() bom
- 3() regular
- 4() ruim
- 5() muito ruim
- 777 não sabe
- 888 não quis informar

Q75. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr(a) tem pressão alta?

- 1 sim
- 2 não (pule para q76a)
- 777 não lembra (pule para q76a)

R129. Atualmente, o(a) Sr(a) está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta?

- 1 sim
- 2 não (pule para q76a)
- 777 não sabe (pule para q76a)
- 888 não quis responder (pule para q76a)

R130a. Como o(a) Sr(a) consegue a medicação para controlar a pressão alta?

- 1() unidade de saúde do SUS
- 2() farmácia popular do governo federal
- 3() outro lugar (farmácia privada/particular, drogaria)
- 777 não sabe
- 888 não quis responder

Q76a. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr(a) tem diabetes?

- 1 sim
- 2 não (pule para Q78)
- 777 não lembra (pule para Q78)

(se Q7=1, vá para R133a)

- Apenas pré-diabetes (marcar apenas se o entrevistado referir espontaneamente)

R138. (Se mulher), O diabetes foi apenas quando estava grávida? (apenas para Q7=2)

- 1() sim
- 2() não
- 3() Nunca engravidou
- 777 não lembra

R133a. Atualmente, o(a) Sr(a) está tomando algum comprimido para controlar o diabetes?

- 1 sim
- 2 não
- 777 não sabe
- 888 não quis responder

R133b. Atualmente, o(a) Sr(a) está usando insulina para controlar o diabetes?

- 1 sim
- 2 não (pule para Q78)
- 777 não sabe (pule para Q78)
- 888 não quis responder (pule para Q78)

R134b. Como o(a) Sr(a) consegue a medicação para diabetes?(APLICAR se R133a = 1 ou R133b = 1)

- 1() unidade de saúde do SUS
- 2() farmácia popular do governo federal
- 3() outro lugar (farmácia privada/particular, drogaria)
- 777 não sabe
- 888 não quis responder

Q78. Algum médico já lhe disse que o Sr(a) tem colesterol ou triglicérides elevado?

- 1 sim
- 2 não
- 777 não sabe/ não lembra

R151. O Sr(a) já fez algum exame de sangue para medir colesterol ou triglicérides elevado?

- 1 Sim
- 2 Não (pule para Q79a, se mulher ou para Q85a, se homem)
- 777 Não sabe/não lembra (pule para Q79a, se mulher ou para Q85a, se homem)

Fatores associados à não realização de exame preventivo de câncer do colo do útero

R152. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) fez o exame?

- 1 há menos de 1 ano
2 de 1 até 2 anos (inclui o 2)
3 de 2 até 5 anos (inclui o 5)
4 há mais de 5 anos
777 Não sabe/ não lembra

Q79a. A sra já fez alguma vez exame de papanicolau, exame preventivo de câncer de colo do útero? (apenas para sexo feminino – Q7=2)

- 1 sim 2 não (pule para q81) 777 não sabe (pule para q81)

Q80. Quanto tempo faz que a sra. fez exame de papanicolau?

- 1 menos de 1 ano
2 entre 1 e 2 anos
3 entre 2 e 3 anos
4 entre 3 e 5 anos
5 5 anos ou mais
777 não lembra

Q81. A sra já fez alguma vez mamografia, raio x das mamas? (apenas para sexo feminino)

- 1 sim 2 não (pule para q85a) 777 não sabe (pule para q85a)

Q82. Quanto tempo faz que a sra fez mamografia?

- 1 menos de 1 ano
2 entre 1 e 2 anos
3 entre 2 e 3 anos
4 entre 3 e 5 anos
5 5 ou mais anos
777 não lembra

Q85a. Existe perto de sua casa, algum LUGAR PÚBLICO (praça, parque, rua fechada) para fazer caminhada, realizar exercício ou praticar esporte?

- 1 sim 2 não 777 não sabe

Q88. O(a) sr(a) tem plano de saúde ou convênio médico?

- 1 () Sim, apenas 1 2 () Sim, mais de um 3 () Não 888 Não quis informar

R135. Nos últimos doze meses o Sr.(a) foi multado(a) por dirigir com excesso de velocidade na via? (apenas para quem dirige – R128a = 1)

- 1 () Sim
2 () Não (pule para R137)
777 Não lembra (pule para R137)
888 Não quis responder (pule para R137)

R136. Qual o local que o(a) Sr(a) foi multado?

- 1 () Dentro da cidade (via urbana)
2 () Rodovia
3 () Ambos
777 Não lembra
888 Não quis responder

R137. Nos últimos doze meses o sr.(a) foi parado em alguma blitz de transito na sua cidade, seja como motorista ou passageiro?

- 1 () Sim
2 () Não
777 Não lembra
888 Não quis responder

Sr(a) XX Agradecemos pela sua colaboração. Se tivermos alguma dúvida voltaremos a lhe telefonar. Se não anotou o telefone no início da entrevista: Gostaria de anotar o número de telefone do Disque Saúde?

- Se sim: O número é 0800-61-1997.

Observações (entrevistador):

Nota: Mencionar para o entrevistado as alternativas de resposta apenas quando as mesmas se iniciarem por parêntesis