

Márcio Vasconcelos Oliveira

**PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM
MULHERES QUILOMBOLAS DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA
CONQUISTA, BAHIA, BRASIL**

**Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte - MG
2014**

Márcio Vasconcelos Oliveira

**PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM
MULHERES QUILOMBOLAS DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA
CONQUISTA, BAHIA, BRASIL**

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós- Graduação em
Saúde Pública: área de concentração em
Epidemiologia, da Universidade Federal
de Minas Gerais.

Orientadora: Professora Elisabeth Barboza França

Belo Horizonte - MG
2014

Oliveira, Márcio Vasconcelos.
O48p Prevenção do câncer de colo uterino em mulheres quilombolas do município de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil [manuscrito]. / Márcio Vasconcelos Oliveira. -- Belo Horizonte: 2014.
145f.: il.
Orientadora: Elisabeth Barboza França.
Área de concentração: Saúde Pública.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.
1. Neoplasias do Colo do Útero/prevenção & controle. 2. Teste de Papanicolaou. 3. Estudos Transversais. 4. Grupo com Ancestrais do Continente Africano. 5. Dissertações Acadêmicas. I. França, Elisabeth Barboza. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WP 480

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca J. Baeta Vianna – Campus Saúde UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM MULHERES QUILOMBOLAS
DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA, BAHIA, BRASIL

MARCIO VASCONCELOS OLIVEIRA

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração EPIDEMIOLOGIA.

Aprovada em 10 de fevereiro de 2014, pela banca constituída pelos membros:

Elisabeth Barboza França

Prof(a). Elisabeth Barboza França - Orientador
Universidade Federal de Minas Gerais

Francisco de Assis Acurcio

Prof(a). Francisco de Assis Acurcio
UFMG

Luana Giatti Goncalves

Prof(a). Luana Giatti Goncalves
UFOP

Adriano Maia dos Santos

Prof(a). Adriano Maia dos Santos
UFBA

Raquel Souza

Prof(a). Raquel Souza
UFBA

Belo Horizonte, 10 de fevereiro de 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora

Prof^a. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Renato de Lima dos Santos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Sub-Coordenadora

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Colegiado

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Prof^a. Carla Jorge Machado

Prof^a. Cibele Comini César

Prof^a. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof. Francisco de Assis Acurcio

Prof^a. Maria Fernanda Furtado Lima Costa

Prof^a. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Prof^a. Soraya Almeida Belisário

Maryane Oliveira Campos (Representante discente titular)
Tiago Lopes Coelho (Representante discente Suplente)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre guiar meus caminhos;

À população quilombola de Vitória da Conquista – pela efetiva participação no estudo, nos proporcionando aquisição de muito conhecimento;

Aos meus colegas do doutorado – aprendemos muito juntos;

Ao professor Dr Mark Drew C. Guimarães – sempre muito preciso em suas contribuições além de ter me proporcionado muitos aprendizados os quais utilizarei para o resto de minha vida;

À professora Dra Elisabeth Barboza França que me acolheu generosamente como seu orientando e esteve sempre disponível para contribuir de modo substancial.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Elton e Maria Vasconcelos: efetivamente grandes responsáveis por tudo que sou;

Aos meus irmãos: Júnior, Elmiton e Adriana – estão sempre ao meu lado para o que der e vier;

À minha avó, Purezinha: o seu orgulho por mim é perceptível, me entorpece e me impulsiona sempre em ascendência;

À todos os demais familiares que sempre me incentivaram e estiveram ao meu lado no decorrer de minha trajetória;

À minha esposa Caline pela paciência, companheirismo e apoio, sempre incondicionais algo que sempre me transmite segurança e conforto mesmo nos momentos mais difíceis. Isso foi fundamental no doutorado;

Aos meus filhos: Márcio Filho, Isabela e Rafaela (*in memoriam*) – Papai ama muito vocês!!!

Que todas as dores virem sorrisos!!!

RESUMO

Têm sido amplamente apontados na literatura a grande importância do exame Papanicolaou para prevenção do câncer de colo uterino bem como os diversos fatores associados à não realização do mesmo, como a idade avançada, o baixo nível socioeconômico, pertencimento a certos grupos étnicos como afrodescendentes e não ter cônjuge. Também já foi demonstrado que a não realização do Papanicolaou está associada às desigualdades de acesso e utilização de serviços de saúde. No Brasil, a população negra experimenta maiores taxas de mortalidade por câncer se comparada à população geral, sendo provavelmente um dos reflexos das desigualdades nos âmbitos social, econômico, político e na saúde. Reconhecer e identificar fatores que figuram como barreiras para a realização do Papanicolaou, é parte fundamental no enfrentamento deste problema. Dentro deste contexto, o presente estudo objetivou analisar os fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou entre as mulheres quilombolas residentes em Vitória da Conquista, Bahia. Foi utilizado delineamento de estudo transversal de base populacional, com inclusão de mulheres com idade de 18-64 anos. Foram realizadas análise descritiva e análise de associação univariada e multivariada utilizando modelo logístico multinomial. Mulheres que nunca realizaram o exame de Papanicolaou ou realizaram há mais de três anos foram comparadas separadamente com aquelas que realizaram o exame há menos de três anos. De 348 mulheres incluídas na análise, 27,3% afirmaram nunca ter realizado o Papanicolaou. Foram associados de forma independente com nunca ter feito o exame: faixa etária de 18 a 29 anos e 50 a 59 anos, não ter instrução, não ter companheiro, buscar atendimento relacionado à saúde em unidades/estabelecimentos diferentes de seu local de residência e realizar exame clínico das mamas há três ou mais anos ou nunca tê-lo realizado. Os achados indicam a necessidade de reflexão para a reorganização das ações e serviços de saúde com o objetivo de melhor enfrentamento dos fatores que se associam à não realização do exame Papanicolaou entre as mulheres quilombolas. É imperativo contemplar ações de prevenção para o câncer de colo uterino que envolvam melhoria das condições de vida e reorganização da rede de atenção básica, sendo necessário aumentar a oferta e o acesso aos serviços de saúde, contemplando dentre outras questões a atuação das equipes de saúde da família fortalecendo vínculo entre a população e os profissionais de saúde.

Palavras chave: Exame de Papanicolaou; Estudos transversais; Câncer de colo do útero; Quilombolas; Prevenção.

ABSTRACT

It has been widely reported in the literature the great importance of Pap smear for the prevention of cervical cancer and the various factors associated with not having the same, such as advanced age, low socioeconomic status, belonging to certain ethnic groups like african-american and having no spouse. It has also been shown that non-compliance to Pap smears exam is associated with inequality on access and health services. In Brazil, the black population has higher mortality rates from cancer when compared with the general population, probably a consequence of the inequalities in economic, political, social and health spheres. To recognize and to identify the factors that appear as barriers to the Pap smear is key to face this problem. Within this context, the present study aimed to analyze factors associated with non-compliance with Pap smears exam among quilombola women living in Vitória da Conquista, Bahia. We used cross-sectional study of population-based, with included women aged 18-64 years old and were conducted: descriptive analysis, univariate and multivariate analysis using multinomial logistic model. Women who have never performed or performed Pap smears for over three years were compared separately with those who were examined for less than three years. From 348 women included in the analysis, 27,3%, reported ever having a Pap smear exam. They were independently associated with never having taken the exam: aged 18 to 29 years and 50 to 59 years, not education, not having a partner, seek care in health-related units/establishments other than their place of residence and perform clinical breast examination for three or more years or never have done it. The findings indicate the need for reflection, for the reorganization of health activities and services aimed at better addressing the factors associated with not performing the Pap smear among quilombola women. It is imperative to consider preventive measures for cervical cancer involving improvement of living conditions and reorganization of primary health care, being necessary to increase the offering of and access to health services, among other issues contemplating the work of health teams family strengthening the bond between people and health professionals.

Keywords: Pap smear exam; Cross-sectional studies; Cervical cancer; Quilombolas; Prevention.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1. INTRODUÇÃO.....	20
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	24
3. OBJETIVOS.....	58
3.1 Objetivo geral.....	59
3.2 Objetivos específicos.....	59
4. MÉTODOS.....	60
5. RESULTADOS.....	64
5.1 Tabelas.....	68
6. DISCUSSÃO.....	74
7. CONCLUSÕES.....	81
REFERÊNCIAS.....	84
APÊNDICES.....	95
APÊNDICE A- Endereço eletrônico para acesso ao questionário utilizado na pesquisa.....	96
APÊNDICE B- Cronograma executado no doutorado.....	98
APÊNDICE C- Artigo aceito para publicação.....	100
ANEXOS.....	129
ANEXO A - Folha de aprovação do projeto pela câmara departamental (DMPS/UFMG)....	130
ANEXO B - Folha de aprovação do projeto pela UFMG.....	132
ANEXO C - Folha de aprovação do projeto pelo comitê de ética FASB.....	135
ANEXO D- Termo de consentimento livre esclarecido.....	137
ANEXO E - Carta de aceite para publicação do artigo.....	142
ANEXO F - Ata da banca da defesa da tese e folha de aprovação da defesa da tese.....	144

APRESENTAÇÃO

Este volume trata de tese de doutorado apresentado à banca de defesa do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais (PPGSP/UFMG). O presente trabalho se insere na linha de pesquisa - Avaliação em Saúde e Serviços de Saúde do Programa, e é parte integrante de um estudo maior intitulado: *“Projeto COMQUISTA: Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista: Avaliação de condicionantes de saúde”*.

O projeto COMQUISTA teve como principal objetivo analisar as condições de vida, situação de saúde, o acesso e o uso de serviços de saúde da população residente nas comunidades quilombolas do município de Vitória da Conquista, Bahia, por meio da realização de um inquérito de base populacional, ocorrido entre setembro e outubro de 2011, com componentes quantitativo e qualitativo. A população estudada foi constituída por indivíduos com 18 anos ou mais e crianças com até 5 anos de idade residentes em comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Palmares. No estudo, foi utilizado um desenho transversal em amostra representativa da população quilombola local, com aplicação de questionários, realização de grupos focais, realização de medidas antropométricas (peso, altura, circunferência da cintura) e de pressão arterial.

O projeto COMQUISTA foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade São Francisco de Barreiras (CAAE 0118.0.066.000-10) e da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 0118.0.066.203-10) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE), para responderem à entrevista, realizarem medidas antropométricas e para participarem do grupo focal.

Vitória da Conquista registra 25 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Palmares sediadas em cinco distritos da região, segundo informação da Secretaria Municipal da Saúde. Para a seleção da amostra do estudo, os seguintes procedimentos foram utilizados: a) selecionada uma comunidade por distrito; b) inclusão somente de comunidades com pelo menos 50 famílias cadastradas; c) seleção aleatória de domicílios; d) convite a todos os adultos (18 ou mais anos) e crianças < 5 anos residentes no domicílio sorteado. Para efeito de cálculo amostral, considerou-se somente a população elegível de adultos, estimada em 2.935 indivíduos oriundos de 10 comunidades. Para o cálculo da

amostra selecionada para o estudo, foram considerados os seguintes parâmetros: a) prevalência de 50%, dado a heterogeneidade dos eventos a serem mensurados; b) precisão de 5%; c) nível confiança de 95%; d) efeito de desenho igual a 2; e, e) 30% de perdas, o que totalizou 884 indivíduos adultos a serem amostrados.

O plano amostral foi realizado em dois estágios: 1) seleção aleatória de uma comunidade quilombola em cada distrito; 2) Seleção aleatória dos domicílios de acordo com a distribuição proporcional de domicílios por distrito. O sorteio foi realizado após a etapa do mapeamento das comunidades quilombolas. A Figura-1 resume o princípio amostral adotado no Projeto COMQUISTA.

O processo de mapeamento das comunidades se iniciou após o primeiro contato com a comunidade-alvo, realizado no processo de sensibilização e apresentação do projeto. Neste momento foram identificadas as lideranças das comunidades, que indicaram representante(s) detentor(es) de conhecimento dos limites e da localização de equipamentos e domicílios da comunidade. Em seguida, de acordo com as disponibilidades de pesquisadores e representantes, foram acordada(s) data(s) para o mapeamento por GPS (Sistema de Posicionamento Global) das comunidades envolvidas na pesquisa. Equipes de mapeamento compostas por pesquisadores responsáveis pelos distritos e um representante da comunidade foram formadas. O mapeamento foi realizado em duas etapas. Inicialmente foi feita a delimitação territorial dos domicílios em fluxo horário com posterior marcação de pontos relativos a domicílios e equipamentos com fluxo diametral, a partir de acesso por estradas vicinais. Simultaneamente à marcação por GPS, foi realizada a documentação escrita com identificação dos pontos, em ordem numérica, a partir do ponto 1 – início do limite da comunidade. Também foi feita documentação fotográfica, que facilitou a identificação dos domicílios elegíveis para a pesquisa, bem como a identificação e abordagem dos entrevistadores quando da realização das entrevistas domiciliares. Terminado o trabalho de mapeamento na comunidade, os dados do GPS foram transferidos para o software específico e convertido para formato xls do Microsoft Excel que permitiu o sorteio aleatório dos domicílios a serem visitados para sensibilização, convite e aplicação da pesquisa.

O instrumento utilizado para foi um questionário semiestruturado adaptado da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS (disponível integralmente através de link descrito no apêndice A). A primeira fase de avaliação e adequação da entrevista ocorreu entre janeiro e maio de 2011. Um grupo de profissionais avaliou cada questão separadamente, considerando o contexto a ser aplicado. Em seguida, foram realizados dois pré-testes (33 entrevistas) no intuito de verificar adequações de linguagem, sequência, seleção das perguntas e seleção daquelas rigorosamente necessárias. Desta forma, obteve-se a versão final do questionário, que foi utilizado para realização do piloto. As entrevistas foram aplicadas da mesma forma que o previsto para o projeto COMQUISTA, ou seja, para todos os adultos residentes no domicílio e todas as crianças menores de cinco anos da unidade familiar. A aplicação seguiu instruções contidas em um *Manual do entrevistador*, que continha informações importantes para realização da entrevista.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, realizadas no domicílio dos indivíduos selecionados. As entrevistas foram realizadas por meio da utilização de computador portátil (*HP Pocket Rx5710*), e os dados coletados foram transferidos para banco de dados próprio, onde em seguida foram analisados. Pensando na possibilidade de intercorrências com a utilização dos Pockets PC, entrevistas impressas estiveram disponíveis para aplicação. Os entrevistadores foram treinados para aplicação dos questionários nos dois formatos. Além da entrevista foram realizadas avaliação antropométrica e aferição de pressão arterial, para isso foram desenvolvidos manuais específicos com instruções detalhadas de cada procedimento.

Foi assegurada a confidencialidade das informações dos questionários e medidas antropométricas aferidas, somente os dados consolidados foram divulgados por meio de artigos científicos e relatórios. Os resultados das medidas antropométricas e de pressão arterial foram informados diretamente aos indivíduos fornecendo cartão com os resultados das medidas e, quando coube, o indivíduo foi aconselhado a procurar a unidade de saúde responsável pelo atendimento da comunidade. Devido à complexidade da abordagem que constou na aplicação do questionário, medidas antropométricas e de pressão arterial, as equipes foram formadas com a participação de discentes do IMS/CAT-UFBA, dos cursos de Farmácia, Nutrição, Enfermagem e Psicologia.

Os supervisores de campo foram os pesquisadores, que também foram os responsáveis pela seleção, treinamento e acompanhamento das equipes até a finalização da coleta e análise dos dados.

A investigação que originou o trabalho intitulado: “Prevenção para o câncer de colo uterino entre as mulheres quilombolas residentes em Vitória da Conquista, Bahia, Brasil” utilizou questões norteadoras contidas no módulo F do questionário utilizado no projeto COMQUISTA e explorou o tema: “Fatores associados à não realização de Papanicolaou em quilombolas” considerando o fato de que a não realização do exame constitui um bom exemplo para revelar as desigualdades de acesso e utilização de serviços de saúde por parte das mulheres quilombolas¹ e, que a pobreza e a exclusão social no Brasil têm cor, raça, sexo e etnia² - isso motivou o desenvolvimento e execução deste estudo de base populacional com a finalidade de descrever as reais condições de prevenção para câncer de colo uterino entre as mulheres quilombolas, tendo em vista que esta população traz consigo experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer³, portanto reconhecer e identificar fatores que figuram como barreiras para a realização do Papanicolaou, é parte fundamental no enfrentamento do câncer de colo uterino neste grupo populacional.

Este volume está organizado no formato de Tese, de acordo com o regulamento do PPGSP-UFMG⁴, e está composto em seguida pelas seguintes seções:

¹ CNDSS-Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As Causas Sociais das iniquidades da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

² Silva, J.A.N. Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. Revista Saúde e Sociedade, v.16, n.2, p.111-124, 2007.

³ Lopes, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Brasil, Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: FUNASA, 2005. 446

⁴ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais. Manual de Orientação. Belo Horizonte, 2007.

- ✓ Introdução.
- ✓ Revisão da Literatura, onde são abordados os seguintes aspectos: 1) Epidemiologia do câncer; 2) Câncer de colo uterino: epidemiologia, fatores de risco e formas de enfrentamento; 3) Realização do exame de Papanicolaou no Brasil e fatores associados; 4) Determinantes sociais e câncer; 5) Saúde e Enfermidade nas minorias étnico-raciais; 6) Equidade e Iniquidade em saúde; 7) Iniquidades em saúde e população quilombola; 8) Utilização de serviços de saúde por comunidades quilombolas.
- ✓ Apresentação dos objetivos da tese, respondidos em um artigo científico; métodos; resultados encontrados; discussão dos resultados e conclusões.
- ✓ Anexos e Apêndices incluindo documentos de aprovação ética, termo de consentimento livre e esclarecido utilizado na pesquisa, carta de aceite para publicação do artigo, cronograma de atividades do doutorado e artigo original sobre prevenção do câncer de colo uterino, aceito para publicação no periódico *Ciência & Saúde Coletiva*;

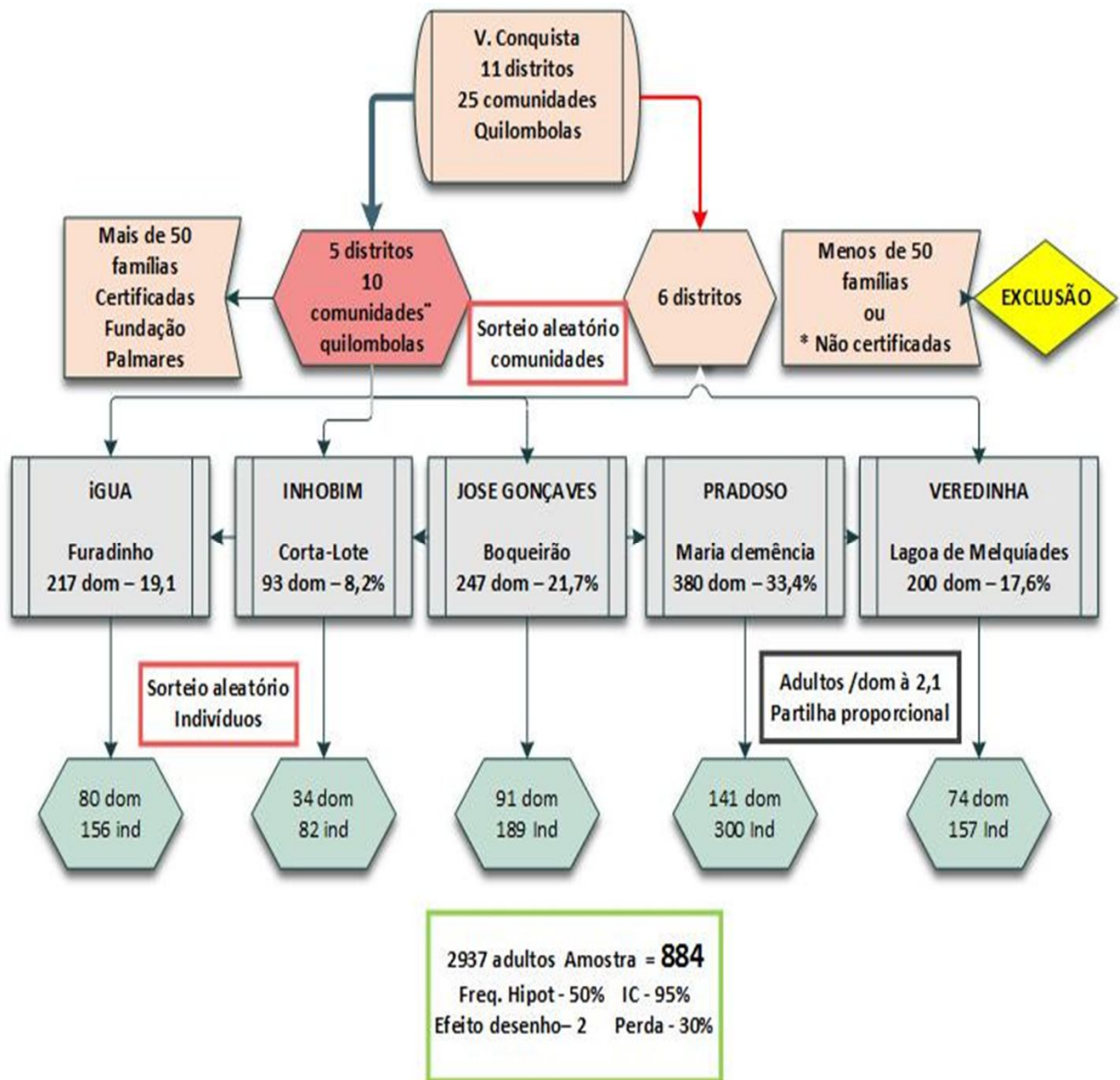


Figura- 1 Fluxograma do princípio amostral adotado no Projeto COMQUISTA.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino (CCU) é uma doença de grande relevância mundial e chega a ser a doença mais comum nas mulheres em algumas regiões do mundo como África, Ásia e América Central. Apenas em 2010, o CCU foi responsável por mais de 200 mil mortes no mundo, a maioria tendo ocorrido em países menos desenvolvidos⁵. No Brasil, representa o segundo tumor mais frequente entre as mulheres, com exceção dos tumores de pele não melanoma.

O CCU é uma doença de crescimento lento e silencioso, com uma fase pré-clínica cuja detecção de possíveis lesões pré-malignas precursoras pode ser feita por meio da realização periódica do exame de Papanicolaou⁶, um exame seguro, barato, eficaz, de fácil execução e aceitação pela população feminina^{7,8,9}. Uma boa rastreabilidade citológica atrelada ao tratamento adequado nos estágios lesivos iniciais pode resultar em uma redução de até 90% das taxas de incidência de câncer de colo uterino, quando o rastreamento apresenta boa cobertura populacional – 80% – e é realizado dentro dos padrões de qualidade^{10,11,12}.

⁵ Parkin D.M; Whelan S.L; Ferlay J; Teppo L; Thomas D.B. Cancer incidence in five continents. v. VIII. Lyon: IARC Press, 2002.

⁶ Appleby P; Beral V; Berrington de González A; Colin D; Franceschi S; Goodill A; Green J; Peto J; Plummer M; Sweetland S. 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, Genève. 2006; 118(6): 1481-1495.

⁷ WHO, World Health Organization. Cancer Control. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Switzerland: WHO, 2007. [acessado em agosto/2013].

Disponível em: <www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>.

⁸ Oliveira, M.M.H.N. Prevenção do câncer de colo uterino em São Luís: cobertura do exame de Papanicolaou e fatores associados. [Dissertação]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 1999.

⁹ Oliveira, A.F; Cunha CL.F; Viégas I.V; Figueiredo I.S; Brito L.M.O; Chein M.B.C. Estudo sobre a adesão ao exame citopatológico de Papanicolaou em um grupo de mulheres. Rev. Pesq. Saúde.2011; 11.(1).

¹⁰ Arbyn, M; Dillner, J. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second edition summary document. Ann Oncol. 2010; 21(3):448-58.

¹¹ Dias-da-Costa, J.S; Olinto, M.T.A; Gigante, D.P; Menezes, A.M.B; Macedo, S; Borba, A.T; Motta, G.L.S; Fuchs, S.C. et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(1):191-7.

¹² Martins, L.F.L; Thuler, L.C.S; Valente, J.G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2005; 27(8).

Desde a década de 90, o Ministério da Saúde (MS), valendo-se de diretrizes do Instituto Nacional do Câncer (INCA), vem elevando a cobertura de exames preventivos para CCU em números absolutos. A partir de 1998, houve uma significativa e crescente ampliação da oferta de exames citopatológicos no país¹³. Apesar destes esforços crescentes para melhorar a eficiência dos programas de prevenção, é persistente a manutenção de altas taxas de incidência e de mortalidade de CCU no Brasil, o que indica que as medidas adotadas podem não ter conduzido aos resultados esperados¹³. É possível também que falhas no programa de rastreamento para CCU no Brasil contribuam para esta situação, provavelmente relacionadas à baixa disponibilidade de médicos e enfermeiros na rede de atenção básica e de laboratórios de citopatologia devidamente equipados para atender a população. Outra questão importante dentro deste contexto é a percepção da existência de limitações de acesso da população aos serviços de saúde por barreiras socioeconômicas, culturais e geográficas, sendo um problema a ser enfrentado pelos gestores do programa de controle do câncer de colo de útero⁶. Por outro lado, são conhecidos e amplamente apontados na literatura diversos fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou, tais como: ter idade avançada, baixo nível socioeconômico, pertencimento a certos grupos étnicos como afrodescendentes, não ter cônjuge (solteiras, separadas e viúvas)¹⁴. O reconhecimento desses fatores como barreiras para a realização do exame preventivo é parte fundamental no enfrentamento a esta problemática.

⁶ Appleby, P; Beral, V; Berrington de González, A; Colin, D; Franceschi, S; Goodill, A; Green, J; Peto, J; Plummer, M; Sweetland, S. 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*, Genève. 2006; 118(6): 1481-1495.

¹³ Thuler, L.C.S. Lesões precursoras do câncer do colo uterino – Aspectos epidemiológicos. Rio de Janeiro: Figueiredo EMA, editor. *Ginecologia oncológica*. 2004; p. 3-6.

¹⁴ Amorim, V.M.S.L; Barros, M.B.A; César, C.L.G; Carandina, L; Goldbaum, M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006; 22 (11): 2329-2338.

Também é importante a compreensão de que no Brasil, a população negra experimenta maiores taxas de mortalidade por câncer se comparada à população geral, sendo provavelmente um dos reflexos de desigualdades nos âmbitos social, econômico, político e na saúde, podendo ser observado pela má qualidade de vida, pobreza, baixa escolaridade, dificuldade de acesso aos serviços em geral, taxas de morbimortalidade mais altas do que as registradas em nível nacional, fome, desnutrição, riscos ocupacionais e violência social¹⁵. As comunidades quilombolas se inserem dentro desse contexto, pois são de presumida ancestralidade negra, e também experimentam situação de importante vulnerabilidade social, decorrente de um processo histórico de expropriação de cultura e de direitos, cujo impacto tem reflexo nos indicadores de saúde desta população¹⁶.

¹⁵ Coimbra, C.E.A; Santos, R.V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. Cienc Saude Colet. 2000; (5): 125-132.

¹⁶ Brasil. Ministério do Desenvolvimento social e combate a fome Guia de políticas sociais Quilombolas: serviços e benefícios do Ministério do desenvolvimento social e combate à fome: Brasília, 2009.

EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER

Em epidemiologia, risco tem sido definido como a probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável, de um dano ou de um fenômeno indesejado. O conceito de risco tem se ampliado e incluído as condições de vida e saúde, assumindo significado mais geral e englobando, em sua definição, várias condições que podem ameaçar os níveis de saúde de uma população ou mesmo sua qualidade de vida¹⁷.

A ocorrência das doenças reflete o modo de viver das pessoas, suas condições sociais, econômicas e ambientais. Neste sentido, a forma pela qual o indivíduo se insere em seu espaço social e com ele se relaciona é o que desencadeia o processo patológico e, a partir daí, define diferentes riscos de adoecer e morrer¹⁷. Em relação ao câncer, a busca de explicações para o seu aparecimento tem envolvido cada vez mais investimentos em pesquisa nas áreas médica, biológica, epidemiológica e social. A partir de estudos sobre a distribuição dos tipos de câncer nas populações e os fatores de risco, foram identificados padrões diferenciados entre países e dentro de um mesmo país. Esta compreensão, entretanto, não é suficiente para que se entenda o motivo pelo qual certos indivíduos adoecem ou tenham risco maior de adoecer do que outros. Hoje se reconhece que o aparecimento do câncer está diretamente vinculado a uma multiplicidade de causas suficientes para constituírem uma causa necessária¹⁸.

Não há dúvida de que em vários tipos de câncer a susceptibilidade genética tem papel importante, mas é a interação entre esta susceptibilidade e os fatores ou as condições resultantes do modo de vida e do ambiente que determina o risco do adoecimento por câncer¹⁸.

¹⁷ MacMahon B; Trichopoulos D. Epidemiology: principles and methods. Boston, Little, Brown and Company (2ª ed., 347p.). 1996.

¹⁸ Colditz, G.A; Sellers T.A; Trapido, E. Epidemiology –identifying the causes and preventability of cancer? Nature. 2006;6:75-83.

A partir da comparação das taxas de incidência padronizadas por idade, os pesquisadores britânicos Richard Doll e Richard Peto estimaram em 1981 que 75% a 80% dos cânceres diagnosticados na população dos Estados Unidos na década de 1970 poderiam ser evitados. Esta estimativa, embora pudesse parecer exagerada, permitiu que fossem identificados fatores ambientais de risco para câncer em sociedades desenvolvidas como a americana. Diversas condições poderiam explicar esta situação, tais como: peso ao nascer, idade da menarca, padrões alimentares, ganho de peso, consumo de álcool, uso de tabaco, uso de fármacos e fatores reprodutivos¹⁹. Nos anos subsequentes, muitos outros estudos epidemiológicos confirmaram a contribuição específica de fatores relacionados ao modo de vida e ambientais na etiologia do câncer. Mais recentemente, já em 2001, com metodologia diferente da de Doll e Peto, pesquisadores da *Harvard School of Public Health* liderados por Goodarz e Danaei estimaram que 35% das mortes por câncer no mundo poderiam ser atribuídas ao efeito combinado de nove fatores de risco, separados em cinco grupos: dieta e inatividade física, substâncias aditivas (uso de tabaco e álcool), saúde sexual e reprodutiva (infecções sexualmente transmissíveis), riscos ambientais (poluição do ar, combustíveis sólidos, tabagismo passivo) e contaminação venosa pelo vírus das hepatites B e C²⁰.

A epidemiologia do câncer demarca muito bem a forma como se deu o desenvolvimento das sociedades. Com o passar do tempo, os tipos de câncer característicos de países com maior nível socioeconômico, como os de pulmão, mama, intestino e próstata, foram se expandindo em regiões menos favorecidas, num reflexo da disseminação dos hábitos individuais de padrões ocidentais, fortemente determinados socialmente²⁰. Neste ensejo, viu-se que com a globalização da economia, ocorreu também a globalização dos fatores de risco para câncer – fortemente dependentes da ocidentalização dos hábitos relacionados à alimentação, ao uso de tabaco e álcool, às condições reprodutivas e hormonais e à falta de atividade física.

¹⁹ Doll, R; Peto, R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. *J Natl Cancer Inst.* 1981;66:1191-308.

²⁰ Danaei, G; Hoorn, S.V; Lopez, A.D; Murray,C.J.L; Ezzati, M. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of mine behavioral and environmental risk factor. *The Lancet.* 2005;366:1784-1793.

Outro importante acontecimento foi que os padrões de vida sedentária passaram a ser exportados pelos países desenvolvidos para os países pobres, elevando os níveis de obesidade da população que por sua vez experimenta elevados índices de infecções causadas pelo *Helicobacter pilory*, Papilomavírus humano (HPV), e os vírus de hepatite B e C – agentes infecciosos fortemente envolvidos na etiologia dos cânceres de estômago, colo do útero e fígado, respectivamente-conhecidos como “agentes do subdesenvolvimento”^{21,22,23}. Tais fatores associados tendem a elevar as chances de ocorrência destas neoplasias.

O risco de ocorrência de câncer numa determinada população depende diretamente das características biológicas e comportamentais dos indivíduos que a compõem, bem como das condições sociais, ambientais, políticas e econômicas que os rodeiam. Esta compreensão é essencial na definição de investimentos em pesquisas de avaliação de riscos e em ações efetivas de prevenção²⁴.

Então, mesmo se considerarmos que o conhecimento do mecanismo causal dos diversos tipos de câncer não é completo, na prática, do ponto de vista da saúde pública, a identificação de apenas um componente da rede causal pode ser suficiente para grandes avanços na prevenção, a partir da escolha de medidas adequadas²⁴. A prevenção primária, com ênfase nos fatores associados ao modo de vida em todas as idades e com intervenções de combate a agentes ambientais e ocupacionais cancerígenos, pode trazer bons resultados na redução do câncer. A política de construção destas ações deve passar necessariamente pela melhoria das condições de contexto local.

²¹ International Agency of Cancer Research (IARC). IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Hepatitis viruses. Lyon, France. 1994;59.

²² International Agency of Cancer Research (IARC). IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Schistosomes, liver flukes and *Helicobacter pylori*. Lyon, France. 1994;61.

²³ International Agency of Cancer Research (IARC). IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Human Papillomaviruses. Lyon, France. 2005;90.

²⁴ Pearce, N. Traditional epidemiology, modern epidemiology and public health. *Epidemiol Prev.* 1997;21:92-9

É imperativo a tomada de providências desta natureza para redução da incidência do câncer de colo uterino, pois trata-se de uma doença de relevância mundial, que chega a ser a doença mais comum nas mulheres em algumas regiões do mundo. Apenas em 2010, foi responsável por mais de 200 mil mortes no mundo, a maioria tendo ocorrido em países menos desenvolvidos⁵. No Brasil, representa o segundo tumor mais frequente entre as mulheres, com exceção dos tumores não melanoma da pele .

CÂNCER DE COLO UTERINO: EPIDEMIOLOGIA, FATORES DE RISCO E FORMAS DE ENFRENTAMENTO

Epidemiologia do câncer de colo uterino

A incidência do câncer cresce não somente no Brasil, mas também em todo o mundo, em ritmo que acompanha o envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida. É um resultado direto das grandes transformações globais das últimas décadas, que alteraram a situação de saúde dos povos pela urbanização acelerada, novos modos de vida e novos padrões de consumo²⁵.

Assim, o câncer desponta como grave problema de saúde pública em todas as sociedades globais, especialmente em países subdesenvolvidos. Em 2005, de um total de 58 milhões de mortes ocorridas no mundo, o câncer foi responsável por 7,6 milhões (13%). Desse total, mais de 70% ocorreram em países de média ou baixa renda. Atualmente, o câncer é a segunda causa de morte no Brasil, excluindo-se as causas indeterminadas, ficando atrás somente das doenças cardiovasculares²⁶.

⁵ Parkin D.M; Whelan S.L; Ferlay J; Teppo L; Thomas D.B. Cancer incidence in five continents. v. VIII. Lyon: IARC Press, 2002.

²⁵ Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2006: Incidência de Câncer no Brasil. INCA, Rio de Janeiro. 2006.

²⁶ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. 3. Tábua completa de mortalidade. Brasília (DF): IBGE; 2007 [citado 2009 Dez 13]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2007/ambossexos>.

O crescimento da incidência de câncer e dos gastos para seu controle acentua sua importância como problema de saúde pública, desafiando gestores em saúde. Em 1999, o Ministério da Saúde despendeu R\$ 470 milhões para o tratamento de 156 mil pacientes portadores de câncer. Nove anos após, em 2008, houve um incremento de 176,4% nos custos, ultrapassando R\$ 1,7 bilhões, apesar de ter ocorrido um aumento proporcionalmente menor (60,9%) no número de pacientes tratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)²⁷.

Os cânceres mais incidentes no sexo feminino, à exceção do de pele não-melanoma, são mama, colo do útero e intestino. O câncer de colo uterino (CCU) é uma doença de grande relevância mundial e chega a ser a doença mais comum nas mulheres em algumas regiões do mundo como África, Ásia e América Central. Taxas de incidência superiores a 30 por 100.000 mulheres ocorrem, resultando em aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, o que representa 12% dos tumores femininos. Apenas em 2010, o CCU foi responsável por mais de 200 mil mortes no mundo^{5, 28}, a maioria destas ocorridas em países menos desenvolvidos²⁸.

Na América Latina, a incidência do câncer do colo do útero é considerada uma das maiores do mundo, o número de casos, chega a representar até 25% da incidência de todos os tipos de câncer em mulheres. Estudos indicam que nessa região existe um percentual significativo da população feminina que nunca realizou exames citológicos preventivos – provavelmente aquelas com perfil de exclusão socioeconômica^{12, 29}.

⁵ Parkin, D.M; Whelan, S.L; Ferlay, J; Teppo, L; Thomas, D.B. Cancer incidence in five continents. v. VIII. Lyon: IARC Press; 2002.

¹² Martins, L.F.L; Thuler, L.C.S; Valente, J.G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2005; 27(8).

²⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Reportagens Especiais [Internet]. MS amplia 4. tratamento integral aos doentes de câncer. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

²⁸ World Health Organization. Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008, GLOBOCAN, 2008.

²⁹ Correa, P. The war against cervical cancer in Latin America and the 6. Caribbean. Triumph of the scientists. Challenge for the community. Vaccine. 2008;26 Suppl 11:iii-iv.

No Brasil a situação não é muito diferente, e o CCU representa entre as brasileiras o segundo tumor mais frequente, ficando atrás somente do câncer de mama³⁰. Foram estimados para o Brasil 17.540 casos novos de CCU em 2012, o que corresponde a uma taxa de 17 casos por 100 mil mulheres e, para a Bahia, estimou-se para este mesmo ano, uma taxa de 13,5 casos/100 mil³⁰.

No Brasil, o câncer de colo uterino contribui mais para anos potenciais de vida perdidos do que a tuberculose, as condições maternas ou a síndrome da imunodeficiência adquirida. Excluídos os casos de câncer de pele não melanoma, o câncer de colo uterino é o segundo mais incidente nas regiões Nordeste (18/100.000) e Centro-Oeste (20/100.000), e o terceiro nas regiões Sul (21/100.000) e Sudeste (16/100.000). O controle do CCU ainda é um desafio para a região Norte do Brasil, pois é a única onde o câncer de colo uterino supera o câncer de mama, assumindo a liderança dos cânceres femininos³¹.

Fatores de risco para câncer de colo uterino

Vários são os fatores reconhecidos e aceitos como de risco para ocorrência do câncer de colo uterino. A *International Agency for Research on Cancer* (IARC) aponta o potencial carcinogênico de alguns tipos de HPV – como os HPV 16, 18, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 ou 66 – que podem causar câncer cervical³². Os tipos de DNA virais mais prevalentes em mulheres com carcinoma no colo do útero são o 16 e o 18, associados a 70% destes cânceres. Estudos feitos em vários países mostram a força da associação entre estes vírus e o câncer do colo do útero. Alguns estudos chegam a atribuir 100% dos casos de câncer do colo do útero ao HPV, e ainda de ser este responsável por 5,2% do total de casos de câncer no mundo em ambos os sexos. No Brasil, estima-se que esse percentual seja de 4,1%³².

³⁰ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

³¹ Guerra, M.R; Gallo, C.V.M; Mendonça, G.A.S. Risco de câncer n 8. Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Rev Bras Cancerol. 2005;51(3):227-34.

³² Câmara, G.N.L et al. Prevalence of human papillomavirus types in women with pre-neoplastic and neoplastic cervical lesions in the Federal District of Brazil. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2003;98:879-883.

Atualmente, a teoria mais aceita para a explicação do aparecimento do câncer de colo do útero se refere à transmissão sexual. Desde 1992, a Organização Mundial da Saúde considera que a persistência da infecção pelo papilomavírus humano (HPV) com altas cargas virais representa o principal fator para o desenvolvimento do câncer de colo do útero. Sabe-se também que a infecção pelo HPV é essencial, mas não suficiente, para a evolução do câncer de colo do útero, ou seja, se a mulher apresenta HPV não significa que ela terá câncer, mas, se ela não o detecta e não faz o tratamento, há grandes chances disso acontecer³³.

Assim, apesar da grande associação do HPV com CCU, são vários os fatores relacionados ao câncer de colo do útero e que, se presentes, podem aumentar as chances de desenvolvimento da doença. Alguns destes fatores estão associados às condições socioeconômicas das mulheres, que as levam: 1) a não fazer exames preventivos regulares; 2) ao início precoce da atividade sexual; 3) à multiplicidade de parceiros sexuais, com aumento das chances de aquisição de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs); 4) à multiparidade; 5) a ter parceiro com câncer de pênis ou que tenha tido grande número de parceiras; 6) a ter doenças sexualmente transmissíveis, como herpes, gonorréia, sífilis, infecção por clamídia; e, 7) a ter deficiência das vitaminas A, C e E³³.

A incidência do HPV na população geral é alta: 20% a 40% das mulheres sexualmente ativas mostram positividade em testes moleculares. Esse aumento tem sido registrado desde a década de 1960, período em que se verificou o aumento do uso de contraceptivos orais, a diminuição do uso de métodos contraceptivos de barreira e o avanço tecnológico dos métodos diagnósticos³³.

³³ Mattar, L.D(org). Direito à saúde da mulher negra: manual de referência / Conectas Direitos Humanos, Geledés – Instituto da Mulher Negra;, São Paulo : Conectas Direitos Humanos, 2008. ISBN 978-85-60785-01-8

Outros fatores de risco são importantes e devem ser relatados, tais como alimentação inadequada, sedentarismo, consumo de álcool e uso de contraceptivos orais, que se enquadram como determinantes ambientais contribuintes para incidência de CCU, podendo elevar o risco da doença³⁴. Pelo menos 20% dos casos de câncer nos países em desenvolvimento estão relacionados a esses fatores. Nos países desenvolvidos, esse percentual pode chegar a 30%. A relação entre o câncer e fatores alimentares é complexa³⁴. Características como tipos de alimento, componentes específicos de cada alimento (nutrientes, substâncias fitoquímicas), os métodos de preparo, o tamanho das porções, a variedade da alimentação, o equilíbrio calórico, a conservação, entre outras, são relevantes. Evidências científicas têm mostrado que o consumo de frutas, legumes e verduras confere grande proteção contra o câncer. Do lado oposto, dietas com grandes quantidades de gordura contribuem não apenas para a obesidade, por seu alto valor calórico, mas também aumentam o risco de câncer de várias localizações. São vários os fatores alimentares associados ao câncer: alto consumo de bebidas alcoólicas, alimentos contaminados por aflatoxinas (que podem estar presentes em grãos e cereais mofados), alimentos salgados (carne de sol, charque e peixes salgados) e embutidos (salsichas, salames)³⁵.

³⁴ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. INCA, Rio de Janeiro. 2004.

³⁵ Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, Switzerland. World Health Organization. 2003;916.

Enfrentamento ao câncer de colo uterino

O CCU é uma doença de crescimento lento e silencioso, e possui uma fase pré-clínica que permite a detecção de lesões precursoras por meio da realização periódica de exame de triagem - o exame preventivo para câncer do colo uterino conhecido também como Papanicolaou. Este exame é de fácil execução e é pouco oneroso, sendo recomendado para todas as mulheres sexualmente ativas, e para qualquer mulher com idade situada na faixa dos 25 aos 64 anos.

Para que o rastreamento para CCU seja efetivo, é necessário que exista uma cobertura de pelo menos 80% da população-alvo³⁶. No Brasil, não se conhece o número de mulheres examinadas, mas somente o número de exames realizados, o que dificulta o cálculo da cobertura. Contudo, estimativas feitas a partir de estudos nacionais e locais mostram aumento da cobertura ao longo do tempo, mas ainda inferior ao necessário³⁶.

O rastreamento preventivo para CCU é de fato importante e eficaz, pois independente do nível inicial de incidência do câncer de colo do útero, todos os países que implantaram um programa de rastreamento com eficiência, reduziram a incidência para menos de 10 casos por 100.000 mulheres-ano³⁷. Obviamente não é o caso do Brasil, pois dados dos registros populacionais de câncer de colo uterino de várias cidades brasileiras mostram incidência maior, o que revela problemas na condução dos programas de prevenção. Para grande parte dos estados brasileiros, o total de exames citológicos que têm sido realizados seria suficiente para garantir a cobertura de 70 a 80% de controles periódicos e regulares pelo SUS³⁸. Somando-se aos exames realizados no setor privado, deveríamos ter uma cobertura altíssima, mas isso não ocorre.

³⁶ Organização Mundial da Saúde – Women and Cervical and Breast Cancer. <http://www.who.int>, [acessado em março/2012].

³⁷ Bray, F; Loos, A.H; McCarron, P; Weiderpass, E; Arbyn, M; Møller, H et al. Trends in cervical squamous cell carcinoma incidence in 13 European countries: changing risk and the effects of screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2005;14(3):677-86.

³⁸ Zeferino, L. C. (2008). O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 30(5), 213-215.

Um grande exemplo a citar neste contexto é a Inglaterra, país onde ocorreu aumento de cobertura com concomitante redução da mortalidade por câncer do colo do útero quando foi introduzida a convocação periódica das mulheres para realizar exame citológico, assim, o que fez a diferença foi uma ação relacionada à melhor organização do sistema. Dados semelhantes estão disponíveis para outros países europeus³⁹.

O enfrentamento preventivo ao câncer de colo uterino deve ser feito procurando reconhecer, eliminando ou minimizando fatores de risco e, também é necessário lançar mão de práticas clínico-laboratoriais para rastreamento e detecção precoce do câncer ou de lesões precursoras do mesmo e, para garantir uma diminuição da mortalidade por CCU, é fundamental garantir o recebimento de tratamento adequado às mulheres que tenham um exame alterado³⁹.

Então, o eficiente controle do câncer do colo uterino está diretamente relacionado com a qualidade do sistema de saúde, que deve oferecer: 1) qualidade para garantir diagnóstico correto e realizar tratamento preciso; 2) acesso fácil e ágil aos serviços de saúde; 3) flexibilidade para marcar e remarcar consultas e 4) rapidez no atendimento. Esses componentes têm sido observados nos serviços privados, mas não nos serviços públicos conforme verificou Mendonça et al⁴⁰. Desta maneira e, dentro desta ótica, é importante modificar este contexto e construir um eficiente sistema de saúde, sobretudo para atender de modo coerente os excluídos socialmente.

³⁹ Quinn, M; Babb, P; Jones, J; Allen, E. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ*. 1999;318(7188):904-8.

⁴⁰ Mendonça, V.J; Guimarães, M.J.B; Lorenzato, FRB; Mendonça, JG; Menezes, TC. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade do Recife, Pernambuco. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(5): 248-55

REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAOU NO BRASIL E FATORES ASSOCIADOS

Em 2005, Martins, Thuler & Valente¹² realizaram uma revisão sistemática da literatura e concluíram que são poucos os estudos transversais existentes sobre a cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil, e a maioria concentrava-se nas regiões Sul e Sudeste do país, principalmente nas grandes cidades. Além dessa escassez, os autores verificaram que existe pouca padronização metodológica em relação à amostragem e perfil das mulheres investigadas, o que torna difícil a comparação. Ainda verificaram que os estudos realizados com amostras não probabilísticas podem apresentar tendências em seus resultados, devido a vieses pela impossibilidade do cálculo dos erros de amostragem. Estas diferenças metodológicas podem ter contribuído para a grande variabilidade observada nas coberturas apresentadas na literatura.

Apesar dos problemas relatados, verifica-se que no Brasil há tendência de aumento temporal no percentual de mulheres submetidas a pelo menos um exame de Papanicolaou. Dois estudos realizados nos anos 80 mostram coberturas de 53,1 e 68,9% na vida, ao passo que um inquérito domiciliar realizado entre 2002 e 2003 apresentou valores que variaram de 73,4 a 92,9%. Por outro lado, dois estudos de base populacional com abrangência nacional realizados em 2003 apresentaram coberturas de menos de 70,0%¹². Estes estudos revelaram a existência de uma cobertura abaixo do necessário para efetividade do programa de rastreio do CCU. Para a OMS⁴¹, uma cobertura de 80% do exame entre mulheres de 35 a 59 anos seria suficiente para causar impacto nos indicadores de morbimortalidade, podendo ser este observado após quatro anos de implementação das ações de detecção precoce⁴².

¹² Martins, L.F.L.; Thuler, L.C.S; Valente, J.G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2005; 27(8).

⁴¹ World Health Organization-WHO. Manual on the prevention and control of common cancers. Geneve:WHO; 1998. p. 8-31.

⁴² Thuler, L.C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. Rev.Bras.Cancerol.2003;49(4):227-38.

É muito importante reconhecer fatores que levam as mulheres a não se submeterem ao exame de Papanicolaou, eles têm se repetido em diferentes estudos- mulheres com baixo nível socioeconômico, com baixa escolaridade, com baixa renda familiar e pertencentes às faixas etárias mais jovens têm sido os fatores mais associados¹². Entretanto, observa-se que a maioria desses estudos trabalhou com um modelo teórico que enfatizou características sociodemográficas e comportamentais de cunho individual sem levar em consideração outras dimensões importantes relativas ao aspecto organizacional ou programático do setor saúde, como a dificuldade de acesso ao exame de Papanicolaou ⁴³.

Gasperin, Boing e Kupek (2011), pesquisaram a cobertura do exame de Papanicolaou e fatores associados à sua realização em mulheres de 20 a 59 anos de idade, residentes na área urbana de Florianópolis, e constataram que estado civil, escolaridade, doenças crônicas autoreferidas e consulta médica foram fatores significativamente associados com a realização do Papanicolaou em algum momento na vida e com exames em atraso (período maior que três anos desde o último teste ou nunca realizado). A idade, renda e internação hospitalar no último ano estiveram associadas somente com a realização do Papanicolaou na vida. A cobertura do teste de Papanicolaou foi elevada, porém foram encontradas disparidades socioeconômicas e demográficas ⁴⁴.

Borges et al (2012), estudaram a prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, e os fatores associados à sua não realização. Observaram que o percentual de mulheres na população alvo que relatou pelo menos um exame nos últimos três anos foi de 85,3%, e que estas referiram acentuada utilização do Sistema Único de Saúde (72,8%). Foram encontradas associações estatisticamente significativas quanto à ausência de realização do exame em mulheres com 18 a 24 anos de idade, entre mulheres com 60 a 69 anos de idade, entre as solteiras e, entre mulheres com menor renda e de baixa escolaridade ⁴⁵.

¹² Martins L.F.L; Thuler L.C.S; Valente J.G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2005; 27(8).

⁴³ 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. Ver Bras Saúde Matern Infant. 2003;3(1):95-112.

⁴⁴ 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 2011; 27:1312-22.

⁴⁵ 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 á não-realização do exame. Cad. Saúde Pública 2012;28(6):1156-1166.

Martins, em outro estudo desenvolvido em 2006 envolvendo mulheres do Rio de Janeiro e de Fortaleza com idade entre 25 e 59 anos de idade, verificou que as proporções de mulheres que não realizaram o teste de Papanicolaou respectivamente foram de 19,1% e 16,5% respectivamente. As maiores razões de prevalência para a não realização do exame em ambas as cidades foram entre mulheres com baixa escolaridade, renda per capita baixa, solteiras, e para as que nunca foram submetidas à mamografia, exame clínico das mamas, teste de glicemia e colesterolemia. As fumantes também tiveram menores taxas de triagem em comparação com as não fumantes, mas esta diferença foi estatisticamente significativa apenas no Rio de Janeiro⁴⁶.

⁴⁶ Martins, L.F.L.; Valente, J.G; Thuler, L.C.S. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: estudo transversal de base populacional em duas capitais brasileiras. Rev. Bras. Cancerol 2006; 52:197.

DETERMINANTES SOCIAIS E CÂNCER

A mortalidade por câncer envolve múltiplos aspectos, os padrões culturais entre diferentes classes sociais têm influência nesta relação, e são contínuas as mudanças no tempo e espaço de estilos de vida e exposições de risco para câncer entre classes sociais. Nos países em desenvolvimento, tabagismo e obesidade têm sido apontados como importantes fatores de risco para câncer e, atualmente observam-se prevalências mais elevadas em populações de estratos socioeconômicos inferiores, o que inverte o padrão anteriormente existente ⁴⁷.

As desigualdades sociais como contribuidoras para ocorrência de câncer são relevantes e devem ser alvo da preocupação dos epidemiologistas uma vez que as discrepâncias na saúde tendem a aumentar de magnitude pelo processo de globalização, pela crescente urbanização e pela precariedade nas condições de trabalho ⁴⁸. Um estudo aprofundado das desigualdades em saúde permite reconhecer possíveis mecanismos causais das doenças e identificar oportunidades de intervenções preventivas com alto potencial de efetividade ⁴⁹. Neste sentido, é imperativo reduzir as iniquidades em saúde, pois são eticamente inaceitáveis, são evitáveis ou remediáveis e afetam a todos na população⁵⁰.

Desigualdades sociais e câncer: fatores intervenientes

Nas últimas décadas, foram obtidos importantes progressos no entendimento dos fatores que afetam a morbimortalidade por câncer, tais como nos aspectos relacionados à sua prevenção, detecção, tratamento e da qualidade de vida dos sobreviventes. Ainda assim, os benefícios decorrentes desse conhecimento não foram distribuídos de modo homogêneo pelas populações ⁵¹.

⁴⁷ Kawachi, I; Kroenke, C. Socioeconomic disparities in cancer incidence and mortality. New York: Oxford University Press, p. 174-188, 2006.

⁴⁸ Barten, F et al. Contextualising worker's health and safety in urban settings: the need for a global perspective and an integrated approach. *Habitat International*, v. 32, p. 223-236, 2008.

⁴⁹ Kaplan, G.A. The role of epidemiologists in eradicability of poverty. *Lancet*, v. 352, p. 1627-1628, sept. 1998.

⁵⁰ Wunsch Filho, V; Antunes, J. L.F; Boing, A. F; Lorenzi, R L. Perspectivas da Investigação sobre Determinantes Sociais em Câncer. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18 (3) : 427-450, 2008

⁵¹ Lopez, D.M. et al. Making cancer health disparities history: Report of the Trans-HHS Cancer Health Disparities Progress Review Group. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, mar. 2004.

Nos grupos de níveis socioeconômicos mais baixos verifica-se maior incidência de câncer e realização de diagnóstico mais tardio das neoplasias passíveis de detecção em estágios iniciais por meio de rastreamento. Também são maiores as dificuldades de acesso ao diagnóstico e tratamento adequado, e são mais frequentes as incapacidades adquiridas em decorrência da doença e são maiores os riscos de óbito por tipos de câncer potencialmente curáveis ⁵¹.

A suscetibilidade ao câncer é geneticamente determinada, entretanto, a ocorrência da doença é fortemente determinada por fatores como dieta, tabagismo, agentes infecciosos e exposições ambientais e ocupacionais a agentes cancerígenos ⁵². A prevalência desses fatores nas populações está estritamente conectada às desigualdades sociais.

O consumo de tabaco é considerado o principal fator de risco isolado para câncer. Medidas restritivas de comercialização e consumo do tabaco nos países ricos levaram a indústria do tabaco a direcionar seus esforços de venda para países mais pobres pela crescente perspectiva de crescimento do consumo. Já no final da década de 90, dos cerca de 100 mil jovens que se iniciavam no tabagismo a cada dia, 80% residiam em países em desenvolvimento ⁵³.

Na Nova Zelândia, Whitlock *et al.* (1997) ⁵⁴ identificaram gradiente socioeconômico no consumo de tabaco. A prevalência foi 12% entre pessoas com educação universitária e 35% entre aquelas com menos de dois anos de estudo. A estratificação da população por faixas de renda e ocupação revelou consumo maior, sendo duas a três vezes, nos grupos com piores condições sociais. Além disso, baixa renda, ocupação em atividades com menor qualificação e restrita escolaridade foram fatores preditivos de baixas taxas de abandono do tabagismo e de maior quantidade de cigarros fumados.

⁵¹ Lopez, D.M. et al. Making cancer health disparities history: Report of the Trans-HHS Cancer Health Disparities Progress Review Group. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, mar. 2004.

⁵² Uauy, R.; Monteiro, C.A. The challenge of improving food and nutrition in Latin America. Food and Nutrition Bulletin, v. 25, n.5, p. 175-182, jun. 2004.

⁵³ Jha, P.; Chaloupka, F.J. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington: World Bank, 1999.

⁵⁴ Whitlock, G. et al. Socioeconomic distribution of smoking in a population of 10,529 New Zealanders. The New Zealand Medical Journal, v. 110, p. 327-330, 1997.

A correlação do consumo de tabaco em grupos de menor renda, pior nível educacional e exercendo ocupações precárias é um resultado que se repete monotonamente nas pesquisas realizadas em vários países^{55, 56, 57}.

Em 1987, Lolio *et al.* (1993)⁵⁸ investigaram em Araraquara, no Estado de São Paulo, as diferenças na prevalência de fumantes entre estratos socioeconômicos. Em homens analfabetos ou com menos de quatro anos de estudo, a prevalência de tabagismo atingiu 48,6%, enquanto nos indivíduos com curso superior completo a prevalência foi 35,7%. Tendência análoga, mas com porcentagens inferiores, foi observada entre as mulheres. Nos anos 1990, em Porto Alegre, verificou-se maior prevalência de tabagismo entre homens que recebiam abaixo de dois salários mínimos, que tinham menos de cinco anos de estudo e exerciam ocupações menos qualificadas⁵⁹. Dados equivalentes foram anotados em Belo Horizonte⁶⁰. Na cidade de São Paulo, maior prevalência de tabagismo foi constatada entre indivíduos com menor nível educacional⁶¹.

Um inquérito sobre fatores de risco para doenças não transmissíveis realizado em 16 capitais do país mostrou prevalências mais altas de tabagismo nas cidades brasileiras mais industrializadas do Sudeste e Sul, em ambos os sexos⁶².

⁵⁵ Soteriades, E.S; Difranza, J.R. Parent's socioeconomic status, adolescents' disposable income, and adolescents' smoking status in Massachusetts. *American Journal of Public Health*, v. 93, n.7, p. 1155-1160, July. 2003.

⁵⁶ Federico, B. et al. Trends in educational inequalities in smoking in northern, mid and southern Italy, 1980-2000. *Preventive Medicine*, v. 39, n.5, p. 919-926, 2004.

⁵⁷ Harman, Juliet et al. Socioeconomic gradients in smoking among young women: A British survey. *Social Science and Medicine*, v. 63, n.11, p. 2791-2800, 2006.

⁵⁸ Lolio, C.A et al. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 27, n.5, p. 357-362, out.1993.

⁵⁹ Moreira, L.B et al. Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern Brazilian city: a population-based survey. *Journal of Studies on Alcohol*, v. 57, n.3, p. 253-259, May. 1996.

⁶⁰ Lima-Costa, M.F. A escolaridade afeta igualmente comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens?: inquérito de saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 13, n.4, p. 201-208, dez. 2004

⁶¹ César, C.L.G et al. Saúde e condição de vida em São Paulo. São Paulo: USP/ FSP, 2005. 212 p.

⁶² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2004.

Em 1989, a prevalência nacional atingia 33,1% dos indivíduos de ambos os sexos, com 15 ou mais anos de idade ⁶³. Atualmente, Porto Alegre é a capital brasileira com mais alta prevalência (25,2%) de tabagismo ^{62, 64}. Essa tendência é a principal explicação causal para o declínio da mortalidade por tumores pulmonares no país entre homens com menos de 70 anos de idade. Todavia, a tendência é ascendente nas mulheres, em função do aumento da prevalência do tabagismo entre elas em décadas recentes ⁶⁵.

Consumo de bebidas alcoólicas

O consumo de bebidas alcoólicas é variável no tempo e nas diferentes sociedades, tanto em termos de quantidade como de qualidade. Aspectos culturais interagem no padrão de consumo de álcool.

Um inquérito populacional identificou padrões heterogêneos de consumo de álcool entre as regiões brasileiras, com maiores porcentagens de consumidores de bebidas alcólicas no Sul e Sudeste do que no Norte e Nordeste ⁶². Em Porto Alegre, inquérito populacional identificou maiores porcentagens de alcoolismo entre negros e pardos, indivíduos com menor escolaridade e residentes em domicílios com alto índice de aglomeração ⁶⁶.

⁶² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2004.

⁶³ Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição: perfil de crescimento da população brasileira de 0 a 25 anos. INAN: Brasília, 1990.

⁶⁴ Iglesias R et al. Controle do tabagismo no Brasil. Washington: World Bank, 2007.

⁶⁵ Malta D.C et al. Tendências de mortalidade do câncer de pulmão, traquéia e brônquios no Brasil, 1980-2003. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 33, p. 536-543, set/out. 2007.

⁶⁶ Moreira L.B et al. Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern Brazilian city: a population-based survey. *Journal of Studies on Alcohol*, v. 57, n.3, p. 253-259, may. 1996.

Resultados mais recentes foram similares em outras cidades do Rio Grande do Sul ⁶⁷. Em São Paulo, verificou-se um maior consumo de bebidas alcoólicas entre indivíduos com menor nível educacional ⁶¹. Entretanto, os resultados da associação entre condição socioeconômica e consumo de álcool são conflitantes, em Salvador, descreveu-se maior prevalência de consumo entre pessoas com melhores ocupações ⁶⁸.

Dieta, obesidade e atividade física

A dieta reflete os fluxos da economia, e ajuda a definir os valores de uma sociedade. Para os indivíduos, a dieta reflete o status e a condição favorável ou desfavorável de saúde. O consumo de frutas e vegetais tem sido descrito como fator de proteção na ocorrência de diferentes tipos de câncer. Dieta inadequada e sedentarismo induzem à obesidade. Esses fatores, isoladamente ou em conjunto, influenciam a incidência de câncer.

Com base nos dados da Pesquisa Mundial da Saúde (World Health Survey), conduzida pela Organização Mundial da Saúde, Jaime & Monteiro (2005) ⁶⁹ identificaram que, diariamente, 41% dos adultos brasileiros consomem frutas e 30%, hortaliças. Observaram ainda a influência dos determinantes sociais sobre o padrão alimentar, com correlação positiva entre o consumo diário de frutas e o número de anos de estudo dos indivíduos. Informações geradas pela Pesquisa de Orçamento Familiar 2002-2003 mostraram que a participação relativa de frutas e sucos naturais no total de calorias consumidas por brasileiros com renda superior a cinco salários mínimos foi 5,5 vezes mais elevada do que entre pessoas com até 25% de um salário mínimo.

⁶¹ César, C.L.G et al. Saúde e condição de vida em São Paulo. São Paulo: USP/ FSP, 2005. 212 p.

⁶⁷ Mendonza-Sassi, R.A.; Beria, J.U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction*, v. 98, n.6, p. 799-804, 2003.

⁶⁸ Almeida Filho, N. et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n.1, p. 45-54, feb. 2004.

⁶⁹ Jaime, P.C; Monteiro, C.A. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, p. S19-S24, 2005. Supplement 1.

Estudo sobre disponibilidade domiciliar de alimentos revelou que pessoas com renda mais alta tem padrão mais elevado de consumo de verduras, legumes, óleos e gorduras vegetais, gordura animal, leite e derivados ⁷⁰. A epidemia mundial de obesidade é crescente e com persistência de gradientes sociais. É um problema global com distribuição desigual entre e dentro de países. Nas sociedades mais ricas, o excesso de peso é mais comum nos grupos com desvantagens sociais, mas o inverso é observado nos países em desenvolvimento ⁷¹.

As populações latino-americanas urbanizaram-se nas últimas décadas e, como consequência, o consumo de alimentos com alta densidade de energia (gorduras e açúcar) aumentou acentuadamente e a atividade física decaiu, com tendência crescente ao sedentarismo ⁵². No Brasil, de acordo com o mais recente inquérito populacional, cerca de 12% da população adulta é obesa ⁶². Nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, a prevalência foi maior nas pessoas de menor escolaridade, e o inverso foi observado nas regiões Nordeste e Norte. Na década de 90, pesquisa de base nacional mostrou aumento de obesidade em todos os níveis de escolarização. Entretanto, desde então, o aumento restringiu-se aos grupos menos escolarizados, estabilizando-se ou mesmo decrescendo em mulheres com escolaridade média ou elevada ⁷².

O aumento da obesidade é consequência de um sistema moldado pela organização das sociedades nos planos mundial, nacional e local. Grupos populacionais de estratos mais baixos são afetados pelo ambiente, com poucas opções nas regiões empobrecidas em que vivem - desprovidos alimentação saudável, de atividades físicas e lazer ⁷¹.

⁵² Uauy, R; Monteiro, C.A. The challenge of improving food and nutrition in Latin America. Food and Nutrition Bulletin, v. 25, n.5, p. 175-182, jun. 2004.

⁶² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2004.

⁷⁰ Levy-Costa, R.B et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n.4, p. 530-540, aug. 2005.

⁷¹ Friel, S; Chopra, M; Satcher, D. Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic. BJM, v. 335, p. 1 241-1 243, dec. 2007.

⁷² Monteiro, C.A; Conde, W. L; Popkin, B.M. Income-specific trends in obesity in Brazil: 1975-2003. American Journal of Public Health, v. 97, n.10, p. 1808-1812, oct. 2007.

Ocupação

A ocupação é dimensão fundamental da condição socioeconômica. Ao lado de renda e escolaridade, a ocupação forma o tripé básico de variáveis que permite avaliar a situação socioeconômica dos indivíduos. Trabalhadores inseridos em atividades manuais ou aqueles com pouca qualificação profissional estão submetidos a maiores riscos de exposição a substâncias químicas, fumaça de diesel, tintas, corantes e outros agentes cancerígenos⁷³. Esses trabalhadores pela própria condição socioeconômica também apresentam baixo consumo de frutas e verduras, que geram deficiências de micronutrientes. É reconhecido que deficiências de vitaminas podem alterar a biotransformação de agentes tóxicos no organismo e, portanto, sua toxicidade⁷⁴. Assim, estes indivíduos apresentam a situação cumulativa de vulnerabilidade orgânica e de exposição, por vezes a níveis bastante altos, às substâncias cancerígenas nos locais de trabalho.

Exposições mais intensas a agentes nocivos nos ambientes de trabalho são observadas nos países em desenvolvimento⁷⁵. Esta situação é atribuída à transferência seletiva de indústrias nocivas e que utilizam tecnologias obsoletas para os países do capitalismo periférico, num contexto de baixo nível de informação dos riscos inerentes a essas atividades.

⁷³ Boffetta, P. et al. Exposure to occupational carcinogens and social class differences in cancer occurrence. IARC Scientific Publication, v. 138, p. 331-341, 2007.

⁷⁴ Pearce, N. et al. Industrialization and health. IARC Scientific Publications, v. 127, p. 7-22, 1994.

⁷⁵ Christiani, D.C. ; Wang, X.R. Impact of chemical and physical exposures on worker's health In: HEYMANN, Jody. Global inequalities at work: work's impact on the health of individuals, families and societies. New York: Oxford University Press, 2003. p. 15-30.

Uso dos serviços de saúde

Além de maior exposição aos principais fatores de risco para câncer, os indivíduos dos estratos sociais mais baixos têm acesso restrito aos serviços de saúde. Em geral, essa dificuldade implica na demora do diagnóstico. Como consequência, a detecção tardia de tumores traduz-se em pior prognóstico e intervenções terapêuticas extensas e mutiladoras.

Na Austrália, Nova Zelândia, Canadá, Estados Unidos e Reino Unido, identificaram-se maiores dificuldades para as pessoas de baixa renda em obter consultas com médicos especialistas ⁷⁶, já em países da Europa Ocidental, o acesso a cuidados de saúde não é igualitário, necessitando inclusive de o paciente financiar parte dos serviços prestados ⁷⁷.

No Brasil, em um estudo sobre o uso dos serviços de saúde estratificando a população em dois grupos: pessoas com algum tipo de restrição das atividades rotineiras em função de problemas de saúde e pessoas sem qualquer restrição. Verificou-se maior frequência de utilização dos serviços de saúde por parte das pessoas brancas, com maior escolaridade e renda ⁷⁸.

A proposta da ESF prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a Equipe de Saúde da Família na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo trabalho. Isto é importante para que as pessoas adquiram vínculo e tomem iniciativa, como sujeitos capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, tanto em nível individual como coletivo, buscando afirmar os princípios do SUS como universalidade, integralidade e equidade, com a compreensão dos múltiplos fatores de risco à saúde, e a possibilidade de intervenção com estratégias de promoção para saúde.

⁷⁶ Schoen, C. ; Doty, M.M. Inequities in access to medical care in five countries, findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. *Health Policy*, v. 67, n.3, p. 309-322, mar. 2004.

⁷⁷ Lostao, L. et al. Patient cost sharing and physician visits by socioeconomic position: finding in three Western European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 61, p. 416-420, may. 2007.

⁷⁸ Travassos, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 11, n.5-6, p. 365-373, may/june. 2002.

Deteção precoce de câncer

A detecção precoce é um dos principais fatores a interferir na sobrevivência de pacientes com câncer. Para três tipos de câncer, há evidências de que programas de rastreamento podem ser úteis e efetivos na detecção precoce: cólon, mama e colo de útero ⁷⁹.

Para os tumores essencialmente femininos, há necessidade de programas de rastreamento de base nacional. No Brasil, não há programas de rastreamento estruturados para esses tumores, o que existe é uma forma de rastreamento informal e espontâneo por parte das mulheres figurando como uma estratégia mais bem utilizada por aquelas de maior poder aquisitivo e com acesso privilegiado a informação e serviços de saúde ^{79, 80}.

A cobertura de rastreamento para o câncer de colo uterino apresenta grandes desigualdades entre países ⁸⁰. No Brasil, inquérito populacional para fatores de risco realizado em 2003 avaliou o percentual de mulheres que espontaneamente procuraram realizar exames de rastreamento para tumores de colo de útero e mama. A proporção de mulheres que relataram ter realizado pelo menos um exame de Papanicolaou nos últimos três anos foi superior a 80% nas capitais estudadas, com exceção de João Pessoa, Belém e Aracaju. Em todas as cidades estudadas, à exceção de Aracaju, o relato da realização do exame Papanicolaou esteve associado positivamente ao grau de escolaridade e renda ⁶².

Investigação dos determinantes sociais em câncer

A prevenção do câncer depende inicialmente da compreensão de sua etiologia. A complexidade da etiologia do câncer envolve fatores de risco em diferentes níveis, do social e econômico ao genético e molecular. Portanto, a moderna pesquisa epidemiológica sobre etiologia do câncer não está limitada a simplesmente definir a exposição dos indivíduos a fatores de risco como tabagismo ou consumo de bebidas alcoólicas.

⁶² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2004.

⁷⁹ Eluf Neto, J.; Wunsch Filho, V. Screening faz bem à saúde? Revista da Associação Médica Brasileira, v. 46, p. 310-311, out/dez 2004.

⁸⁰ Gakidou, E.; Nordhagen, S.; Obermeyer, Z. Coverage of cervical cancer screening in 57 countries: low average levels and large inequalities. Plos Medicine, v. 5, p. 863-868, 2008.

A prevenção do câncer comporta ainda considerar a detecção precoce e o pronto diagnóstico e tratamento. No contexto abrangente de prevenção, a identificação dos grupos populacionais mais vulneráveis é fundamental para que ações efetivas de controle possam ser direcionadas ⁸¹.

Nos estudos etiológicos, abordagens de base individual ou com dados agregados são complementares e evidenciam distintos aspectos do processo de saúde-doença, ajudando a entender a múltipla trama de fatores que modificam o perfil de distribuição do câncer entre as classes sociais ⁸¹.

Os estudos epidemiológicos em câncer não devem permanecer restritos ao período da vida adulta, próximo à manifestação da doença. O período de latência em câncer é longo e, em geral, a exposição aos fatores causais iniciadores está longínqua do momento do diagnóstico. Estudos da exposição aos fatores de risco ao longo do curso da vida são úteis para uma visão mais abrangente da etiologia do câncer.

Exposições a cancerígenos na vida intrauterina ou na infância precoce têm sido implicadas na ocorrência de câncer na vida adulta ⁸². Muitas das situações de vulnerabilidade nas fases iniciais da vida estão socialmente determinadas ⁵².

⁵² Uauy, R.; Monteiro, C.A. The challenge of improving food and nutrition in Latin America. *Food and Nutrition Bulletin*, v. 25, n.5, p. 175-182, jun. 2004.

⁸¹ Bentley, R. et al. Area disadvantage, individual socio-economic position, and premature cancer mortality in Australia 1998 to 2000: a multilevel analysis. *Cancer Causes and Control*, v. 19, n.2, p. 183-193, mar. 2008.

⁸² Baik, I. et al. Association of fetal hormone levels with stem cell potential: evidence for early life roots of human cancer. *Cancer Research*, v. 65, p. 358-363, jan. 2005.

É de fundamental importância a existência de garantia da criação e execução de políticas públicas em saúde visando reduzir as disparidades sociais com a finalidade de obter repercussão para a população com benefícios, sendo extensíveis aos grupos socialmente vulneráveis. Nos Estados Unidos, estabeleceu-se a meta de eliminar até 2010 as disparidades em saúde de acordo com raça ou etnia, educação ou renda, deficiência física, território geográfico ou orientação sexual⁸³. Todavia, são grandes os desafios metodológicos para o acompanhamento dessas políticas. Um aspecto relevante diz respeito às próprias medidas para avaliar e monitorar as diferenças sociais e seu impacto sobre a ocorrência de câncer⁸⁴. Para os países em desenvolvimento, adicionalmente, há ainda a sempre presente questão da qualidade dos dados, que pode inviabilizar o seguimento adequado das metas a serem atingidas.

De forma genérica, o declínio da mortalidade por tumores de mama e de colo de útero está, em grande parte, relacionado a políticas de rastreamento. Nos países em desenvolvimento, essas ações muitas vezes enfrentam entraves que impedem efeitos relevantes⁸⁵. Portanto, há necessidade de serem estudados os meios para superar tais dificuldades. Múltiplas estratégias de prevenção secundária para o controle do câncer de colo de útero dentro de um país podem ser a alternativa, desde que sejam feitas considerando as particularidades regionais, pois algumas ações parecem ter efetividade local, mas não global⁸⁰.

Reconhecer as disparidades em saúde também contribui para a formulação de políticas de redistribuição objetivando a promoção do bem-estar e de justiça social. Vários estudos sugerem que a carga do câncer, pelo menos em parte e no longo prazo, será reduzida pela diminuição das disparidades sociais em relação ao acesso à prevenção primária, ao diagnóstico precoce, a tratamentos padronizados e à reabilitação.

⁸⁰ Gakidou E.; Nordhagen, S.; Obermeyer, Z. Coverage of cervical cancer screening in 57 countries: low average levels and large inequalities. *Plos Medicine*, v. 5, p. 863-868, 2008.

⁸³ UNITED STATES. Department of Health and Human Services. *Health people 2010: understanding and improving health*. Washington, DC: US Government Printing Office, 2005.

⁸⁴ Harper, S. et al. An overview of methods for monitoring social disparities in cancer with an example using trends in lung cancer incidence by area-socioeconomic position and race-ethnicity, 1992-2004. *American Journal of Epidemiology*, v. 67, n.8, p.889-899, 2008.

⁸⁵ Lazcano-Ponce, E.C. et al. The cervical cancer screening program in Mexico: problems with access and coverage. *Cancer Causes Control*, v. 8, n.8, p. 698-704, sept. 1997.

SAÚDE E ENFERMIDADE NAS MINORIAS ÉTNICO-RACIAIS

Apesar de vários autores apontarem para a relevância de etnia/raça na produção de enfermidade, poucos de fato demonstraram a existência de tal associação. No Brasil, os estudos médicos ou epidemiológicos que empregam as categorias raça ou etnia, em geral, dão a essas variáveis um tratamento essencialmente tipológico. Essa abordagem é facilmente identificada em trabalhos que estratificam as casuísticas de uma determinada doença ou suas diferentes formas clínicas segundo a tipologia racial clássica – branco, pardo, negro. As limitações dessa tipologia são muitas e têm sido apontadas por vários autores⁸⁶.

A relação entre saúde/enfermidade nas minorias étnico-raciais pode ser abordada sob duas vertentes complementares: 1) saúde e enfermidade como resultante de desigualdades sociais e/ou discriminação étnico-racial e 2) saúde e enfermidade como resultante de fatores biogenéticos. A discriminação étnico-racial é a que mais nos interessa e, se experimentada por membros de minorias pode ter grande impacto sobre o indivíduo e/ou grupo, gerando estresse e enfermidades relacionadas⁸⁶. Vivenciar situações de discriminação pode ser um elemento desencadeador de doenças e, que se torna ainda mais grave quando a experiência se passa dentro de um serviço destinado à atenção em saúde e, neste caso essas situações podem gerar fortes emoções, que vão desde o medo e desconfiança à raiva e frustração, comprometendo, portanto, a qualidade, a legitimidade e credibilidade dos serviços ofertados, podendo influir diretamente na saúde dos indivíduos.

Ainda neste contexto, é importante ressaltar que as teias de relações sociais e econômicas estruturam e determinam a expressão do processo saúde-doença, revelando seus determinantes diretos e indiretos. Um estudo epidemiológico particularmente importante realizado no Brasil que se enquadra nesta abordagem é o de Wood & Carvalho (1994)⁸⁷, que analisou dados sobre mortalidade no período de 1950 a 1980, e apontou a persistência de desigualdades raciais nas estatísticas de mortalidade.

⁸⁶ Coimbra Jr, C.E.A.; Santos, R.V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.1, pp. 125-132.

⁸⁷ Wood, C.H. & Carvalho, J.A.M.. A Demografia da Desigualdade no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, Rio de Janeiro, 1994.

No referido estudo⁸⁷, a título de exemplo, aponta-se à esperança de vida ao nascer – os autores verificaram que houve elevação deste indicador ao longo dos anos, contudo manteve-se uma diferença da ordem de 6,5-7,5 anos de vida a mais para crianças brancas se comparadas às negras e pardas. Ainda neste contexto, Hasenbalg (1996)⁸⁸ verificou que nos anos 80, a mortalidade infantil por mil nascidos vivos era de 77 para brancos e 105 para não brancos.

⁸⁷ Wood, C.H. & Carvalho, J.A.M. . A Demografia da Desigualdade no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, Rio de Janeiro, 1994.

⁸⁸ Hasenbalg, C.A. Entre o mito e os fatos: racismo e relações raciais no Brasil, pp. 235-249. In MC Maio & RV Santos (orgs.), Raça, Ciência e Sociedade. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1996.

EQUIDADE E INIQUIDADE EM SAÚDE

“O princípio da igualdade tem base no conceito de cidadania, segundo o qual todos os indivíduos são iguais, tendo, portanto, os mesmos direitos. Mas igualdade não é o mesmo que equidade. Esta incorpora em seu conceito algum valor de justiça. Por outro lado, nem toda desigualdade constitui iniquidade no sentido de injustiça. A iniquidade pode ser considerada como uma desigualdade injusta, que poderia ser evitada, daí sua importância para os tomadores de decisão”⁸⁹. Vários autores consideram que as desigualdades em saúde são as desigualdades desnecessárias e que estão comumente vinculadas às condições heterogêneas de vida.

“O princípio da equidade reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado, de modo a eliminar/reduzir as desigualdades existentes. Assim, indivíduos pobres necessitam de uma parcela maior de recursos públicos que os ricos”⁸⁹. A Constituição de 1988, ao tratar da questão saúde de forma ampla e abrangente - pela primeira vez na história – considera saúde como “direito de todos e dever do Estado, tendo que ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”⁸⁹.

A igualdade no direito de acesso aos serviços de saúde é um dos pressupostos do sistema único de saúde brasileiro, tendo como preceito, tornar residual a existência de prerrogativas especiais e atos discriminatórios, no entanto, não tem conseguido na prática assegurar o uso equânime dos meios de prevenção e tratamento que são colocados à disposição da sociedade. Sendo, portanto comumente observadas iniquidades, sobretudo em relação às parcelas sociais mais necessitadas, incluindo aí os afrodescendentes, o que revela claramente a fragilidade do sistema de saúde nacional, que não consegue atingir claramente seus objetivos⁸⁹.

⁸⁹ Nunes, A.; Santos, J.R.S.; Barata, R.B.; Vianna, S.M. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília, 2001.

Há resultados de estudos brasileiros que apontam evidências de iniquidades raciais em saúde. Em Pelotas (Rio Grande do Sul), a taxa de mortalidade infantil de filhos de mães brancas em 1982 só foi alcançada por filhos de pretas e pardas em 2004. Nesse ano, a taxa de mortalidade infantil dos filhos de mães brancas já estava no patamar de países ricos¹⁰. Investigando a realização de mamografia na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD 2008), constata-se que a prevalência do rastreamento era maior para mulheres brancas, de maior renda, de maior escolaridade ou que moravam em regiões metropolitanas de melhor padrão socioeconômico⁹⁰.

A literatura internacional sobre desigualdades sociais em saúde é densa e não descarta a influência da raça, inclusive a relaciona com as condições socioeconômicas. É necessário aprofundar esse esforço no campo da Saúde Pública brasileira⁹⁰, sobretudo pela grande diversidade populacional existente e pelo fato de que os resultados de estudos nacionais já realizados sobre desigualdades em saúde estarem reforçando a hipótese que no Brasil os eixos da desigualdade racial, nível socioeconômico e gênero, merecem relevante destaque, uma vez que juntos provavelmente podem atuar, determinando grupos especialmente expostos a riscos em saúde⁹⁰.

⁹⁰ Chor, Dóra. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2013, vol.29, n.7 [cited 2014-02-13], pp. 1272-1275 .

INIQUIDADES EM SAÚDE E POPULAÇÃO QUILOMBOLA

Os fatores sociais, econômicos, culturais étnicos/ raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população são considerados os determinantes sociais em saúde (DSS) ⁹¹. Em relação a esses determinantes, a Constituição Federal brasileira objetiva fundamentalmente construir uma sociedade justa, livre e solidária, bem como promover o bem de todos sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. Assim, preconiza a garantia do exercício da cidadania para a população em geral, e então teoricamente inserem-se aí indivíduos pertencentes às comunidades quilombolas. A Constituição ainda reconhece o bem de todos e dispõe sobre a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. A partir da década de 90, o governo federal estabeleceu isso nas bases de um Sistema Único de Saúde (SUS), apontando a universalização da assistência à saúde, a integralidade da atenção, incluindo todas as ações necessárias à promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e, a equidade, ofertando serviços e bens segundo as necessidades dos indivíduos.

No Brasil, nos últimos anos têm se observado um quadro de melhoria na qualidade de vida da população, dada a implementação de uma série de políticas com a finalidade de superar as iniquidades sociais. No entanto, os indicadores de desenvolvimento humano ainda são muito desiguais. Por exemplo, ao se comparar a situação das populações quilombolas com os demais segmentos da população em geral, percebe-se claramente a necessidade de investir ainda mais em programas integrados com a finalidade de dirimir iniquidades presentes ⁹². Estes são pontos cruciais a serem tratados, e que provavelmente tem um reflexo direto nas comunidades quilombolas, uma vez que estes grupos são marcados historicamente por vulnerabilidades, e por outro lado, não vem sendo integralmente contemplados com a garantia da justiça social, por conta disso continuam padecendo por falta de trabalho, com a fome, com elevados níveis de analfabetismo e por falta de acesso aos serviços de saúde ⁹².

⁹¹ Buss, P. M. Globalização, pobreza e saúde. Conferência Leavell apresentada ao VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e XI Congresso Mundial de A Saúde e seus Determinantes Sociais PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007 91Saúde Pública, Rio de Janeiro, agosto de 2006. Disponível em: www.fiocruz.br. Acesso em: 14/03/12.

⁹² COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS) .Carta aberta aos candidatos á presidência da República. Setembro de 2006. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br. Acesso em: 15/03/12.

Diante do panorama atual de saúde pública vê-se claramente que a distribuição da saúde e da doença na sociedade não é aleatória, mas sim está associada à posição social, que é quem define as condições de vida dos indivíduos gerando reflexos diretos sobre as condições de saúde. Diante disso, observa-se que o arsenal principiológico do SUS não vem sendo materializado.

Então, é importante refletir que a intervenção sobre os DSS é crucial para combater as iniquidades em saúde, incluindo-se aqui políticas que diminuam as diferenças sociais como as relacionadas ao mercado de trabalho, à educação, à seguridade social dentre outras¹.

Também é fundamental a implementação de políticas para diminuição dos diferenciais de exposição a riscos, através de ações preventivas bem como os diferenciais de conseqüências ocasionadas pela doença, aqui incluindo melhoria da qualidade dos serviços a toda a população⁹³.

A realização de exames preventivos para câncer de colo do útero (CCU) e mama tem sido apontado como um bom exemplo para mostrar as desigualdades de acesso e utilização de serviços de saúde de acordo com escolaridade e com a renda¹. Dois estudos paralelos avaliaram desigualdades no diagnóstico e tratamento das lesões pré-malignas de câncer cervical. O primeiro encontrou que as mulheres de renda alta têm acesso mais rápido e mais fácil ao tratamento antes do agravamento da doença. O segundo estudo comprovou a importância das desigualdades sociais na detecção e no desenvolvimento do câncer cervical⁹³.

Finalizando, é crucial entender que os serviços de saúde possuem a capacidade de diminuir a exposição aos fatores de risco para a saúde de indivíduos e grupos, assim como a vulnerabilidade e, principalmente, as conseqüências da exposição a esses fatores de risco. O acesso equitativo aos serviços de saúde é, portanto, de grande importância para diminuir os diferenciais observados em relação a estes aspectos⁹³.

¹ CNDSS-Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As Causas Sociais das iniquidades da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

⁹³ Oliveira, L.H.; Rosa, M.L.; Pereira, C.R.; Vasconcelos, G.A.; Silva, R.A.; Barrese, T.Z.; Carvalho, M.O.; Abi, G.M.; Rodrigues, E.M.; Cavalcanti, S.M. Human papillomavirus status and cervical abnormalities in women from public and private health care in Rio de Janeiro State, Brazil. Rev Inst Med Trop São Paulo. 2006; 48(5):279-85.

Destarte, estes, são pontos cruciais a serem tratados, e que provavelmente tem um reflexo direto nas comunidades quilombolas, uma vez que estes grupos são marcados historicamente por vulnerabilidades, e por outro lado, não vem sendo integralmente contemplados com a garantia da justiça social, por conta disso padecem ainda por falta de trabalho, com a fome, com elevados níveis de analfabetismo e por falta de acesso aos serviços de saúde.

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Um recente e inédito estudo ⁹⁴ de base populacional integrante do projeto COMQUISTA, tratou da utilização de serviços de saúde por comunidades quilombolas de Vitória da Conquista e, apontou menor prevalência de uso de serviços de saúde pela população quilombola se comparado a outras populações já estudadas no Brasil dentro desta vertente.

No referido estudo, verificou-se que o isolamento geográfico, os horários de atendimentos, as longas filas e o tempo de espera foram fatores que explicaram, pelo menos parcialmente, a menor prevalência de utilização de serviços de saúde. Verificou-se ainda, que os problemas enfrentados para o funcionamento do Programa de Saúde da Família nas comunidades estudadas tais como: a alta rotatividade dos profissionais de nível superior, a precária infraestrutura para a realização dos atendimentos, o preconceito e atendimento desumanizado por parte dos profissionais de saúde, constituíram-se como barreiras ao acesso e uso dos serviços de saúde por esse grupo populacional.

Os autores apontaram que para o grupo estudado, os efeitos da renda e da escolaridade não influenciaram o uso de serviços de saúde, o que pode potencialmente ser explicado pela grande homogeneidade destas variáveis na amostra estudada. Já o estado conjugal, que não costuma estar associado ao uso de serviços de saúde, influenciou a utilização entre os quilombolas, de forma que aqueles(as) que não tinham companheiras(os) apresentaram menor prevalência do uso de serviços de saúde. Da mesma forma, a autoavaliação de saúde ruim aumentou o uso dos serviços de saúde pela população quilombola.

⁹⁴ Gomes, K.O.; Reis, E. A.; Guimarães, M.D.C.; Cherchiglia, M.L. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2013, vol.29, n.9 [citado 2013-12-11], pp. 1829-1842 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

Em relação à discriminação no atendimento de saúde, o estudo⁹⁴ mostrou que, ainda que o porcentual verificado para os quilombolas de Vitória da Conquista tenha sido relativamente baixo, vários outros estudos demonstraram que este é um problema que afeta as populações negra (pretos e pardos) e indígena, determinando desigualdades nos perfis de adoecimento e morte destes indivíduos, principalmente quando comparados aos brancos.

De forma geral, os resultados do estudo⁹⁴ apontaram que a população quilombola subutiliza os serviços de saúde por conta de dificuldades de acesso, sendo expressas, sobretudo, pelas iniquidades relativas às más condições sociais e econômicas que experimentam. O estudo⁹⁴ sugere que, para aumentar o acesso e a utilização dos serviços de saúde pela população quilombola, é necessário adaptar a dinâmica de trabalho dos programas de saúde para a realidade da zona rural, melhorar a infraestrutura para a realização dos atendimentos e investir na capacitação dos profissionais sobre a cultura, modo de vida e os problemas de saúde mais prevalentes nesse grupo populacional.

⁹⁴ Gomes, K.O.; Reis, E. A.; Guimarães, M.D.C.; Cherchiglia, M.L. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2013, vol.29, n.9 [citado 2013-12-11], pp. 1829-1842 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar fatores associados à não realização, e de realização tardia do exame Papanicolaou em mulheres quilombolas do município de Vitória da Conquista, Bahia.

3.2. Objetivos específicos

- Descrever características socioeconômicas, comportamentais, de estilo de vida e de acesso aos serviços de saúde das mulheres envolvidas no estudo;
- Identificar a proporção de mulheres quilombolas com realização de exame Papanicolaou com três ou mais anos;
- Identificar a proporção de mulheres quilombolas com realização que nunca realizaram Papanicolaou;
- Associar a não realização, e a realização em três anos ou mais do exame Papanicolaou, às características selecionadas para o estudo.

MÉTODOS

Os dados utilizados para este estudo foram extraídos do Projeto COMQUISTA. No projeto, o plano amostral foi obtido através de estimativa populacional baseada nos dados disponíveis da Secretaria Municipal da Saúde. O universo amostral estimado foi de 2.935 indivíduos adultos oriundos de 10 comunidades quilombolas, sediadas em cinco distritos do município. Para o cálculo do tamanho da amostra, foi considerada uma prevalência estimada de 50%, dada a heterogeneidade dos eventos mensurados, precisão de 5%, intervalo de confiança de 95%, efeito de desenho de 2 e 30% de possíveis perdas, totalizando uma amostra final de 884 indivíduos adultos. Registrou-se uma proporção de perdas de 9,9%, das quais 77,4% ocorreram no sexo masculino. Ao final, foram realizadas 797 entrevistas, sendo 54,3% (n=433) de mulheres. O inquérito foi feito utilizando um questionário semiestruturado dividido em módulos, adaptado da Pesquisa Nacional de Saúde — PNS⁹⁵, onde um grupo de profissionais da Saúde Pública avaliou cada questão separadamente, considerando o contexto a ser aplicado. Foram realizados dois pré-testes no intuito de verificar adequações de linguagem, sequência e seleção das perguntas rigorosamente necessárias. As entrevistas foram realizadas nos domicílios por meio de computadores portáteis (HP Pocket Rx5710).

Foi realizado estudo piloto com o objetivo de verificar a adequação dos procedimentos, e em seguida, foram realizadas as adaptações necessárias.

⁹⁵ Projeto de planejamento da Pesquisa nacional de saúde. [acessado em março/2012].Disponível em: <http://www.pns.iciet.fiocruz.br/>.

A investigação sobre a realização de Papanicolaou partiu de questões norteadoras existentes no módulo F (Saúde da mulher) do questionário, que possui um conjunto de perguntas relacionadas à saúde feminina, e seguiu as recomendações normatizadas pelo INCA⁹⁶ para triagem com o exame preventivo para câncer de colo uterino. Foram elegíveis todas as mulheres com idade de 25 a 64 anos, independentemente de relato de ter tido ou não atividade sexual, e aquelas com idade de 18 a 24 anos que relataram ser sexualmente ativas. Segundo estes critérios, 348 mulheres foram selecionadas.

Neste estudo, considerou-se a realização do exame Papanicolaou como variável dependente, que foi assim categorizada: (0) mulheres com realização de Papanicolaou há menos de três anos; (1) mulheres que realizaram o exame com três ou mais anos; e, (2) aquelas que nunca realizaram. As mulheres quilombolas que nunca realizaram Papanicolaou e aquelas que realizaram há três ou mais anos, foram comparadas com as mulheres que realizaram o exame há menos de três anos, padrão recomendado.

Foram consideradas como possíveis variáveis explicativas: a) variáveis sócio-demográficas: faixa etária, renda, escolaridade, estado conjugal; b) variável representativa do estado de saúde: autoavaliação do estado de saúde, c) variáveis marcadoras de acesso aos serviços de saúde: consulta médica nos últimos 12 meses e unidade/local de busca para atendimento relacionado à saúde-(se mesmo ou diferentes); d) variáveis marcadoras de utilização de serviços de saúde: realização de exames preventivos para câncer de mama: (exame clínico das mamas (ECM) e mamografia), dosagem de glicose, dosagem de colesterol/triglicérides e verificação da pressão arterial; e) variáveis relacionadas ao estilo de vida: prática de atividade física nos últimos três meses, consumo de álcool e tabagismo.

96 Brasil, Instituto nacional do Câncer. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura_colo_do_uterio.pdf. Acesso em: 06/02/2014.

Foi realizada análise descritiva das variáveis com o banco de dados constituído em *Microsoft Access Database* (MDB) e com as análises realizadas através do programa estatístico EPI INFO (versões 3.5.1 e 7.0.9.7). Para a comparação de frequências foi utilizado o teste do qui-quadrado, adotando nível de significância de 5%.

Procedeu-se em seguida à análise univariada e análise multivariada por meio de modelo logístico multinomial, tendo como grupo de referência as mulheres com realização do exame Papanicolaou há menos de três anos. Na modelagem, foram consideradas as variáveis que apresentaram valor $p < 0.20$ na análise univariada para inserção no modelo, e a variável renda, dada sua importância epidemiológica. No modelo multivariado final foi considerado o índice de significância de $p < 0.05$. Para as análises foram utilizados o pacote estatístico EPI INFO (versões 3.5.1 a 7.0.9.7) para a univariada, e o pacote estatístico R versão 2.11 para a análise multivariada. O modelo estatístico final foi avaliado pelos testes-Akaike's Information Criterion (AIC) e pela análise da Deviance residual, que indicaram boa adequação.

O projeto COMQUISTA foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade São Francisco de Barreiras (CAAE 0118.0.066.000-10, de 29/10/10) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 0118.0.066.203-10, de 13/07/11).

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a análise descritiva da população de mulheres incluída no estudo (n=348). Verificou-se neste estudo, uma média de idade de 37 anos, renda per capita média de cerca de R\$199,00 com aproximadamente 75% das mulheres tendo como renda menos de meio salário mínimo, que na época da pesquisa era de R\$ 545,00. A maioria das mulheres tinha companheiro e 22,4% delas não tinham nenhuma escolaridade. A média de escolaridade encontrada foi de 3,6 anos de estudo. A maioria das mulheres autoavaliou seu estado de saúde como bom ou regular, relataram ser não fumantes e 56,3% declararam ter procurado um médico nos últimos 12 meses. Entretanto, em geral, não praticaram atividade física nos últimos três meses e nunca realizaram exames preventivos para câncer de mama.

A prevalência de não realização do exame de Papanicolaou entre as mulheres foi de 27,3%, dentre essas, 45,3% (n=43) tinham idade entre 18 e 24 anos e afirmaram ser sexualmente ativas. A maioria não possuía companheiro, autoavaliou seu estado de saúde como bom, revelou ter renda menor que ½ salário mínimo e escolaridade de cinco ou mais anos de estudo. A prevalência de realização do Papanicolaou há três ou mais anos foi de 16,4%, e a maioria dessas mulheres tinha idade entre 30 e 39 anos, morava com companheiro, tinha renda per capita menor que meio salário mínimo e 1 a 4 anos completos de estudo, e autoavaliou sua saúde como regular.

Na Tabela 2, apresenta-se a análise univariada entre variáveis selecionadas e a realização de Papanicolaou. Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as mulheres que nunca realizaram Papanicolaou e as mulheres que realizaram este exame há menos de três anos em relação a: 1) faixa etária; 2) escolaridade; 3) estado conjugal; 4) realização de exame clínico das mamas e realização de mamografia; 5) consulta médica

recente, atendimento no mesmo local e verificação de pressão arterial; 6) realização de glicemia.

Entre as mulheres com realização do Papanicolaou há três ou mais anos observou-se diferenças estatisticamente significativas em relação às mulheres que realizaram o exame há menos de três anos em relação a: 1) realização do exame clínico das mamas; 2) consulta médica recente, atendimento no mesmo local e prática de atividade física nos últimos três meses; 3) realização de glicemia, trigliceridemia e colesterolemia.

Foi verificado que realizar exame clínico das mamas há três ou mais anos ou nunca realizar implicou em maior chance tanto para realização do Papanicolaou há três ou mais anos quanto para não o realizar. Observou-se uma chance de 3,13 vezes, para realizar Papanicolaou em período maior ou igual há três anos entre as mulheres que não consultaram um médico nos últimos doze meses e uma chance 2,91 vezes para aquelas que buscaram atendimento relacionado à saúde em mais de uma unidade/estabelecimento de saúde. As mulheres que não praticaram atividade física nos últimos três meses tiveram maior chance de realizar o preventivo para CCU mais tardiamente (há três ou mais anos). O mesmo foi observado entre aquelas que referiram nunca ter realizado glicemia e ou dosagem de colesterol/triglicérides.

Entre as mulheres que nunca realizaram Papanicolaou foram verificadas nove características marcadoras associadas e significantes ($p < 0,05$) na análise univariada. Verificaram-se maiores chances de não realização do exame entre as mulheres que não consultaram um médico nos últimos 12 meses e para as que foram buscar atendimento relacionado à saúde em locais/unidades diferentes.

Também foi importante o achado de uma chance 4,11 vezes para nunca ter realizado Papanicolaou entre as mulheres sem companheiro, e chances de 11,8, 3,18 e 2,83 vezes respectivamente para as mulheres com idade entre 18- 24 anos, 25- 29 anos e 50-59 anos. Foi observada uma associação negativa - OR=0,33 entre as mulheres com 1 a 4 anos de estudo.

A análise multivariada (Tabela 3), também comparou as mulheres que realizaram Papanicolaou há três anos ou mais e as mulheres que nunca realizaram o exame, com aquelas que realizaram há menos de três anos (categoria de referência).

No modelo multivariado final, verificou-se que a não realização do Papanicolaou se associou significativamente à faixa etária entre 18 a 29 anos e 50 a 59 anos, não ter instrução, não ter companheiro, a ter buscado atendimento relacionado à saúde em unidades/locais diferentes de seu local de residência, a ter realizado exame clínico das mamas há três ou mais anos ou nunca tê-lo realizado. Da mesma forma, realizar Papanicolaou há três anos ou mais esteve significativamente associado a não ter consultado um médico no último ano, a ter buscado atendimento à saúde em unidades/locais diferentes de seu local de residência, a nunca ter realizado glicemia ou a tê-la realizado há dois ou mais anos.

Tabela 1- Análise descritiva da amostra de mulheres quilombolas participantes do estudo (n=348). Projeto COMQUISTA, Bahia, Brasil, 2011.

	n	(%)
Faixa etária		
18 - 24 anos	70	20,1
25 - 29 anos	45	12,9
40 - 49 anos	74	21,3
50 - 59 anos	47	13,5
60 - 64 anos	16	4,6
Escolaridade¹		
Sem instrução	77	22,4
1 - 4 anos de estudo	162	47,1
5 + anos de estudo	105	30,5
Estado conjugal		
Sem companheiro	117	33,6
Com companheiro	231	66,4
Autoavaliação do estado de saúde §		
Boa	153	44,1
Regular	159	45,8
Ruim	35	10,1
Renda³		
< ½ Salário Mínimo	260	74,7
≥ ½ salário Mínimo	88	25,3
Realização de Papanicolaou		
< 3 anos	196	56,3
≥ 3 anos	57	16,4
Nunca realizou	95	27,3
Realização do exame clínico das mamas		
< 3 anos	54	15,5
≥ 3 anos	30	8,6
Nunca realizou	264	75,9
Consultou médico nos últimos 12 meses		
Sim	196	56,3
Não	152	43,7
Procura de atendimento relacionado à saúde§		
Mesmo local	274	79,0
Locais diferentes	73	21,0

Tabela 1- Análise descritiva da amostra de mulheres quilombolas participantes do estudo (n=348). Projeto COMQUISTA, Bahia, Brasil, 2011 (continuação).

	n	(%)
Realização de mamografia		
< 2 anos	19	5,5
≥ 2 anos	26	7,5
Nunca realizada	303	87,0
Consumo de álcool		
Não consome	240	69,0
Consome < 1 vez/mês	62	17,8
Consome 1 + vezes/mês	46	13,2
Tabagismo		
Não fumante	314	90,2
Fuma menos que diariamente	12	3,5
Fuma diariamente	22	6,3
Última verificação de pressão arterial²		
< 1 ano	269	78,0
≥ 1 ano	63	18,2
Nunca verificada	13	3,8
Prática de atividade física (últimos 3 meses)		
Sim	60	17,2
Não	288	82,8
Última realização de glicemia[¥]		
< 2 anos	164	47,8
≥ 2 anos	74	21,6
Nunca realizada	105	30,6
Última dosagem de colesterol/triglicérides[†]		
< 2 anos	134	39,4
≥ 2 anos	54	15,9
Nunca realizada	152	44,7

¹ 4 não respondentes; ² 3 não respondentes; ³ salário equivalente a R\$ 545,00; § 1 não respondente; ¥ 5 não respondentes; † 8 não respondentes.

Tabela 2- Análise univariada da realização de Papanicolaou em três ou mais anos e de nunca realização do exame em mulheres quilombolas com idade entre 18-64 anos. Projeto COMQUISTA, Bahia, Brasil, 2011.

Variável	Papanicolaou ≥ 3 anos			Papanicolaou nunca realizado		
	OR (IC 95%)	X ²	p - valor	OR (IC 95%)	X ²	p - valor
Faixa etária						
18 - 24 anos	0.83(0.27-2.58)	0.11	0.74	11.08(4.62-26.6)	33.6	0.00*
25 - 29 anos	0.87(0.30-2.55)	0.06	0.80	3.18(1.21-8.32)	5.79	0.02*
30 - 39 anos	1.21(0.56-2.62)	0.24	0.62	1.08(0.42-2.76)	0.02	0.87
40 - 49 anos	1.0			1.0		
50 - 59 anos	1.12(0.42-3.0)	0.05	0.82	2.83(1.07-7.49)	4.60	0.03*
60 -64 anos	1.21(0.29-5.1)	0.07	0.79	2.52(0.64-9.95)	1.81	0.18
Escolaridade						
Sem instrução	2.17(0.91-5.17)	3.14	0.08	0.77(0.40-1.49)	0.60	0.44
1 - 4 anos de estudo	1.30(0.60-2.81)	0.46	0.50	0.33(0.18-0.59)	14.4	<0.01*
5 + anos de estudo	1.0			1.0		
Estado conjugal						
Sem companheiro	1.50(0.79-2.88)	0.22	1.54	4.11(2.44-6.94)	29.80	<0.01*
Com companheiro	1.0			1.0		
Autoavaliação do estado de saúde						
Boa	0.65(0.25-1.69)	0.78	0.38	1.51(0.62-3.71)	0.83	0.36
Regular	0.64(0.25-1.61)	0.91	0.34	0.88(0.35-2.19)	0.07	0.78
Ruim	1.0			1.0		
Renda						
< ½ Salário Mínimo	1.0			1.0		
≥ ½ salário Mínimo	0.76(0.37-1.55)	0.58	0.44	1.01(0.58-1.77)	0.003	0.96
Realização do exame clínico das mamas						
< 3 anos	1.0			1.0		
≥ 3 anos	4.50(1.12-18.10)	5.0	0.02*	5.40(1.56-18.60)	8.00	0.04*
nunca realizou	3.89(1.32-11.4)	6.92	<0.01*	5.63(2.04-14.06)	13.90	<0.01*
Consultou médico nos últimos 12 meses						
Sim	1.0			1.0		
Não	3.13(1.70-5.77)	14.16	<0.01*	2.28(1.38-3.76)	10.66	<0.01*
Procura de atendimento relacionado à saúde						
Mesmo local	1.0			1.0		
Locais diferentes	2.91(1.44-5.90)	9.30	<0.01*	2.91(1.44-5.90)	16.68	<0.01*
Realização de mamografia						
< 2 anos	1.0			1.0		
≥ 2 anos	2.83(0.27-29.96)	0.80	0.37	4.72(0.50-44.70)	2.11	0.14
Nunca realizada	5.60(0.72-43.10)	3.43	0.06	9.40(1.23-71.80)	6.80	<0.01*

Tabela 2- Análise univariada da realização de Papanicolaou em três ou mais anos e de nunca realização em mulheres quilombolas com idade entre 18-64 anos. Projeto COMQUISTA, Bahia, Brasil, 2011 (continuação).

Variável	Papanicolaou ≥ 3 anos			Papanicolaou nunca realizado		
	OR (IC 95%)	X ²	p - valor	OR (IC 95%)	X ²	p - valor
Consumo de álcool						
Não consome	1.0			1.0		
Consome < 1 vez/mês	1.24(0.57-2.69)	0.30	0.58	1.50(0.80-2.85)	1.59	0.21
Consome 1 + vezes/mês	0.84(0.32-2.19)	0.13	0.72	1.40(0.69-2.84)	0.87	0.35
Tabagismo						
Não fumante	1.0			1.0		
Fuma menos que diariamente	3.16(0.92-10.8)	3.70	0.06	0.33(0.04-2.81)	1.12	0.29
Fuma diariamente	1.58(0.53-4.70)	0.68	0.41	0.83(0.28-2.44)	0.11	0.74
Última verificação de pressão arterial						
< 1 ano	1.0			1.0		
≥ 1 ano	1.98(0.96-4.11)	3.51	0.06	1.88(1.0-3.55)	3.88	0.049*
Nunca verificada	1.99(0.35-11.23)	0.63	0.43	4.39(1.24-15.50)	6.15	0.01*
Prática de atividade física (últimos 3 meses)						
Sim	1.0			1.0		
Não	3.19(1.09-9.35)	4.90	0.03*	1.03(0.55-1.92)	0.008	0.93
Última realização de glicemia						
< 2 ano	1.0			1.0		
≥ 2 anos	5.40(2.42-12.04)	19.10	<0.01*	1.28(0.65-2.52)	0.50	0.48
Nunca realizada	4.33(1.98-9.46)	14.85	<0.01*	2.07(1.18-3.64)	6.55	0.01*
Última dosagem de colesterol/triglicérides						
< 2 ano	1.0			1.0		
≥ 2 anos	3.45(1.49-8.05)	8.76	<0.01*	1.17(0.53-2.58)	0.15	0.69
Nunca realizada	2.26(1.11-4.60)	5.20	0.02*	1.61(0.94-2.76)	2.99	0.08

* associação estatisticamente significativa; Categoria de referência: mulheres com realização do Papanicolaou há menos de 3 anos.

Tabela 3- Modelo final de regressão logística multinomial por grupo de variáveis selecionadas e realização de exame Papanicolaou. Projeto COMQUISTA, Bahia, Brasil, 2011.

	OR IC(95%)	p-valor	OR IC(95%)	p- valor
Variáveis			Papanicolaou nunca realizado	
Idade	Papanicolaou ≥ 3 anos			
18-24 anos	1.21(0.33-4.52)	>0.05	12.86(4.04-40.92)	0.00*
25-29 anos	1.18(0.36-3.90)	>0.05	3.59(1.11-11.56)	<0.05*
30-39 anos	1.17(0.49-2.80)	>0.05	1.05(0.37-2.97)	>0.05
40-49 anos	1.0		1.0	
50-59 anos	1.60(0.52-4.88)	>0.05	3.56(1.13-11.19)	<0.05*
60-64 anos	0.89(0.14-5.66)	>0.05	2.28(0.49-10.52)	>0.05
Estado Conjugal				
Sem companheiro	1.08(0.51-2.26)	>0.05	2.74(1.48-5.09)	0.01*
Com companheiro	1.0		1.0	
Escolaridade				
Sem instrução	1.32(0.54-3.23)	>0.05	3.26(1.14-9.30)	<0.05*
1-4 anos de estudo	2.34(0.89-6.16)	>0.05	2,15(0.89-5.14)	>0.05
5+anos de estudo	1.0		1.0	
Consulta médica: últimos 12 meses				
Não	2.14(1.08-4.25)	<0.05*	1.57(0.84-2.92)	>0.05
Sim	1.0		1.0	
Local de atendimento relacionado à saúde				
Locais diferentes	2.61(1.17-5.79)	<0.05*	3.37(1.58-7.17)	0.001*
Mesmo local	1.0		1.0	
Exame clínico das mamas				
< 3 anos	1.0		1.0	
≥ 3 anos	2.59(0.57-11.86)	>0.05	7.2(1.61-32.13)	0.01*
Nunca realizado	1.54(0.55-4.34)	>0.05	5.07(1.52-16.92)	0.01*
Última dosagem de glicose sanguínea				
< 2 anos	1.0		1.0	
≥ 2 anos	4.77(2.03-11.2)	0.00*	1.43(0.62-3.33)	>0.05
Nunca realizou	2.83(1.20-6.65)	<0.05*	1.44(0.71-2.94)	>0.05

*Associação estatisticamente significativa <0.05; AIC modelo inicial= 593.81; AIC modelo final=579.24; Categoria de referência: mulheres com realização do Papanicolaou há menos de 3 anos.

DISCUSSÃO

Neste estudo, verificou-se uma prevalência de 27,3% para não realização do exame Papanicolaou entre as mulheres quilombolas de Vitória da Conquista, que se associou de forma independente à faixa etária entre 18-29 anos e 50-59 anos, não ter nenhum nível de instrução, não ter companheiro, nunca ter feito o exame clínico das mamas, ou tê-lo executado há um tempo maior ou igual a 3 anos, e ter buscado atendimento relacionado à saúde em diferentes unidades. Estudo realizado nas cidades de Fortaleza e Rio de Janeiro⁴⁶ demonstrou que os percentuais de mulheres não submetidas ao exame de Papanicolaou foram de 19,1% e 16,5%, respectivamente. Também revelou que as mulheres com baixa escolaridade, baixa renda per capita, mais idosas, solteiras, fumantes, e que nunca realizaram mamografia, exame clínico das mamas, exame de glicemia e colesterolemia, foram menos rastreadas para câncer cervical em ambas as cidades. Um recente estudo realizado em Rio Branco demonstrou situação semelhante para as variáveis idade, estado conjugal, renda e escolaridade. Estes resultados mostraram-se consistentes com achados de outros estudos dentro desta natureza que foram realizados em outras localidades^{97, 98, 99}.

⁴⁶ Martins L.F.L.; Valente J.G; Thuler L.C.S. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: estudo transversal de base populacional em duas capitais brasileiras. Rev Bras Cancerol. 2006; 52:197.

⁹⁷ Muller D.K; Dias-da-Costa J.S, Luz A.M.H; Olinto M.T.A. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; (24):2511-20.

⁹⁸ Carlotto K; Cesar J.A; Hackenhaar A.A; Ribeiro P.R.P. Características reprodutivas e utilização de serviços preventivos em saúde por mulheres em idade fértil: resultados de dois estudos transversais de base populacional no extremo Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; (24): 2054-62.

⁹⁹ Albuquerque K.M; Frias P.G; Andrade C.L.T; Aquino E.M.C; Menezes G; Szwarcwald C.L. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009; 25 (Suppl 2): S3019.

Os achados do presente estudo relativos à idade estão no mesmo sentido de estudos realizados no Brasil dentro desta mesma linha, associando maior risco de não realização de exame preventivo para CCU às mulheres mais jovens (até 30 anos) e àquelas com idade superior a 50 anos, que se eximem, normalmente, porque acham desnecessária a realização deste exame ^{11, 12, 14, 99, 100, 101, 102}. Além disso, para muitas mulheres, o término da idade fértil parece implicar numa diminuição da realização de consultas ginecológicas, levando ao afastamento das práticas de prevenção em um período do ciclo de vida no qual a incidência e gravidade das neoplasias são mais elevadas. Não obstante essa mesma população demanda outros serviços de saúde, e poderiam ser abordadas de modo oportuno para a realização do Papanicolaou dentro de uma visão de integralidade da assistência ^{11, 12, 44, 99, 100, 101, 102}.

¹¹ Dias-da-Costa J.S; Olinto M.T.A; Gigante D.P; Menezes A.M.B; Macedo S; Borba A.T; Motta G.L.S; Fuchs S.C. et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(1):191-7.

¹² Martins L.F.L; Thuler L.C.S; Valente J.G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2005; 27(8).

¹⁴ Amorim V.M.S.L; Barros M.B.A; César C.L.G; Carandina L; Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública [online]*. 2006; 22 (11): 2329-2338.

⁴⁴ 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*. 2011; (27): 1312-22.

⁹⁹ Albuquerque K.M; Frias P.G; Andrade C.L.T; Aquino E.M.C; Menezes G; Szwarcwald C.L. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25 (Suppl 2): S3019.

¹⁰⁰ Nascimento C.M; Eluf-Neto J; Rego R.A. Pap test coverage in São Paulo municipality and characteristics of the women tested. *Bull Pan AmHealth Organ*. 1996; 30(4):302-12.

¹⁰¹ Cesar J.A; Horta B.L; Gomes G; Houlthausen R.S; Willrich R.M; Kaercher A; Kaercher A; Iastrenski F.M. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(5): 1365-72.

¹⁰² Zeferino L.C; Pinotti J.A; Jorge J.P.N; Westin M.C.A; Tambascia J.K; Montemor E.B.L. Organization of cervical cancer screening in Campinas and surrounding region, São Paulo State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; (22):1909-14.

A situação conjugal tem sido relatada na literatura como um importante fator associado a não realização do exame Papanicolaou. Estudo realizado entre mulheres hispânicas identificou que a chance de não realização do exame entre as não casadas ou sem união estável era cerca de quatro vezes se comparadas às mulheres casadas (OR = 4,05)¹⁰³. De modo semelhante, em um estudo realizado em Pelotas¹⁰⁴, foi observado que ser viúva ou solteira consistia em fator de risco para não realização do exame. O presente estudo revelou que as mulheres quilombolas sem companheiro têm uma maior chance para não realização do exame Papanicolaou, o que também foi demonstrado em outros estudos nacionais^{12, 99, 100, 101}.

Provavelmente, isso ocorre porque existe uma maior cobrança entre os casais em relação à busca de práticas preventivas e curativas de saúde. Outra possível explicação para esse aspecto é, que as mulheres que possuem companheiro provavelmente procuram mais os serviços de planejamento familiar ou obstétricos, oportunizando a realização do exame Papanicolaou¹⁰⁵.

¹² Martins L.F.L; Thuler L.C.S; Valente J.G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2005; 27(8).

⁹⁹ Albuquerque K.M; Frias P.G; Andrade C.L.T; Aquino E.M.C; Menezes G; Szwarcwald C.L. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009; 25 (Suppl 2): S3019.

¹⁰⁰ Nascimento C.M; Eluf-Neto J; Rego R.A. Pap test coverage in São Paulo municipality and characteristics of the women tested. Bull Pan AmHealth Organ. 1996; 30(4):302-12.

¹⁰¹ Cesar J.A; Horta B.L; Gomes G; Houlthausen R.S; Willrich R.M; Kaercher A; Kaercher A; Iastrenski F.M. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(5): 1365-72.

¹⁰³ Koval A.E; Riganti A.A; Foley K.L. CAPRELA (Cancer Prevention for Latinas): findings of a pilot study in Winston-Salem, Forsyth County. N C Med J. 2006; (67): 9-16.

¹⁰⁴ Quadros C.A.T, Victora CG, Dias-da-Costa JS. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. Rev. Panam Salud Pública. 2004; (16):223-32.

¹⁰⁵ McPhee S.J, Nguyen T.T. Cancer, cancer risk factors, and community based cancer control trials in Vietnamese Americans. Asian Am Pac Isl J Health. 2000; (8):18-31.

Os fatores socioeconômicos têm sido apontados como um dos elementos mais importantes relacionados ao comportamento preventivo entre as mulheres. Vários estudos mostraram associação significativa entre baixos níveis de escolaridade e renda com a ausência de rastreamento do câncer do colo do útero^{12, 14, 45,46, 104,105}.

Após ajuste final, as mulheres sem instrução apresentaram chance 3,26 vezes maior de não realização de exame preventivo para CCU, comparando-se com aquelas com cinco ou mais anos de escolaridade. Neste sentido, o modelo multivariado final mostrou-se consonante com resultados de outros estudos^{12,14, 46, 104, 105,106} e revelou que o baixo nível de escolaridade entre as mulheres quilombolas é um importante fator de vulnerabilidade. Assim, neste contexto, a elevada prevalência de não realização do exame de Papanicolaou, é um problema a ser enfrentado com programas que garantam uma abrangência de atenção à saúde, considerando que estas mulheres experimentam inequívoca condição de desfavorecimento.

¹² Martins L.F.L; Thuler L.C.S; Valente J.G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2005; 27(8).

¹⁴ Amorim V.M.S.L; Barros M.B.A; César C.L.G; Carandina L; Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2006; 22 (11): 2329-2338.

⁴⁵ 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 2012;28(6):1156-1166.

⁴⁶ Martins L.F.L; Valente J.G; Thuler L.C.S. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: estudo transversal de base populacional em duas capitais brasileiras. Rev Bras Cancerol. 2006; 52:197.

¹⁰⁴ Quadros CAT, Victora CG, Dias-da-Costa JS. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. Rev. Panam Salud Pública. 2004; (16):223-32.

¹⁰⁵ McPhee S.J, Nguyen T.T. Cancer, cancer risk factors, and community based cancer control trials in Vietnamese Americans. Asian Am Pac Isl J Health. 2000; (8):18-31

¹⁰⁶ Silva D.W; Andrade S.M; Soares D.A; Tutini B; Schneck C.A; Lopes M.L. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; (28): 24-31.

A renda não foi uma boa variável explicativa para a não realização do exame Papanicolaou. Provavelmente isso ocorreu devido à baixa renda global da população estudada. Apesar de não ter sido encontrada uma associação estatística significativa para renda, presume-se que sua baixa distribuição é um fator contributivo para a falta de equidade social no acesso ao exame de citologia oncológica. Os baixos níveis socioeconômicos têm sido associados ao desenvolvimento do câncer do colo do útero, e as populações mais vulneráveis sempre tem sido as que apresentam maiores barreiras de acesso à detecção e ao tratamento precoce, o que leva à inferência de que existe uma necessidade de maior intervenção direcionada a estes segmentos que, por sua vez, são os que mais dependem dos serviços públicos de saúde¹⁴.

Foi importante o achado de uma maior chance para realizar exame preventivo de CCU em três ou mais anos, e para não o realizar, entre as mulheres que procuraram diferentes locais para atendimento relacionado à sua saúde, comparando às mulheres que realizaram Papanicolaou em menos de 3 anos. Estes achados não diferem dos encontrados em outros estudos^{11, 12,100}, e indicam que uma possível estratégia para aumentar a cobertura do exame de Papanicolaou é incentivar um vínculo estreito de atendimento nas unidades de saúde da família (USF), onde as mulheres certamente se sentem mais familiarizadas com os profissionais, portanto mais seguras para realização de exames que exponham sua intimidade.

¹¹ Dias-da-Costa J.S; Olinto M.T.A; Gigante D.P; Menezes A.M.B; Macedo S; Borba A.T; Motta G.L.S; Fuchs S.C. et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(1):191-7.

¹² Martins L.F.L; Thuler L.C.S; Valente J.G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2005; 27(8).

¹⁴ Amorim V.M.S.L; Barros M.B.A; César C.L.G; Carandina L; Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2006; 22 (11): 2329-2338.

¹⁰⁰ Nascimento C.M; Eluf-Neto J; Rego R.A. Pap test coverage in São Paulo municipality and characteristics of the women tested. Bull Pan AmHealth Organ. 1996; 30(4):302-12.

Esta situação pode expressar a longitudinalidade da atenção primária, que tem relevância por permitir o vínculo do usuário com a unidade e/ou com o profissional e por estar fortemente relacionada à boa comunicação entre os envolvidos, o que tende a favorecer o acompanhamento do paciente, permitindo a continuidade e efetividade de tratamentos e contribuindo também para a implementação de ações de promoção e prevenção para agravos de alta prevalência, tais como o CCU.

O modelo multivariado apontou associação estatisticamente significativa entre a não realização do exame preventivo para CCU e não realizar exame clínico das mamas em três ou mais anos ou nunca tê-lo feito, o que provavelmente se explica devido às dificuldades de acesso das mulheres quilombolas aos exames preventivos que fazem parte do rol de atendimento do programa de atenção à mulher. Também foi significativa a associação entre não consultar médico nos últimos doze meses, nunca ter feito glicemia ou tê-la realizado há dois ou mais anos com a realização do Papanicolaou em três anos ou mais. Estes achados possivelmente refletem a falta de integralidade dos serviços de saúde disponíveis para a população quilombola.

CONCLUSÕES

O fato de o projeto COMQUISTA ter sido um estudo baseado em informações autoreferidas implicou em algumas limitações devido principalmente a vieses de memória, sobretudo em relação à informação do tempo de realização do exame Papanicolaou. Também o desenho transversal do estudo limitou a possibilidade de interpretar as associações de causa e efeito diretas. Por outro lado, existem pontos fortes no estudo, dentre eles, destaca-se a obtenção pioneira de estimativas de base populacional dos fatores associados à não-realização e a realização em três ou mais anos do exame Papanicolaou entre mulheres quilombolas do Município de Vitória da Conquista- dados que podem contribuir para o planejamento das atividades oferecidas pelo setor público à saúde da mulher.

O estudo apresenta um alinhamento com outros trabalhos desta natureza já realizados no país e, não apontou diferenças significativas no tocante à prevenção do câncer de colo uterino entre mulheres quilombolas com as mulheres não quilombolas com características socioeconômicas semelhantes.

Os dados encontrados indicam a necessidade de reflexão, com o objetivo de combater fatores que se associam a não realização do Papanicolaou entre as mulheres quilombolas procurando contemplar ações para melhorar as condições de prevenção para CCU, envolvendo melhoria das condições de vida e na reestruturação dos serviços de saúde visando melhorias na oferta e acesso, sendo para isso, necessário o envolvimento dos gestores da saúde nas três esferas, sobretudo municipal, para garantir a execução plena de ações nesta seara.

O eficiente controle do câncer do colo uterino está diretamente relacionado com a qualidade do sistema de saúde que precisa ir além do diagnóstico correto com realização de tratamento preciso, sendo fundamental, a garantia do acesso fácil e ágil aos serviços de saúde.

Desta maneira, é imperativo pensar na modificação deste contexto para construção de um eficiente sistema de saúde, sobretudo para atender de modo coerente os excluídos socialmente. Reconhecer as disparidades em saúde é condição primordial para a formulação de políticas de redistribuição, objetivando a promoção do bem-estar e de justiça social. Vários estudos já apontaram que a carga do câncer, pelo menos em parte e no longo prazo, será reduzida pela diminuição das disparidades sociais em relação ao acesso à prevenção primária, ao diagnóstico precoce, a tratamentos padronizados e à reabilitação.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- 1 - CNDSS-Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As Causas Sociais das iniquidades da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
- 2 - Silva, J.A.N. Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. Revista Saúde e Sociedade, v.16, n.2, p.111-124, 2007.
- 3 - Lopes, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Brasil, Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: FUNASA, 2005. 446
- 4 - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais. Manual de orientação. Belo Horizonte, 2007.
- 5 - Parkin, D.M.; Whelan, S.L.; Ferlay, J.; Teppo, L.; Thomas, D.B. Cancer incidence in five continents. v. VIII. Lyon: IARC Press, 2002.
- 6 - Appleby, P.; Beral V.; Berrington de González, A.; Colin, D.; Franceschi, S.; Goodill, A.; Green, J.; Peto, J.; Plummer, M.; Sweetland, S. 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, Genève. 2006; 118(6): 1481-1495.
- 7 - World Health Organization-WHO. Cancer Control. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Switzerland: WHO, 2007. [acessado em agosto/2013].
Disponível em: <www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>.
- 8 - Oliveira, M.M.H.N. Prevenção do câncer de colo uterino em São Luís: cobertura do exame de Papanicolaou e fatores associados. [Dissertação]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 1999.
- 9 - Oliveira, A.F.; Cunha, C.L.F.; Viégas, I.V.; Figueiredo, I.S.; Brito, L.M.O.; Chein, M.B.C. Estudo sobre a adesão ao exame citopatológico de Papanicolaou em um grupo de mulheres. Rev. Pesq. Saúde.2011; 11.(1).
- 10 - Arbyn, M.; Dillner, J. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second edition summary document. Ann Oncol. 2010; 21(3):448-58.
- 11 - Dias-da-Costa, J.S.; Olinto, M.T.A.; Gigante, D.P.; Menezes, A.M.B.; Macedo, S.; Borba, A.T.; Motta, G.L.S.; Fuchs, S.C. et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(1):191-7.

- 12 - Martins, L.F.L.; Thuler, L.C.S.; Valente, J.G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2005; 27(8).
- 13 - Thuler, L.C.S. Lesões precursoras do câncer do colo uterino – Aspectos epidemiológicos. Rio de Janeiro: Figueiredo E.M.A, editor. *Ginecologia oncológica.* 2004; p. 3-6.
- 14 - Amorim, V.M.S.L.; Barros, M.B.A.; César, C.L.G.; Carandina, L.; Goldbaum, M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006; 22 (11): 2329-2338.
- 15 - Coimbra, C.E.A.; Santos, R.V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2000; (5): 125-132.
- 16 -Brasil. Ministério do Desenvolvimento social e combate a fome Guia de políticas sociais Quilombolas: serviços e benefícios do Ministério do desenvolvimento social e combate à fome: Brasília, 2009.
- 17 - MacMahon, B.; Trichopoulos, D. *Epidemiology: principles and methods.* Boston, Little, Brown and Company (2ª ed.,347p.). 1996.
- 18 - Colditz, G.A.; Sellers, T.A.; Trapido, E. *Epidemiology –identifying the causes and preventability of cancer?* *Nature.*2006;6:75-83.
- 19 - Doll, R.; Peto, R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. *J Natl Cancer Inst.* 1981;66:1191-308.
- 20 - Danaei, G.; Hoorn, S.V.; Lopez, A.D.; Murray,C.J.L.; Ezzati, M. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of mine behavioral and environmental risk factor. *The Lancet.* 2005;366:1784-1793.
- 21 - International Agency of Cancer Research (IARC). *IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks tohumans. Hepatitis viruses.* Lyon, France. 1994;59.
- 22 - International Agency of Cancer Research (IARC). *IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks tohumans. Schistosomes, liver flukes and Helicobacter pylori.* Lyon, France. 1994;61.

- 23 - International Agency of Cancer Research (IARC). IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Human Papillomaviruses. Lyon, France. 2005;90.
- 24 - Pearce, N. Traditional epidemiology, modern epidemiology and public health. *Epidemiol Prev.* 1997;21:92-9
- 25 - Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2006: Incidência de Câncer no Brasil. INCA, Rio de Janeiro. 2006.
- 26 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. 3. Tábua completa de mortalidade. Brasília (DF): IBGE; 2007 [citado 2009 Dez 13]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2007/ambossexos>.
- 27 - Brasil. Ministério da Saúde. Reportagens Especiais [Internet]. MS amplia 4. tratamento integral aos doentes de câncer. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009
- 28 - World Health Organization- WHO. Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008, GLOBOCAN, 2008.
- 29 - Correa, P. The war against cervical cancer in Latin America and the 6. Caribbean. Triumph of the scientists. Challenge for the community. *Vaccine.* 2008;26 Suppl 11:iii-iv.
- 30 - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
- 31 - Guerra, M.R.; Gallo, C.V.M.; Mendonça, G.A.S. Risco de câncer n 8. Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev Bras Cancerol.* 2005;51(3):227-34.
- 32 - Câmara, G.N.L et al. Prevalence of human papillomavirus types in women with pre-neoplastic and neoplastic cervical lesions in the Federal District of Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2003;98:879-883.
- 33 - Mattar, L.D.(org). Direito à saúde da mulher negra: manual de referência / Conectas Direitos Humanos, Geledés – Instituto da Mulher Negra, São Paulo : Conectas Direitos Humanos, 2008. ISBN 978-85-60785-01-8

34 - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. INCA, Rio de Janeiro. 2004.

35 - Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, Switzerland. World Health Organization. 2003;916.

36 - Organização Mundial da Saúde – Women and Cervical and Breast Cancer. <http://www.who.int>, [acessado em março/2012].

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

38 - Zeferino, L. C. (2008). O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 30(5), 213-215.

39 - Quinn, M.; Babb, P.; Jones, J.; Allen, E. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ.* 1999;318(7188):904-8.

40 - Mendonça, V.J.; Guimarães, M.J.B.; Lorenzato, F.R.B.; Mendonça, J.G.; Menezes, T.C. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade do Recife, Pernambuco. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(5): 248-55

41 - World Health Organization-WHO. Manual on the prevention and control of common cancers. Geneva: WHO; 1998. p. 8-31.

42 - Thuler, L.C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Rev. Bras. Cancerol.* 2003;49(4):227-38.

43 - 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. *Ver Bras Saúde Matern Infant.* 2003;3(1):95-112.

44 - 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* 2011; 27:1312-22.

45 - 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 á não-realização do exame. Cad. Saúde Pública 2012;28(6):1156-1166.

46 - Martins, L.F.L.; Valente, J.G.; Thuler, L.C.S. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: estudo transversal de base populacional em duas capitais brasileiras. Rev. Bras. Cancerol 2006; 52:197.

47 - Kawachi, I.; Kroenke, C. Socioeconomic disparities in cancer incidence and mortality. New York: Oxford University Press, p. 174-188, 2006.

48 - Barten, F. et al. Contextualising worker's health and safety in urban settings: the need for a global perspective and an integrated approach. Habitat International, v. 32, p. 223-236, 2008.

49 - Kaplan, G.A. The role of epidemiologists in eradicability of poverty. Lancet , v. 352, p. 1627-1628, sept. 1998.

50 - Wünsch Filho V.; Antunes, J. L. F.; Boing, A. F.; Lorenzi, R. L. Perspectivas da Investigação sobre Determinantes Sociais em Câncer. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18 (3) : 427-450, 2008

51 - Lopez, D.M. et al. Making cancer health disparities history: Report of the Trans-HHS Cancer Health Disparities Progress Review Group. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, mar. 2004.

52 - Uauy, R.; Monteiro, C.A. The challenge of improving food and nutrition in Latin America. Food and Nutrition Bulletin, v. 25, n.5, p. 175-182, jun. 2004.

53 - Jha, P.; Chaloupka, F.J. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington: World Bank, 1999.

54 - Whitlock, G. et al. Socioeconomic distribution of smoking in a population of 10,529 New Zealanders. The New Zealand Medical Journal, v. 110, p. 327-330, 1997.

55 - Soteriades, E.S.; Difranza, J.R. Parent's socioeconomic status, adolescents' disposable income, and adolescents' smoking status in Massachusetts. American Journal of Public Health, v. 93, n.7, p. 1155-1160, july. 2003.

56 - Federico, B. et al. Trends in educational inequalities in smoking in northern, mid and southern Italy, 1980-2000. *Preventive Medicine*, v. 39, n.5, p. 919-926, 2004.

57 - Harman Juliet et al. Socioeconomic gradients in smoking among young women: A British survey. *Social Science and Medicine*, v. 63, n.11, p. 2791-2800, 2006.

58 - Lolio, C.A. et al. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 27, n.5, p. 357-362, out.1993.

59 - Moreira, L.B. et al. Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern Brazilian city: a population-based survey. *Journal of Studies on Alcohol*, v. 57, n.3, p. 253-259, may. 1996.

60 - Lima-Costa, M.F. A escolaridade afeta igualmente comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens?: inquérito de saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 13, n.4, p. 201-208, dez. 2004

61 - César, C.L.G. et al. Saúde e condição de vida em São Paulo. São Paulo: USP/ FSP, 2005. 212 p.

62 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2004.

63 - Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição: perfil de crescimento da população brasileira de 0 a 25 anos. INAN: Brasília, 1990.

64 - Iglesias, R. et al. Controle do tabagismo no Brasil. Washington: World Bank, 2007.

65 - Malta, D.C. et al. Tendências de mortalidade do câncer de pulmão, traquéia e brônquios no Brasil, 1980-2003. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 33, p. 536-543, set/out. 2007.

66 - Moreira, L.B. et al. Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern Brazilian city: a population-based survey. *Journal of Studies on Alcohol*, v. 57, n.3, p. 253-259, may. 1996.

67 - Mendonza-Sassi, R.A.; Beria, J.U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction*, v. 98, n.6, p. 799-804, 2003.

68 - Almeida Filho, N. et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v. 38, n.1, p. 45-54, feb. 2004.

69 - Jaime, P.C.; Monteiro, C.A. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 21, p. S19-S24, 2005. Supplement 1.

70 - Levy-Costa, R.B. et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v. 39, n.4, p. 530-540, aug. 2005.

71 - Friel, S.; Chopra, M.; Satcher, D. Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic. *BJM*, v. 335, p. 1 241-1 243, dec. 2007.

72 - Monteiro, C.A.; Conde, W. L.; Popkin, B.M. Income-specific trends in obesity in Brazil: 1975-2003. *American Journal of Public Health*, v. 97, n.10, p. 1808-1812, oct. 2007.

73 - Boffetta, P. et al. Exposure to occupational carcinogens and social class differences in cancer occurrence. *IARC Scientific Publication*, v. 138, p. 331-341, 2007.

74 - Pearce, N. et al. Industrialization and health. *IARC Scientific Publications*, v. 127, p. 7-22, 1994.

75 - Christiani, D.C.; Wang, X.R. Impact of chemical and physical exposures on worker's health In: HEYMANN, Jody. *Global inequalities at work: work's impact on the health of individuals, families and societies*. New York: Oxford University Press, 2003. p. 15-30.

76 - Schoen, C. ; Doty, M.M. Inequities in access to medical care in five countries, findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. *Health Policy*, v. 67, n.3, p. 309-322, mar. 2004.

77 - Lostao, L. et al. Patient cost sharing and physician visits by socioeconomic position: finding in three Western European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 61, p. 416-420, may. 2007.

78 - Travassos, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 11, n.5-6, p. 365-373, may/june. 2002.

79 - Eluf Neto, J. ; Wunsch Filho, V. Screening faz bem à saúde? *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 46, p. 310-311, out/dez 2004.

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

81 - Bentley, R. et al. Area disadvantage, individual socio-economic position, and premature cancer mortality in Australia 1998 to 2000: a multilevel analysis. *Cancer Causes and Control*, v. 19, n.2, p. 183-193, mar. 2008.

82 - Baik, I. et al. Association of fetal hormone levels with stem cell potential: evidence for early life roots of human cancer. *Cancer Research*, v. 65, p. 358-363, jan. 2005.

83 - UNITED STATES. Department of Health and Human Services. *Health people 2010: understanding and improving health*. Washington, DC: US Government Printing Office, 2005.

84 - Harper, S. et al. An overview of methods for monitoring social disparities in cancer with an example using trends in lung cancer incidence by area-socioeconomic position and race-ethnicity, 1992-2004. *American Journal of Epidemiology*, v. 67, n.8, p.889-899, 2008.

85 - Lazcano-Ponce, E.C. et al. The cervical cancer screening program in Mexico: problems with access and coverage. *Cancer Causes Control* , v. 8, n.8, p. 698-704, sept. 1997.

86 - Coimbra Jr, C.E.A; Santos, R.V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.1, pp. 125-132.

87 - Wood, C.H & Carvalho, J.A.M. *A Demografia da Desigualdade no Brasil*. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, Rio de Janeiro,1994.

88 - Hasenbalg, C.A. Entre o mito e os fatos: racismo e relações raciais no Brasil, pp. 235-249. In MC Maio & RV Santos (orgs.), *Raça, Ciência e Sociedade*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1996.

89 - Nunes, A.; Santos, J.R.S.; Barata R.B.; Vianna S.M. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília, 2001.

90 - Chor, D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2013, vol.29, n.7, p. 1272-1275 .

91 - Buss, P. M. Globalização, pobreza e saúde. Conferência Leavell apresentada ao VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e XI Congresso Mundial de Saúde e seus Determinantes Sociais PHYSIS: *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007
91 Saúde Pública, Rio de Janeiro, agosto de 2006. Disponível em: www.fiocruz.br. Acesso em: 14/03/12.

92 - COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS) .Carta aberta aos candidatos á presidência da República. Setembro de 2006. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br. Acesso em: 15/03/12.

93 - Oliveira, L.H.; Rosa, M.L.; Pereira, C.R.; Vasconcelos, G.A.; Silva, R.A.; Barrese, T.Z.; Carvalho, M.O.; Abi, G.M.; Rodrigues, E.M.; Cavalcanti, S.M. Human papillomavirus status and cervical abnormalities in women from public and private health care in Rio de Janeiro State, Brazil. *Rev Inst Med Trop São Paulo*. 2006; 48(5):279-85.

94 - Gomes, K.O.; Reis, E. A.; Guimarães, M.D.C.; Cherchiglia, M.L. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2013, vol.29, n.9 [citado 2013-12-11], pp. 1829-1842 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

95 - Projeto de planejamento da Pesquisa nacional de saúde. [acessado em março/2012]. Disponível em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/>

96 - Brasil, Instituto nacional do Câncer. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura_colo_do_uterio.pdf. Acesso em: 06.02.2014

97- Muller, D.K; Dias-da-Costa, J.S, Luz, A.M.H; Olinto, M.T.A. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; (24):2511-20.

- 98- Carlotto, K; Cesar, J.A; Hackenhaar, A.A; Ribeiro, P.R.P. Características reprodutivas e utilização de serviços preventivos em saúde por mulheres em idade fértil: resultados de dois estudos transversais de base populacional no extremo Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; (24): 2054-62.
- 99- Albuquerque, K.M; Frias, P.G; Andrade, C.L.T; Aquino, E.M.C; Menezes, G; Szwarcwald, C.L. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25 (Suppl 2): S3019.
- 100 - Nascimento, C.M; Eluf-Neto, J; Rego, R.A. Pap test coverage in São Paulo municipality and characteristics of the women tested. *Bull Pan Am Health Organ*. 1996; 30(4):302-12.
- 101 - Cesar, J.A; Horta, B.L; Gomes, G; Houlthausen, R.S; Willrich, R.M; Kaercher, A; Kaercher, A; Iastrenski, F.M. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(5): 1365-72.
- 102 - Zeferino, L.C; Pinotti, J.A; Jorge, J.P.N; Westin, M.C.A; Tambascia, J.K; Montemor, E.B.L. Organization of cervical cancer screening in Campinas and surrounding region, São Paulo State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; (22):1909-14.
- 103 - Koval A.E; Riganti A.A; Foley K.L. CAPRELA (Cancer Prevention for Latinas): findings of a pilot study in Winston-Salem, Forsyth County. *N C Med J*. 2006; (67): 9-16.
- 104 - Quadros, C.A.T, Victora, C.G, Dias-da-Costa, J.S. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. *Rev. Panam Salud Pública*. 2004; (16):223-32.
- 105 - McPhee, S.J, Nguyen, T.T. Cancer, cancer risk factors, and community based cancer control trials in Vietnamese Americans. *Asian Am Pac Isl J Health*. 2000; (8):18-31.
- 106- Silva, D.W; Andrade, S.M; Soares, D.A; Tutini, B; Schneck, C.A; Lopes, M.L. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; (28): 24-31.

APÊNDICE A

***Endereço eletrônico para acesso ao questionário semiestruturado utilizado no
Projeto COMQUISTA***

<http://projecomquista.wordpress.com/inquerito/>

APÊNDICE B

Cronograma de Atividades do Doutorado

APÊNDICE C

Artigo aceito para publicação - periódico Ciência & Saúde coletiva

In press:

1564/2013 – Revista Ciência e saúde Coletiva ISSN – 1413-8123

Disponível em:

http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=14003



Ciência & Saúde Coletiva

para a sociedade



Sobre a Revista

Orientações Sobre Números Temáticos

Edições Anteriores

Artigos e Avaliação

Corpo Editorial

Parcerias

Fale Conosco

2ª Reunião Anual Ordinária - Fórum dos Coordenadores de Pós em Saúde Coletiva - 12 e 13 de dezembro de 2013 - São Paulo - SP

Artigos

1564/2013 - FATORES ASSOCIADOS À NÃO REALIZAÇÃO DE PAPANICOLAOU EM MULHERES QUILOMBOLAS
FACTORS ASSOCIATED WITH LACK OF COMPLIANCE WITH PAP SMEAR EXAM AMONG QUILOMBOLA WOMEN

Márcio Vasconcelos Oliveira - Oliveira, M.V. - Universidade Federal da Bahia- UFBA - <marciomvo@ig.com.br>
<http://lattes.cnpq.br/7690970512915153>

Co-autores
Mark Drew Crosland Guimarães - Guimarães, Mark D. C. - Universidade Federal de Minas Gerais- UFMG - <mark.guimaraes@gmail.com>
Elisabeth Barboza França - França, E.B. - Universidade Federal de Minas Gerais- UFMG - <efranca@medicina.ufmg.br>

Conflito de Interesse?
Não

Opção de Submissão
Reapresentação - 195/2013

Área Temática
Epidemiologia

Resumo
O objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados à não realização do exame de Papanicolau entre as mulheres quilombolas residentes em Vitória da Conquista Bahia. Foi utilizado delineamento de estudo transversal de base populacional, com inclusão de mulheres com idade de 18-64 anos. Foram realizadas análise descritiva e análise de associação univariada e multivariada utilizando modelo logístico multinomial. Mulheres que nunca realizaram o exame de Papanicolau ou realizaram há mais de três anos foram comparadas separadamente com aquelas que realizaram o exame há menos de três anos. De 348 mulheres incluídas na análise, 27,3% afirmaram nunca ter realizado o Papanicolau. Foram associados de forma independente com nunca ter feito o exame: faixa etária de 18 a 29 anos e 50 a 59 anos, não ter instrução, não ter companheiro, buscar atendimento relacionado à saúde em unidades/estabelecimentos diferentes de seu local de residência e realizar exame clínico das mamas há três ou mais anos ou nunca tê-lo realizado. Os achados indicam uma necessidade de reflexão, com o objetivo de melhor enfrentamento dos fatores que se associam à não realização do exame Papanicolau entre as mulheres quilombolas, sendo importante contemplar ações de prevenção para o câncer de colo uterino que envolvam melhoria das condições de vida e aumento da oferta e do acesso aos

<http://lattes.cnpq.br/7690970512915153>

**FATORES ASSOCIADOS À NÃO REALIZAÇÃO DE PAPANICOLAOU
EM MULHERES QUILOMBOLAS.**

Correspondência para:

Márcio Vasconcelos Oliveira

Universidade Federal da Bahia–Instituto Multidisciplinar em Saúde- campus Anísio Teixeira.
Rua Rio de Contas, 58 - Quadra 17 - Lote 58 | Bairro Candeias -Vitória da Conquista-Bahia,

Brasil- CEP: 45.029-094

Tel:(77) 3429-2709 (77) 9146 4018 -e-mail: marciomvo@ig.com.br

FATORES ASSOCIADOS À NÃO REALIZAÇÃO DE PAPANICOLAOU EM MULHERES QUILOMBOLAS

FACTORS ASSOCIATED WITH LACK OF COMPLIANCE WITH PAP SMEAR EXAM AMONG QUILOMBOLA WOMEN

Oliveira, M.V.^{1,2}; Guimarães, Mark. D.C.^{2,3}; França, E.B.².

¹ Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia–Instituto Multidisciplinar em Saúde- campus Anísio Teixeira. Rua Rio de Contas, 58 - Quadra 17 - Lote 58 Bairro Candeias - Vitória da Conquista-Bahia, Brasil- CEP: 45.029-094.

² Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil Av. Alfredo Balena, 190/10º andar, Santa Efigênia– CEP: 30130-100 - Belo Horizonte –MG, Brasil.

³ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil Av. Alfredo Balena, 190/10º andar, Santa Efigênia– CEP: 30130-100 - Belo Horizonte –MG, Brasil.

Financiador: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia/ Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Auxílio financeiro. Termo de outorga – SUS 0017/2010; edital 020/2010.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou entre as mulheres quilombolas residentes em Vitória da Conquista Bahia. Foi utilizado delineamento de estudo transversal de base populacional, com inclusão de mulheres com idade de 18-64 anos. Foram realizadas análise descritiva e análise de associação univariada e multivariada utilizando modelo logístico multinomial. Mulheres que nunca realizaram o exame de Papanicolau ou realizaram há mais de três anos foram comparadas separadamente com aquelas que realizaram o exame há menos de três anos. De 348 mulheres incluídas na análise, 27,3% afirmaram nunca ter realizado o Papanicolaou. Foram associados de forma independente com nunca ter feito o exame: faixa etária de 18 a 29 anos e 50 a 59 anos, não ter instrução, não ter companheiro, buscar atendimento relacionado à saúde em unidades/estabelecimentos diferentes de seu local de residência e realizar exame clínico das mamas há três ou mais anos ou nunca tê-lo realizado. Os achados indicam uma necessidade de reflexão, com o objetivo de melhor enfrentamento dos fatores que se associam à não realização do exame Papanicolaou entre as mulheres quilombolas, sendo importante contemplar ações de prevenção para o câncer de colo uterino que envolvam melhoria das condições de vida e aumento da oferta e do acesso aos serviços de saúde.

Palavras chave: Exame de Papanicolaou; Estudos transversais; Câncer de colo do útero; Quilombolas; Prevenção.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze factors associated with non-compliance with Pap smears exam among quilombola women living in Vitória da Conquista, Bahia. We used cross-sectional study of population-based, with included women aged 18-64 years old and were conducted: descriptive analysis, univariate and multivariate analysis using multinomial logistic model. Women who have never performed or performed Pap smears for over three years were compared separately with those who were examined for less than three years. From 348 women included in the analysis, 27,3%, reported ever having a Pap smear exam. They were independently associated with never having taken the exam: aged 18 to 29 years and 50 to 59 years, not education, not having a partner, seek care in health-related units/establishments other than their place of residence and perform clinical breast examination for three or more years or never have done it. The findings indicate a need for reflection in order to combat factors that are associated with not performing Pap smear among quilombola women, thus it's important to contemplate actions for the prevention of cervical cancer involving improvement of living conditions and increase health services access.

Keywords: Pap smear exam; Cross-sectional studies; Cervical cancer; Quilombolas; Prevention.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino (CCU) é uma doença de grande relevância mundial e chega a ser a doença mais comum nas mulheres em algumas regiões do mundo como África, Ásia e América Central. Taxas de incidência superiores a 30 por 100.000 mulheres ocorrem, resultando em aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo. Apenas em 2010, o CCU foi responsável por mais de 200 mil mortes no mundo, a maioria tendo ocorrido em países menos desenvolvidos¹. No Brasil, representa o segundo tumor mais frequente entre as mulheres, com exceção dos tumores não melanoma da pele. São estimados 17.540 casos novos de CCU em 2012, correspondendo a uma taxa de 17 casos por 100 mil mulheres sendo que, para a Bahia, estima-se uma taxa de 13,5 casos/100 mil mulheres².

O câncer de colo de útero ocorre em decorrência da infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), apesar de ser esta, uma condição necessária, mas não suficiente. Outros fatores de risco tais como a idade (45-49 anos), início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, tabagismo, baixa condição socioeconômica, são importantes^{3,4,5,6}.

O CCU é uma doença de crescimento lento e silencioso, com uma fase pré-clínica em que a detecção de possíveis lesões pré-malignas precursoras pode ser feita por meio da realização periódica do exame de Papanicolaou⁴, um exame seguro, barato, eficaz, de fácil execução e aceitação pela população feminina^{7,8,9}. Uma boa rastreabilidade citológica atrelada ao tratamento adequado nos estágios lesivos iniciais pode resultar em uma redução de até 90% das taxas de incidência de câncer de colo uterino, quando o rastreamento apresenta boa cobertura populacional – 80% – e é realizado dentro dos padrões de qualidade^{10,11,12}.

No Brasil, as diretrizes para o rastreamento do câncer de colo do útero recomendam a realização do exame citopatológico anualmente em mulheres com faixa etária entre 25 e 64 anos, com intervalo de três anos após dois exames consecutivos negativos. No entanto não pode ser ignorada a triagem nos mesmos moldes entre as mulheres sexualmente ativas com idade inferior a 25 anos, devido à etiologia do CCU.

Desde a década de 90, o Ministério da Saúde (MS), valendo-se de diretrizes do Instituto Nacional do Câncer (INCA), vem elevando a cobertura de exames preventivos para CCU em números absolutos. A partir de 1998, houve uma significativa e crescente ampliação da oferta de exames citopatológicos no país¹⁴. Apesar destes esforços crescentes para melhorar a eficiência dos programas de prevenção, é persistente a manutenção de altas taxas de incidência e de mortalidade de CCU no Brasil, o que indica que as medidas adotadas podem não ter conduzido aos resultados esperados¹⁴. É possível também que falhas no programa de rastreamento para CCU no Brasil contribuam para esta situação. Ao analisar este programa em regiões e municípios brasileiros, constatam-se grandes discrepâncias com relação à sua cobertura e efetividade, provavelmente relacionadas à baixa disponibilidade de médicos e enfermeiros na rede de atenção básica e de laboratórios de citopatologia devidamente equipados para atender a população. Outra questão importante dentro deste contexto é a percepção da existência de limitações de acesso aos serviços de saúde por barreiras socioeconômicas, culturais e geográficas, sendo um problema a ser enfrentado pelos gestores do programa de controle do câncer de colo de útero⁴. Também são conhecidos e amplamente apontados na literatura diversos fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou, como a idade avançada, o baixo nível socioeconômico, pertencimento a certos grupos étnicos como afrodescendentes, não ter cônjuge (solteiras, separadas e viúvas)¹⁵. O reconhecimento

desses fatores como barreiras para a realização do exame preventivo é parte fundamental no enfrentamento a esta problemática.

No Brasil, a população negra experimenta maiores taxas de mortalidade por câncer se comparada à população geral, sendo provavelmente um dos reflexos de desigualdades nos âmbitos social, econômico, político e na saúde. Essa população traz consigo experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer¹⁶. Isso pode ser observado pela má qualidade de vida, pobreza, baixa escolaridade, dificuldade de acesso aos serviços em geral, taxas de morbimortalidade mais altas do que as registradas em nível nacional, fome, desnutrição, riscos ocupacionais e violência social¹⁷.

As comunidades quilombolas se inserem dentro desse contexto, pois são de presumida ancestralidade negra, e também experimentam situação de importante vulnerabilidade social, decorrente de um processo histórico de expropriação de cultura e de direitos, cujo impacto tem reflexo nos indicadores de saúde desta população¹⁴.

Assim, considerando que a realização do exame Papanicolaou está associada dentre outras questões às desigualdades de acesso e utilização de serviços de saúde¹⁸ e, somado à inexistência de estudos anteriores representativos sobre este tema em comunidades quilombolas, o objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de não realização do exame preventivo e avaliar fatores associados entre as mulheres quilombolas com idade entre 18 e 64 anos, residentes no município de Vitória da Conquista, Bahia.

MÉTODOS

Os dados utilizados para este trabalho foram extraídos do Projeto COMQUISTA¹⁹, um estudo de corte transversal, de base populacional, realizado entre os meses de setembro e outubro de 2011 em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia.

As comunidades quilombolas dispõem de atendimento por equipe multidisciplinar de saúde da família em caráter semanal ou quinzenal e atendimento diário por agente comunitário de saúde. O município é atendido por 38 equipes, sendo 15 na zona rural. A rede de atenção à saúde municipal disponível é composta por 394 estabelecimentos, sendo 85 públicos, quatro filantrópicos e 305 de caráter privado, e está estruturada e hierarquizada em níveis de atenção primária, secundária e terciária. As necessidades dos usuários, envolvendo exames laboratoriais, diagnóstico de imagem, especialidades médicas, urgência e emergência, além de internações, levam os indivíduos à rede referenciada, atividade esta mediada e regulada pela central de marcação de consultas, procedimentos e exames. Existe uma cota mensal pré-definida de consultas, exames e procedimentos especializados para cada ESF e também para as secretarias municipais de saúde de outros 62 municípios pactuados, tendo em vista a atuação de Vitória da Conquista como polo macrorregional do sudoeste da Bahia²⁰.

No projeto COMQUISTA, o plano amostral foi obtido através de estimativa populacional baseada nos dados disponíveis da Secretaria Municipal da Saúde. O universo amostral estimado foi de 2.935 indivíduos adultos oriundos de 10 comunidades quilombolas, sediadas em cinco distritos do município. Para o cálculo do tamanho da amostra, foi considerada uma prevalência estimada de 50%, dada a heterogeneidade dos eventos mensurados, precisão de 5%, intervalo de confiança de 95%, efeito de desenho de 2 e 30% de possíveis perdas,

totalizando uma amostra final de 884 indivíduos adultos. Registrou-se uma proporção de perdas de 9,9%, das quais 77,4% ocorreram no sexo masculino. Ao final, foram realizadas 797 entrevistas, sendo 54,3% (n=433) de mulheres. O inquérito foi feito utilizando um questionário semiestruturado dividido em módulos, adaptado da Pesquisa Nacional de Saúde — PNS²¹, onde um grupo de profissionais da Saúde Pública avaliou cada questão separadamente, considerando o contexto a ser aplicado. Foram realizados dois pré-testes no intuito de verificar adequações de linguagem, sequência e seleção das perguntas rigorosamente necessárias. As entrevistas foram realizadas nos domicílios por meio de computadores portáteis (HP Pocket Rx5710). A investigação partiu de questões norteadoras existentes no módulo F (Saúde da mulher) do questionário, que possui um conjunto de perguntas relacionadas à saúde feminina, e seguiu as recomendações normatizadas pelo INCA para triagem com o exame de Papanicolaou. Foram elegíveis todas as mulheres com idade de 25 a 64 anos, independentemente de relato de ter tido ou não atividade sexual, e aquelas com idade de 18 a 24 anos que relataram ser sexualmente ativas. Segundo estes critérios, 348 mulheres foram selecionadas.

Neste estudo, considerou-se a realização do exame Papanicolaou como variável dependente, que foi assim categorizada: (0) mulheres com realização de Papanicolaou há menos de três anos; (1) mulheres que realizaram o exame com três ou mais anos; e, (2) aquelas que nunca realizaram. As mulheres quilombolas que nunca realizaram Papanicolaou e aquelas que realizaram há três ou mais anos, foram comparadas com as mulheres que realizaram o exame há menos de três anos, padrão recomendado.

Foram consideradas como possíveis variáveis explicativas: a) variáveis sócio-demográficas: faixa etária, renda, escolaridade, estado conjugal; b) variável representativa do estado de saúde: autoavaliação do estado de saúde, c) variáveis marcadoras de acesso aos serviços de saúde:

consulta médica nos últimos 12 meses e unidade/local de busca para atendimento relacionado à saúde-(se mesmo ou diferentes); d) variáveis marcadoras de utilização de serviços de saúde: realização de exames preventivos para câncer de mama: (exame clínico das mamas (ECM) e mamografia), dosagem de glicose, dosagem de colesterol/triglicerídeos e verificação da pressão arterial; e) variáveis relacionadas ao estilo de vida: prática de atividade física nos últimos três meses, consumo de álcool e tabagismo.

Foi realizada análise descritiva das variáveis com o banco de dados constituído em *Microsoft Access Database* (MDB) e com as análises realizadas através do programa estatístico EPI INFO (versões 3.5.1 e 7.0.9.7). Para a comparação de frequências foi utilizado o teste do qui-quadrado, adotando nível de significância de 5%.

Procedeu-se em seguida à análise univariada e análise multivariada por meio de modelo logístico multinomial, tendo como grupo de referência as mulheres com realização do exame Papanicolaou há menos de três anos. Na modelagem, foram consideradas as variáveis que apresentaram valor $p < 0.20$ na análise univariada para inserção no modelo, e a variável renda, dada sua importância epidemiológica. No modelo multivariado final foi considerado o índice de significância de $p < 0.05$. Para as análises foram utilizados o pacote estatístico EPI INFO (versões 3.5.1 3 7.0.9.7) para a univariada, e o pacote estatístico R versão 2.11 para a análise multivariada. O modelo estatístico final foi avaliado pelos testes-Akaike's Information Criterion (AIC) e pela análise da Deviance residual, que indicaram boa adequação.

O projeto COMQUISTA foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade São Francisco de Barreiras (CAAE 0118.0.066.000-10, de 29/10/10) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 0118.0.066.203-10, de 13/07/11).

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a análise descritiva da população de mulheres incluída neste estudo (n=348). Verificou-se uma média de idade de 37 anos, renda per capita média de cerca de R\$199,00 com aproximadamente 75% das mulheres tendo como renda menos de meio salário mínimo, que na época da pesquisa era de R\$ 545,00. A maioria das mulheres tinha companheiro e 22,4% delas não tinham nenhuma escolaridade. A média de escolaridade encontrada foi de 3,6 anos de estudo. A maioria das mulheres autoavaliou seu estado de saúde como bom ou regular, relataram ser não fumantes e 56,3% declararam ter procurado um médico nos últimos 12 meses. Entretanto, em geral, não praticaram atividade física nos últimos três meses e nunca realizaram exames preventivos para câncer de mama.

A prevalência de não realização do exame de Papanicolaou entre as mulheres foi de 27,3% (IC 95%: 1,4 - 1,9). Chama atenção que, dentre essas, 45,3% (n=43) tinham idade entre 18 e 24 anos e afirmaram ser sexualmente ativas. A maioria não possuía companheiro, autoavaliou seu estado de saúde como bom, revelou ter renda menor que ½ salário mínimo e escolaridade de cinco ou mais anos de estudo. A prevalência de realização do Papanicolaou há três ou mais anos foi de 16,4%, e a maioria dessas mulheres tinha idade entre 30 e 39 anos, morava com companheiro, tinha renda per capita menor que meio salário mínimo e 1 a 4 anos completos de estudo, e autoavaliou sua saúde como regular.

Na Tabela 2, apresenta-se a análise univariada entre variáveis selecionadas e a realização de Papanicolaou. Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as mulheres que nunca realizaram Papanicolaou e as mulheres que realizaram este exame há menos de três anos em relação a: 1) faixa etária; 2) escolaridade; 3) estado conjugal; 4) realização de exame clínico das mamas e realização de mamografia; 5) consulta médica

recente, atendimento no mesmo local e verificação de pressão arterial; 6) realização de glicemia.

Foi observado que realizar exame clínico das mamas há três ou mais anos ou nunca realizar implicou em maior chance tanto para realização do Papanicolaou há três ou mais anos quanto para não o realizar. Observou-se uma chance de 3,13 vezes (IC 95% 1.7 - 5.77), para realizar Papanicolaou em período maior ou igual há três anos entre as mulheres que não consultaram um médico nos últimos doze meses e uma chance 2,91 vezes (IC 95% 1.44 - 5.90), para aquelas que buscaram atendimento relacionado à saúde em mais de uma unidade/estabelecimento de saúde. As mulheres que não praticaram atividade física nos últimos três meses tiveram maior chance de realizar o preventivo para CCU mais tardiamente (há três ou mais anos). O mesmo foi observado entre aquelas que referiram nunca ter realizado glicemia e ou dosagem de colesterol/triglicérides.

Entre as mulheres que nunca realizaram Papanicolaou foram verificadas nove características marcadoras associadas e significantes ($p < 0,05$) na análise univariada. Verificaram-se maiores chances de não realização do exame entre as mulheres que não consultaram um médico nos últimos 12 meses e para as que foram buscar atendimento relacionado à saúde em locais/unidades diferentes. Também foi importante o achado de uma chance 4,11 vezes para nunca ter realizado Papanicolaou entre as mulheres sem companheiro (IC 95% 2.44 – 6.94), e chances de 11,8 (IC 95% 4,62 - 26,6), 3,18 (IC 95% 1,21 – 8.32) e 2,83 (IC 95% 1.07 – 7.49) vezes respectivamente para as mulheres com idade entre 18- 24 anos, 25- 29 anos e 50-59 anos. Foi observada uma associação negativa - OR=0,33 (IC 95% 0.18 – 0.59) entre as mulheres com 1 a 4 anos de estudo.

A análise multivariada (Tabela 3) comparou as mulheres que realizaram Papanicolaou há três anos ou mais e as mulheres que nunca realizaram o exame, com aquelas que realizaram há menos de três anos (categoria de referência).

No modelo multivariado final, verificou-se que a não realização do Papanicolaou se associou significativamente à faixa etária entre 18 a 29 anos e 50 a 59 anos, não ter instrução, não ter companheiro, a ter buscado atendimento relacionado à saúde em unidades/locais diferentes de seu local de residência, a ter realizado exame clínico das mamas há três ou mais anos ou nunca tê-lo realizado. Da mesma forma, realizar Papanicolaou há três anos ou mais esteve significativamente associado a não ter consultado um médico no último ano, a ter buscado atendimento à saúde em unidades/locais diferentes de seu local de residência, a nunca ter realizado glicemia ou a tê-la realizado há dois ou mais anos.

DISCUSSÃO

Neste estudo, verificou-se uma prevalência de 27,3% para não realização do exame Papanicolaou entre as mulheres quilombolas de Vitória da Conquista, que se associou de forma independente à faixa etária entre 18-29 anos e 50-59 anos, não ter nenhum nível de instrução, não ter companheiro, nunca ter feito o exame clínico das mamas, ou tê-lo executado há um tempo maior ou igual a 3 anos, e ter buscado atendimento relacionado à saúde em diferentes unidades. Estudo realizado nas cidades de Fortaleza e Rio de Janeiro²² demonstrou que os percentuais de mulheres não submetidas ao exame de Papanicolaou foram de 19,1% e 16,5%, respectivamente. Também revelou que as mulheres com baixa escolaridade, baixa renda per

capita, mais idosas, solteiras, fumantes, e que nunca realizaram mamografia, exame clínico das mamas, exame de glicemia e colesterolemia, foram menos rastreadas para câncer cervical em ambas as cidades. Um recente estudo realizado em Rio Branco demonstrou situação semelhante para as variáveis idade, estado conjugal, renda e escolaridade. Estes resultados mostraram-se consistentes com achados de outros estudos dentro desta natureza que foram realizados em outras localidades^{23,24,25}.

Os achados do presente estudo relativos à idade estão no mesmo sentido de estudos realizados no Brasil dentro desta mesma linha, associando maior risco de não realização de exame preventivo para CCU às mulheres mais jovens (até 30 anos) e àquelas com idade superior a 50 anos, que se eximem, normalmente, porque acham desnecessária a realização deste exame^{11,12,15,25,26,27,28}. Além disso, para muitas mulheres, o término da idade fértil parece implicar numa diminuição da realização de consultas ginecológicas, levando ao afastamento das práticas de prevenção em um período do ciclo de vida no qual a incidência e gravidade das neoplasias são mais elevadas. Não obstante essa mesma população demanda outros serviços de saúde, e poderiam ser abordadas de modo oportuno para a realização do Papanicolaou dentro de uma visão de integralidade da assistência^{11,12,15,26,27,28,29}.

A situação conjugal tem sido relatada na literatura como um importante fator associado a não realização do exame Papanicolaou. Estudo realizado entre mulheres hispânicas identificou que a chance de não realização do exame entre as não casadas ou sem união estável era cerca de quatro vezes se comparadas às mulheres casadas (OR = 4,05; IC 95%: 1,07-15,25)³⁰. De modo semelhante, em um estudo realizado em Pelotas³¹, foi observado que ser viúva ou solteira consistia em fator de risco para não realização do exame. O presente estudo revelou que as mulheres quilombolas sem companheiro têm uma maior chance para não realização do exame Papanicolaou, o que também foi demonstrado em outros estudos nacionais^{12,25,26,27}.

Provavelmente, isso ocorre porque existe uma maior cobrança entre os casais em relação à busca de práticas preventivas e curativas de saúde. Outra possível explicação para esse aspecto é, que as mulheres que possuem companheiro provavelmente procuram mais os serviços de planejamento familiar ou obstétricos, oportunizando a realização do exame Papanicolaou³².

Os fatores socioeconômicos têm sido apontados como um dos elementos mais importantes relacionados ao comportamento preventivo entre as mulheres. Vários estudos mostraram associação significativa entre baixos níveis de escolaridade e renda com a ausência de rastreamento do câncer do colo do útero^{12, 15, 22, 32, 33,34}.

Após ajuste final, as mulheres sem instrução apresentaram chance 3,26 vezes maior de não realização de exame preventivo para CCU, comparando-se com aquelas com cinco ou mais anos de escolaridade. Neste sentido, o modelo multivariado final mostrou-se consonante com resultados de outros estudos^{12, 15, 22, 31, 32,34} e revelou que o baixo nível de escolaridade entre as mulheres quilombolas é um importante fator de vulnerabilidade. Assim, neste contexto, a elevada prevalência de não realização do exame de Papanicolaou, é um problema a ser enfrentado com programas que garantam uma abrangência de atenção à saúde, considerando que estas mulheres experimentam inequívoca condição de desfavorecimento.

A renda não foi uma boa variável explicativa para a não realização do exame Papanicolaou. Provavelmente isso ocorreu devido à baixa renda global da população estudada. Apesar de não ter sido encontrada uma associação estatística significativa para renda, presume-se que sua baixa distribuição é um fator contributivo para a falta de equidade social no acesso ao exame de citologia oncológica. Os baixos níveis socioeconômicos têm sido associados ao desenvolvimento do câncer do colo do útero, e as populações mais vulneráveis sempre tem sido as que

apresentam maiores barreiras de acesso à detecção e ao tratamento precoce, o que leva à inferência de que existe uma necessidade de maior intervenção direcionada a estes segmentos que, por sua vez, são os que mais dependem dos serviços públicos de saúde¹⁵.

Foi importante o achado de uma maior chance para realizar exame preventivo de CCU em três ou mais anos, e para não o realizar, entre as mulheres que procuraram diferentes locais para atendimento relacionado à sua saúde, comparando às mulheres que realizaram Papanicolaou em menos de 3 anos. Estes achados não diferem dos encontrados em outros estudos^{11, 12,26}, e indicam que uma possível estratégia para aumentar a cobertura do exame de Papanicolaou é incentivar um vínculo estreito de atendimento nas unidades de saúde da família (USF), onde as mulheres certamente se sentem mais familiarizadas com os profissionais, portanto mais seguras para realização de exames que exponham sua intimidade. Esta situação pode expressar a longitudinalidade da atenção primária, que tem relevância por permitir o vínculo do usuário com a unidade e/ou com o profissional e por estar fortemente relacionada à boa comunicação entre os envolvidos, o que tende a favorecer o acompanhamento do paciente, permitindo a continuidade e efetividade de tratamentos e contribuindo também para a implementação de ações de promoção e prevenção para agravos de alta prevalência, tais como o CCU.

O modelo multivariado apontou associação estatisticamente significativa entre a não realização do exame preventivo para CCU e não realizar exame clínico das mamas em três ou mais anos ou nunca tê-lo feito, o que provavelmente se explica devido às dificuldades de acesso das mulheres quilombolas aos exames preventivos que fazem parte do rol de atendimento do programa de atenção à mulher. Também foi significativa a associação entre não consultar médico nos últimos doze meses, nunca ter feito glicemia ou tê-la realizado há dois ou mais anos com a realização do Papanicolaou em três anos ou mais. Estes achados possivelmente

refletem a falta de integralidade dos serviços de saúde disponíveis para a população quilombola.

O fato de o projeto COMQUISTA ter sido um estudo baseado em informações autoreferidas implica em algumas limitações devido principalmente a vieses de memória, sobretudo em relação à informação do tempo de realização do exame Papanicolaou. Também o desenho transversal do estudo limitou a possibilidade de interpretar as associações de causa e efeito diretas. Por outro lado, existem pontos fortes neste estudo, dentre eles, destaca-se a obtenção pioneira de estimativas de base populacional dos fatores associados à não realização do exame Papanicolaou entre mulheres quilombolas no Município de Vitória da Conquista, que pode contribuir para o planejamento das atividades oferecidas pelo setor público à saúde da mulher.

Este estudo apresenta um alinhamento com outros trabalhos já realizados no país, e os dados encontrados indicam uma necessidade de reflexão, com o objetivo de combater fatores que se associam à não realização do Papanicolaou entre as mulheres quilombolas procurando contemplar ações para melhorar as condições de prevenção para CCU, envolvendo melhoria das condições de vida e na oferta e acesso aos serviços de saúde, sendo fundamental o envolvimento dos gestores da saúde nas três esferas, sobretudo municipal, garantindo a execução plena de ações nesta seara.

REFERÊNCIAS

- 1- Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB. Cancer incidence in five continents. v. VIII. Lyon: IARC Press, 2002.
- 2- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
- 3- Alvarenga GC, Sá, EMM, Passos MRL, Pinheiro VMS. Papilomavírus humano e carcinogênese no colo do útero. J bras Doenças Sex Transm. 2000; 12(1): 28-38.
- 4- Appleby P, Beral V, Berrington de González A, Colin D, Franceschi S, Goodill A, Green J, Peto J, Plummer M, Sweetland S. 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, Genève. 2006; 118(6): 1481-1495.
- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 14: Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1ª edição, 2006.
- 6- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer de Colo de Útero. [acessado em janeiro/2012]. Disponível em: [http:// www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br).

7- WHO, World Health Organization. Cancer Control. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Switzerland: WHO, 2007. [acessado em agosto/2013]. Disponível em: www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf.

8- Oliveira MMHN. Prevenção do câncer de colo uterino em São Luís: cobertura do exame de Papanicolaou e fatores associados. [Dissertação]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 1999.

9- Oliveira AF, Cunha CLF, Viégas IV, Figueiredo IS, Brito LMO, Chein MBC. Estudo sobre a adesão ao exame citopatológico de Papanicolaou em um grupo de mulheres. Rev Pesquisa em Saúde. 2011; 11(1): 32-37.

10- Arbyn M, Dillner J. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second edition summary document. Ann Oncol. 2010; 21(3):448-58.

11- Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Borba AT, Motta GLS, Fuchs SC. et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(1):191-7.

12- Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2005; 27(8).

13- WHO, World Health Organization. Women and Cervical and Breast Cancer. [acessado em março/2012]. Disponível em: <http://www.who.int>.

14- Thuler LCS. Lesões precursoras do câncer do colo uterino – Aspectos epidemiológicos. Rio de Janeiro: Figueiredo EMA, editor. Ginecologia oncológica. 2004; p. 3-6.

- 15- Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2006; 22 (11): 2329-2338.
- 16- Lopes, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Brasil, Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: FUNASA. 2005; p 446.
- 17- Coimbra CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. Cienc Saude Colet. 2000; (5): 125-132.
- 18- CNDSS-Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As Causas Sociais das iniquidades da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
- 19- Projeto COMQUISTA- Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista – BA: Avaliação de Saúde e seus Condicionantes. [acessado em Ago/2012]. Disponível em: <http://projetoconquista.wordpress.com>.
- 20- Brasil. Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde. [acessado em Jun/2012]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>.
- 21- Projeto de planejamento da Pesquisa nacional de saúde. [acessado em março/2012]. Disponível em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/>.
- 22- Martins LFL, Valente JG, Thuler LCS. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: estudo transversal de base populacional em duas capitais brasileiras. Rev Bras Cancerol. 2006; 52:197.

- 23- Muller DK, Dias-da-Costa JS, Luz AMH, Olinto MTA. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; (24):2511-20.
- 24- Carlotto K, Cesar JA, Hackenhaar AA, Ribeiro PRP. Características reprodutivas e utilização de serviços preventivos em saúde por mulheres em idade fértil: resultados de dois estudos transversais de base populacional no extremo Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; (24): 2054-62.
- 25- Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLT, Aquino EMC, Menezes G, Szwarcwald CL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25 (Suppl 2): S3019.
- 26- Nascimento CM, Eluf-Neto J, Rego RA. Pap test coverage in São Paulo municipality and characteristics of the women tested. *Bull Pan AmHealth Organ*. 1996; 30(4):302-12.
- 27- Cesar JA, Horta BL, Gomes G, Houlthausen RS, Willrich RM, Kaercher A, Kaercher A, Iastrenski FM. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(5): 1365-72.
- 28- Gasperin SI, Boing AF, 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*. 2011; (27): 1312-22.
- 29- Zeferino LC, Pinotti JA, Jorge JPN, Westin MCA, Tambascia JK, Montemor EBL. Organization of cervical cancer screening in Campinas and surrounding region, São Paulo State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; (22):1909-14.

- 30- Koval AE, Riganti AA, Foley KL. CAPRELA (Cancer Prevention for Latinas): findings of a pilot study in Winston-Salem, Forsyth County. N C Med J. 2006; (67): 9-16.
- 31- Quadros CAT, Victora CG, Dias-da-Costa JS. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. Rev. Panam Salud Pública. 2004; (16):223-32.
- 32- McPhee SJ, Nguyen TT. Cancer, cancer risk factors, and community based cancer control trials in Vietnamese Americans. Asian Am Pac Isl J Health. 2000; (8):18-31.
- 33-Borges MFSO, Dotto LMG, Koifman RJ, Cunha MA, Muniz PT. 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. 2012; 28(6): 1156-1166.
- 34- Silva DW, Andrade SM, Soares DA, Tutini B, Schneck CA, Lopes ML. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; (28): 24-31.

Tabela 1- Análise descritiva da amostra de mulheres quilombolas participantes do estudo (n=348). Projeto COMQUISTA, Bahia, Brasil, 2011.

	n	(%)
Faixa etária		
18 - 24 anos	70	20,1
25 - 29 anos	45	12,9
40 - 49 anos	74	21,3
50 - 59 anos	47	13,5
60 - 64 anos	16	4,6
Escolaridade¹		
Sem instrução	77	22,4
1 - 4 anos de estudo	162	47,1
5 + anos de estudo	105	30,5
Estado conjugal		
Sem companheiro	117	33,6
Com companheiro	231	66,4
Autoavaliação do estado de saúde §		
Boa	153	44,1
Regular	159	45,8
Ruim	35	10,1
Renda³		
< ½ Salário Mínimo	260	74,7
≥ ½ salário Mínimo	88	25,3
Realização de Papanicolaou		
< 3 anos	196	56,3
≥ 3 anos	57	16,4
Nunca realizou	95	27,3
Realização do exame clínico das mamas		
< 3 anos	54	15,5
≥ 3 anos	30	8,6
Nunca realizou	264	75,9
Consultou médico nos últimos 12 meses		
Sim	196	56,3
Não	152	43,7
Procura de atendimento relacionado à saúde§		
Mesmo local	274	79,0
Locais diferentes	73	21,0

Tabela 1- Análise descritiva da amostra de mulheres quilombolas participantes do estudo (n=348). Projeto COMQUISTA, Bahia, Brasil, 2011 (continuação).

	n	(%)
Realização de mamografia		
< 2 anos	19	5,5
≥ 2 anos	26	7,5
Nunca realizada	303	87,0
Consumo de álcool		
Não consome	240	69,0
Consome < 1 vez/mês	62	17,8
Consome 1 + vezes/mês	46	13,2
Tabagismo		
Não fumante	314	90,2
Fuma menos que diariamente	12	3,5
Fuma diariamente	22	6,3
Última verificação de pressão arterial²		
< 1 ano	269	78,0
≥ 1 ano	63	18,2
Nunca verificada	13	3,8
Prática de atividade física (últimos 3 meses)		
Sim	60	17,2
Não	288	82,8
Última realização de glicemia[¥]		
< 2 anos	164	47,8
≥ 2 anos	74	21,6
Nunca realizada	105	30,6
Última dosagem de colesterol/triglicérides[†]		
< 2 anos	134	39,4
≥ 2 anos	54	15,9
Nunca realizada	152	44,7

¹ 4 não respondentes; ² 3 não respondentes; ³ salário equivalente a R\$ 545,00; § 1 não respondente; ¥ 5 não respondentes; † 8 não respondentes.

Tabela 2- Análise univariada da realização de Papanicolaou em três ou mais anos e de nunca realização do exame em mulheres quilombolas com idade entre 18-64 anos. Projeto COMQUISTA, Bahia, Brasil, 2011.

Variável	Papanicolaou ≥ 3 anos			Papanicolaou nunca realizado		
	OR (IC 95%)	X ²	p - valor	OR (IC 95%)	X ²	p - valor
Faixa etária						
18 - 24 anos	0.83(0.27-2.58)	0.11	0.74	11.08(4.62-26.6)	33.6	0.00*
25 - 29 anos	0.87(0.30-2.55)	0.06	0.80	3.18(1.21-8.32)	5.79	0.02*
30 - 39 anos	1.21(0.56-2.62)	0.24	0.62	1.08(0.42-2.76)	0.02	0.87
40 - 49 anos	1.0			1.0		
50 - 59 anos	1.12(0.42-3.0)	0.05	0.82	2.83(1.07-7.49)	4.60	0.03*
60 -64 anos	1.21(0.29-5.1)	0.07	0.79	2.52(0.64-9.95)	1.81	0.18
Escolaridade						
Sem instrução	2.17(0.91-5.17)	3.14	0.08	0.77(0.40-1.49)	0.60	0.44
1 - 4 anos de estudo	1.30(0.60-2.81)	0.46	0.50	0.33(0.18-0.59)	14.4	<0.01*
5 + anos de estudo	1.0			1.0		
Estado conjugal						
Sem companheiro	1.50(0.79-2.88)	0.22	1.54	4.11(2.44-6.94)	29.80	<0.01*
Com companheiro	1.0			1.0		
Autoavaliação do estado de saúde						
Boa	0.65(0.25-1.69)	0.78	0.38	1.51(0.62-3.71)	0.83	0.36
Regular	0.64(0.25-1.61)	0.91	0.34	0.88(0.35-2.19)	0.07	0.78
Ruim	1.0			1.0		
Renda						
< ½ Salário Mínimo	1.0			1.0		
≥ ½ salário Mínimo	0.76(0.37-1.55)	0.58	0.44	1.01(0.58-1.77)	0.003	0.96
Realização do exame clínico das mamas						
< 3 anos	1.0			1.0		
≥ 3 anos	4.50(1.12-18.10)	5.0	0.02*	5.40(1.56-18.60)	8.00	0.04*
nunca realizou	3.89(1.32-11.4)	6.92	<0.01*	5.63(2.04-14.06)	13.90	<0.01*
Consultou médico nos últimos 12 meses						
Sim	1.0			1.0		
Não	3.13(1.70-5.77)	14.16	<0.01*	2.28(1.38-3.76)	10.66	<0.01*
Procura de atendimento relacionado à saúde						
Mesmo local	1.0			1.0		
Locais diferentes	2.91(1.44-5.90)	9.30	<0.01*	2.91(1.44-5.90)	16.68	<0.01*
Realização de mamografia						
< 2 anos	1.0			1.0		
≥ 2 anos	2.83(0.27-29.96)	0.80	0.37	4.72(0.50-44.70)	2.11	0.14
Nunca realizada	5.60(0.72-43.10)	3.43	0.06	9.40(1.23-71.80)	6.80	<0.01*

Tabela 2- Análise univariada da realização de Papanicolaou em três ou mais anos e de nunca realização em mulheres quilombolas com idade entre 18-64 anos. Projeto COMQUISTA, Bahia, Brasil, 2011 (continuação).

Variável	Papanicolaou ≥ 3 anos			Papanicolaou nunca realizado		
	OR (IC 95%)	X ²	p - valor	OR (IC 95%)	X ²	p - valor
Consumo de álcool						
Não consome	1.0			1.0		
Consome < 1 vez/mês	1.24(0.57-2.69)	0.30	0.58	1.50(0.80-2.85)	1.59	0.21
Consome 1 + vezes/mês	0.84(0.32-2.19)	0.13	0.72	1.40(0.69-2.84)	0.87	0.35
Tabagismo						
Não fumante	1.0			1.0		
Fuma menos que diariamente	3.16(0.92-10.8)	3.70	0.06	0.33(0.04-2.81)	1.12	0.29
Fuma diariamente	1.58(0.53-4.70)	0.68	0.41	0.83(0.28-2.44)	0.11	0.74
Última verificação de pressão arterial						
< 1 ano	1.0			1.0		
≥ 1 ano	1.98(0.96-4.11)	3.51	0.06	1.88(1.0-3.55)	3.88	0.049*
Nunca verificada	1.99(0.35-11.23)	0.63	0.43	4.39(1.24-15.50)	6.15	0.01*
Prática de atividade física (últimos 3 meses)						
Sim	1.0			1.0		
Não	3.19(1.09-9.35)	4.90	0.03*	1.03(0.55-1.92)	0.008	0.93
Última realização de glicemia						
< 2 ano	1.0			1.0		
≥ 2 anos	5.40(2.42-12.04)	19.10	<0.01*	1.28(0.65-2.52)	0.50	0.48
Nunca realizada	4.33(1.98-9.46)	14.85	<0.01*	2.07(1.18-3.64)	6.55	0.01*
Última dosagem de colesterol/triglicérides						
< 2 ano	1.0			1.0		
≥ 2 anos	3.45(1.49-8.05)	8.76	<0.01*	1.17(0.53-2.58)	0.15	0.69
Nunca realizada	2.26(1.11-4.60)	5.20	0.02*	1.61(0.94-2.76)	2.99	0.08

* associação estatisticamente significativa; Categoria de referência: mulheres com realização do Papanicolaou há menos de 3 anos.

Tabela 3- Modelo final de regressão logística multinomial por grupo de variáveis selecionadas e realização de exame Papanicolaou. Projeto COMQUISTA, Bahia, Brasil, 2011.

	OR IC(95%)	p-valor	OR IC(95%)	p-valor
Variáveis			Papanicolaou nunca realizado	
Idade	Papanicolaou ≥ 3 anos			
18-24 anos	1.21(0.33-4.52)	>0.05	12.86(4.04-40.92)	0.00*
25-29 anos	1.18(0.36-3.90)	>0.05	3.59(1.11-11.56)	<0.05*
30-39 anos	1.17(0.49-2.80)	>0.05	1.05(0.37-2.97)	>0.05
40-49 anos	1.0		1.0	
50-59 anos	1.60(0.52-4.88)	>0.05	3.56(1.13-11.19)	<0.05*
60-64 anos	0.89(0.14-5.66)	>0.05	2.28(0.49-10.52)	>0.05
Estado Conjugal				
Sem companheiro	1.08(0.51-2.26)	>0.05	2.74(1.48-5.09)	0.01*
Com companheiro	1.0		1.0	
Escolaridade				
Sem instrução	1.32(0.54-3.23)	>0.05	3.26(1.14-9.30)	<0.05*
1-4 anos de estudo	2.34(0.89-6.16)	>0.05	2,15(0.89-5.14)	>0.05
5+anos de estudo	1.0		1.0	
Consulta médica: últimos 12 meses				
Não	2.14(1.08-4.25)	<0.05*	1.57(0.84-2.92)	>0.05
Sim	1.0		1.0	
Local de atendimento relacionado à saúde				
Locais diferentes	2.61(1.17-5.79)	<0.05*	3.37(1.58-7.17)	0.001*
Mesmo local	1.0		1.0	
Exame clínico das mamas				
< 3 anos	1.0		1.0	
≥ 3 anos	2.59(0.57-11.86)	>0.05	7.2(1.61-32.13)	0.01*
Nunca realizado	1.54(0.55-4.34)	>0.05	5.07(1.52-16.92)	0.01*
Última dosagem de glicose sanguínea				
< 2 anos	1.0		1.0	
≥ 2 anos	4.77(2.03-11.2)	0.00*	1.43(0.62-3.33)	>0.05
Nunca realizou	2.83(1.20-6.65)	<0.05*	1.44(0.71-2.94)	>0.05

*Associação estatisticamente significativa <0.05; AIC modelo inicial= 593.81; AIC modelo final=579.24; Categoria de referência: mulheres com realização do Papanicolaou há menos de 3 anos.

ANEXO A

***Folha de Aprovação da Câmara Departamental-Departamento de
Medicina Preventiva e Social- Faculdade de Medicina-UFMG***



Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Minas Gerais

DMPS/FM/MEMO 02/11

Belo Horizonte, 14 de fevereiro de 2011

Senhor Professor

Informo a V. Sa. que a Câmara Departamental reunida em 14 de fevereiro de 2011 aprovou o **PROJETO COMQUISTAR Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista: Avaliação de saúde e seus condicionantes.**

Atenciosamente

Antônio Leite Alves Radicchi
Chefe do Depto. de Medicina
Preventiva e Social

Antônio Leite Alves Radicchi
Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social/FM/UFMG

Exmo. Sr.

Professor Mark Drew Crosland Guimarães

DMPS/FM/UFMG

ANEXO B

***Folha de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de Minas Gerais, e Protocolo de pesquisa-Projeto
COMQUISTA***



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP


Projeto: CAAE - 0118.0.066.203-10

Interessado(a): Prof. Mark Drew Crosland Guimarães
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 13 de julho de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"PROJETO CONQUISTAR – Comunidade quilombolas de Vitória da Conquista: avaliação de condicionantes de saúde"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

PROTOCOLO DE PESQUISA

PROT02.DOC OU ETICPROT.897(3)

I.1. TÍTULO DO PROJETO:

PROJETO DE PESQUISA COMQUISTA: Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista – Bahia: Avaliação de saúde e seus condicionantes

I.2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL*

Nome: Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Identidade: M-166.909

CPF: 493.697.416-15

Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia – BH – MG Oitavo andar

Correspondência: o mesmo

Telefone: (31)3409-9103

Fax: (31)3409-9109

Correio eletrônico: mark.guimaraes@gmail.com

* Coordenador Acadêmico do DINTER PPGSP/UFMG-IMS-CAT-UBFA

I.3. INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL:

Instituto Multidisciplinar em Saúde – Campus Anísio Teixeira, Universidade Federal da Bahia
(Coordenação do Projeto)

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Departamento de Medicina Preventiva e Social/Faculdade de Medicina/ UFMG (Coordenação Acadêmica)

I.4. PROJETO APROVADO EM 14/02/2011

*“Ad Referendum”
Congregação da Faculdade de Medicina*

Prof. Francisco José Penna
Diretor da Faculdade de Medicina da UFMG
Insc. nº: 057/89

Diretor da Unidade

Virgílio Baião Carneiro
Subchefe do Depto. de Medicina Preventiva e Social

Chefe do Departamento

Recebido na Comissão de Ética da UFMG em

Para o relator em

Parecer avaliado em reunião de

Aprovado:
Diligência/pendências:
Não aprovado:

ANEXO C

***Folha de Aprovação do Projeto pela FASB-
Faculdade São Francisco de Barreiras- Bahia: Projeto COMQUISTA.***



MANTENEDORA
FACULDADE SÃO FRANCISCO DE BARREIRAS – FASB
INSTITUTO AVANÇADO DE ENSINO SUPERIOR DE BARREIRAS –IAESB
CNPJ N.º 42.752.675/0001-37 – Inscrição Estadual Isento

Barreiras, 05 de outubro de 2010.

CAAE:0118.0.066.000-10

Do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP FASB

Para: Raquel Souza (pesquisadora responsável)

Ana Paula Steffens, Cláudio Lima Souza, Cláudia Nicolaevna Koochering, Daniela Arruda Soares, Danielle Souto de Medeiros, Karine de Oliveira Gomes, Luis Rogério Cosme Silva Santos, Luiz Gustavo Vieira Cardoso, Poliana Cardoso Martins e Vanessa Moraes Bezerra

Assunto: Encaminhamento do Parecer CEP TCD 110/10 V2

Prezados Pesquisadores,

Informamos que o CAAE 0118.0.066.000-10 TCD 110/10 V2 referente ao projeto: “**Projeto Conquistar – Com unidades Quilombolas de Vitória da Conquisata: Avaliação de Condicionantes da Saúde**”. atendeu a todas as solicitações apontadas; está **Aprovado** por este Comitê de Ética em Pesquisa e está em condições de ser iniciado.

Ressaltamos a necessidade de atenção aos Incisos IX.1 e IX.2 da Resolução 196/96 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto.

Após o seu encerramento, solicitamos o envio do relatório, conforme anexo, até 22 de novembro de 2010.

Cordialmente,

Comitê de Ética em Pesquisa – FASB
Flávia C. Pena Dias
Coordenadora

Flávia Carvalho Pena Dias

Coordenadora

Comitê de Ética em Pesquisa – FASB

ANEXO D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal da Bahia - UFBA
Instituto Multidisciplinar em Saúde/Campus Anísio Teixeira – IMS/CAT
Avaliação das condições de saúde da população quilombola
Vitória da Conquista – BA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INTRODUÇÃO:

Estamos convidando você para participar de um estudo que será realizado entre os moradores de comunidades remanescentes de quilombos em Vitória da Conquista – Bahia. Este estudo está sendo desenvolvido pelo Instituto Multidisciplinar de Saúde da Universidade Federal da Bahia – Campus Anísio Teixeira, Vitória da Conquista, em colaboração com a Universidade Federal de Minas Gerais e as Secretarias Municipais de Saúde e Desenvolvimento Social de Vitória da Conquista. Este estudo é importante para que se possa conhecer a situação de saúde da comunidade e os serviços de saúde que ela utiliza.

SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA:

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo. Os entrevistadores conversarão com você sobre o estudo e esclarecerão qualquer dúvida que tenha. Após você ter entendido o estudo, e caso resolva participando mesmo, solicitaremos que você assine o termo de consentimento. Você receberá também uma cópia para guardar. Você pode desistir de participar do estudo a qualquer momento, basta avisar que não quer mais participar. A sua desistência não acarreta nenhum prejuízo nem para você e nem para sua família.

OBJETIVOS DO ESTUDO:

Avaliar a situação de saúde e utilização de serviços de saúde pela população quilombola do município de Vitória da Conquista – Bahia, para conhecimento da situação de saúde destas pessoas e utilização dos serviços de saúde frequentados. Os resultados serão importantes para caracterizar a assistência prestada pelos serviços de saúde do município, conhecer a situação de

saúde da população quilombola e poderá contribuir para formulação de políticas que visem à integralidade da atenção à saúde das pessoas.

PROCEDIMENTOS:

1. Realizaremos uma entrevista, durante a qual perguntaremos coisas sobre a sua vida e das pessoas que moram na mesma casa. Esta entrevista não deve demorar mais do que uma hora. Tudo que você responder será mantido em segredo, em nenhum momento do estudo seu nome será divulgado e tudo que você disser será utilizado somente para este estudo. Caso você não possa responder ao questionário neste momento, poderemos combinar outra hora que seja mais conveniente para você.

2. Após a entrevista faremos as medidas de peso e altura para crianças, adolescentes, gestantes e idosos. Para adultos faremos as medidas de peso, altura, circunferência da cintura e a verificação da pressão arterial será aferida em adultos e idosos.

.

POSSÍVEIS RISCOS:

Você pode ficar sem graça com algumas perguntas como, por exemplo: atividades sexuais, uso de drogas e situações de violência.

POSSÍVEIS BENEFÍCIOS:

Os benefícios incluem uma melhor compreensão de como está a saúde das pessoas que vivem em comunidades quilombolas, saber a opinião sobre os serviços de saúde que são oferecidos e com isso, colaborar para modificação dos mesmos. O conhecimento das medidas de peso, altura e circunferência da cintura serão usados para saber se as pessoas estão com o peso normal e no caso das crianças e adolescentes, se estão crescendo como deveria. A verificação da pressão arterial ajuda a saber como estão os níveis de sua pressão arterial.

CUSTOS:

Não há nenhum custo para você em participar do estudo.

OUTRAS INFORMAÇÕES:

1. Você poderá participar de todas as etapas ou apenas de partes da pesquisa.

- Participarei da entrevista ()

- Participarei das medidas de peso, altura e circunferência da cintura ()

- Participarei da verificação da pressão arterial ()

2. Você pode procurar a Professora Doutora Raquel Souza, do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia – Vitória da Conquista, Coordenadora do Estudo, pelo telefone 77- 88081022 para esclarecer dúvidas, comunicar qualquer problema com relação ao estudo ou retirar seu consentimento, podendo telefonar a cobrar.

Universidade Federal da Bahia - UFBA
Instituto Multidisciplinar em Saúde/Campus Anísio Teixeira – IMS/CAT
Avaliação das condições de saúde da população quilombola
Vitória da Conquista - BA

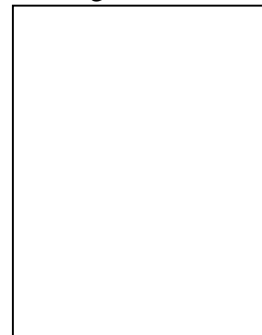
CONSENTIMENTO

Eu conheço o conteúdo deste consentimento e me foram dadas oportunidades para esclarecer minhas dúvidas. Minha participação é inteiramente voluntária. No caso de não querer mais participar, posso desistir em qualquer momento, sem que isso traga qualquer prejuízo para mim.

Vitória da Conquista, _____ de _____ de _____.

Nome do responsável Assinatura do responsável

Polegar direito



ANEXO E

Carta de aceite da Revista Ciência & Saúde Coletiva

Prezado(a) colega MÁRCIO VASCONCELOS OLIVEIRA,

Seu artigo, **FATORES ASSOCIADOS À NÃO REALIZAÇÃO DE PAPANICOLAOU EM MULHERES QUILOMBOLAS**, acaba de ser **aprovado** pela Editoria da Revista Ciência & Saúde Coletiva.

Esta mensagem tem a finalidade de lhe pedir consentimento para divulgá-lo na página www.cienciaesaudecoletiva.com.br. Sendo positiva sua aquiescência, por favor, preencha o documento abaixo e o devolva imediatamente por correio e assinado com caneta esferográfica azul. Seu artigo será divulgado no prazo de 48 horas após a Editoria da Revista receber sua permissão. Informo-lhe que, uma vez publicado, seu artigo poderá ser, imediatamente, incorporado a seu currículo. Na página onde for divulgado o artigo haverá orientação de como citá-lo. Quando seu artigo for publicado na Revista impressa, imediatamente sairá da página e poderá ser acessado pela base scielo www.scielo.org.

Agradeço-lhe se puder responder com a maior presteza possível a esta mensagem.

Maria Cecília de Souza Minayo
Editora científica da revista Ciência & Saúde Coletiva

Confira aqui o parecer sobre seu artigo:

- Parecer 1

Os autores responderam bem às questões levantadas na revisão. Considero a presente versão do artigo adequada para publicação.

ANEXO F

Ata da defesa da Tese e folha de aprovação da defesa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

ATA DA DEFESA DE TESE DO ALUNO MARCIO VASCONCELOS OLIVEIRA

Realizou-se, no dia 10 de fevereiro de 2014, às 08:00 horas, Sala 526, Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada *PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM MULHERES QUILOMBOLAS DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA, BAHIA, BRASIL*, apresentada por MARCIO VASCONCELOS OLIVEIRA, número de registro 2010719659, graduado no curso de FARMÁCIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Elisabeth Barboza França - Orientador (Universidade Federal de Minas Gerais), Prof(a). Francisco de Assis Acurcio (UFMG), Prof(a). Luana Giatti Goncalves (UFOP), Prof(a). Adriano Maia dos Santos (UFBA), Prof(a). Raquel Souza (UFBA).

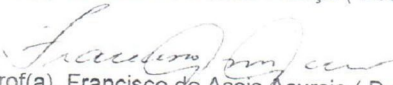
A Comissão considerou a tese:

Aprovada

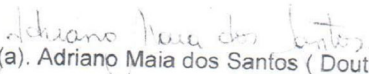
Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 10 de fevereiro de 2014.


Prof(a). Elisabeth Barboza França (Doutora)


Prof(a). Francisco de Assis Acurcio (Doutor)


Prof(a). Luana Giatti Goncalves (Doutora)


Prof(a). Adriano Maia dos Santos (Doutor)


Prof(a). Raquel Souza (Doutora)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

**PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM MULHERES QUILOMBOLAS
DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA, BAHIA, BRASIL**

MARCIO VASCONCELOS OLIVEIRA

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração EPIDEMIOLOGIA.

Aprovada em 10 de fevereiro de 2014, pela banca constituída pelos membros:

Elisabeth Barboza França

Prof(a). Elisabeth Barboza França - Orientador
Universidade Federal de Minas Gerais

Francisco de Assis Acurcio

Prof(a). Francisco de Assis Acurcio
UFMG

Luana Giatti Gonçalves

Prof(a). Luana Giatti Gonçalves
UFOP

Adriano Maia dos Santos

Prof(a). Adriano Maia dos Santos
UFBA

Raquel Souza

Prof(a). Raquel Souza
UFBA

Belo Horizonte, 10 de fevereiro de 2014.