



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MAGNA SANTOS ANDRADE

**ADESÃO AO PAPANICOLAOU NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA,  
FEIRA DE SANTANA- BA**

FEIRA DE SANTANA-BA

2011

MAGNA SANTOS ANDRADE

**ADESÃO AO PAPANICOLAOU NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA,  
FEIRA DE SANTANA- BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maura Maria Guimarães de Almeida

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tânia Maria de Araújo

FEIRA DE SANTANA - BA

2011

Ficha Catalográfica: Biblioteca Central Julieta Carteado

Andrade, Magna Santos

A568a Adesão ao papanicolaou na estratégia de saúde da família, Feira de Santana - BA / Magna Santos Andrade. – Feira de Santana, 2011.  
132f. : il.

Orientadora: Maura Maria Guimarães de Almeida.

Co-orientadora: Tânia Maria de Araújo.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2011.

1. Câncer – Prevenção – Feira de Santana, BA. 2. Câncer de útero – Prevenção – Feira de Santana, BA. 3. Colo uterino – Saúde da mulher – Feira de Santana, BA. 4. Saúde Pública – Feira de Santana, BA. I. Almeida, Maura Maria Guimarães de. II. Araújo, Tânia Maria de. III. Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Departamento de Saúde. V. Título.

CDU: 616-006.6

MAGNA SANTOS ANDRADE

**ADESÃO AO PAPANICOLAOU NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA,  
FEIRA DE SANTANA- BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia

Feira de Santana - BA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Banca examinadora**

---

Profª Drª Maura Maria Guimarães de Almeida  
(Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS)

---

Profª Drª Ana Karina Bezerra Pinheiro  
(Universidade Federal do Ceará - UFC)

---

Profª Drª Edna Maria de Araújo  
(Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS)

***Agradecimento especial ao meu pai, o amor da minha vida, minha saudade mais doce, o abraço mais carinhoso e que mais faz falta, lembrança de todas as horas, minha identidade enquanto pessoa, o presente mais lindo que Deus me proporcionou, quem esteve sempre comigo e ainda está em laço do amor mais puro entre pai e filha...***

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** pela oportunidade de crescimento constante.

A minha família: meus pais, **Eurico** e **Joselia**, os principais responsáveis pela pessoa que sou hoje, aqueles que sempre me apoiaram incondicionalmente, incentivaram desde o início da jornada, o carinho a cada instante, abriram mão em muitos momentos de suas vidas pelas minhas conquistas e ensinaram que respeito e honestidade são essenciais em todos os momentos.

Ao meu irmão **Marcos** pelo carinho de sempre.

A **Beto**, que muito mais que namorado foi amigo, companheiro, compreensivo, paciente com minha angústia por estar longe de casa, o colo quando mais precisei, o alimento do dia a dia em terra estranha e o principal responsável pelos imprescindíveis momentos de distração durante este período.

A **Glauber**, amigo, irmão e conselheiro de todas as horas, cujas longas conversas ao telefone revigoravam minha energia e amenizavam a saudade trazida pela distância.

A **Tata Valéria** pelo amor e alegria de sempre que mesmo a longuíssima distância não foi capaz de apagar.

A **Paulinha**, amiga e irmã, acolhida de coração pela minha família, que sempre esteve nos momentos mais difíceis, levando o carinho para acalmar a saudade sentida pelos meus pais.

A **Juliana, Dea, Dani, Sol** amigas tão queridas que nunca deixaram que a distância nos afastasse, estando sempre presentes por telefone com o mesmo carinho que um abraço poderia proporcionar e fisicamente em todos os momentos de retorno ao lar.

A **Roberto** amigo especialíssimo proporcionado pelo mestrado, companhia constante, mesmo quando estava distante graças aos benefício da tecnologia. Amigo e confidente, grande companheiro nos momentos sérios e de descontração.

As amigas queridíssimas **Rebeca, Camila Porto, Nice e Denise (dinda)**, pelo carinho de sempre, pelo apoio no momento em que mais precisei e pelo compartilhar durante toda a jornada.

A **Liane, Ilva, Samara, Naiara, Karina e Éder** pelo sorriso e atenção prestada em todos os encontros.

Aos demais colegas **Clóvis, Camila Souza e Nélia** por termos trilhado juntos esta importante etapa.

Aos **bolsistas e voluntários do NEPI** e em especial a **Camila**, bolsista do projeto, sem os quais a coleta de dados seria impossível.

A **Kionna** descoberta recente, mas tão especial, obrigada pelo carinho, atenção, paciência, solicitude, amizade e acima de tudo por compartilhar seu conhecimento, peça fundamental para que eu terminasse a jornada.

As professora **Maura Maria e Tânia Araújo** pelos momentos de construção do conhecimento, cujas contribuições foram imprescindíveis para o meu progresso profissional, foi um prazer a presença e colaboração fundamental nesta caminhada.

A **Jorginho, Goreth e Silmara** pelo carinho e atenção.

Aos professores do mestrado, pois cada um contribuiu para a construção deste conhecimento.

**A todos, muito obrigada!**

## RESUMO

O câncer de colo de útero apresenta-se como um grave problema de saúde pública sendo responsável por milhares de casos de adoecimento e óbito anualmente. A não adesão ao exame de prevenção, denominado Papanicolaou, ainda é uma realidade que acomete parcela significativa das mulheres brasileiras. O objetivo deste estudo foi descrever os fatores associados à não adesão ao Papanicolaou em mulheres entre 25 e 59 anos residentes nas áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família (zona urbana) do município de Feira de Santana, BA. Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, cuja amostra foi selecionada através de Amostragem Aleatória por Conglomerados e constituída por 453 famílias residentes nas 62 áreas cobertas pelas Equipes de Saúde da Família localizadas na zona urbana, de onde foram obtidas 230 mulheres para as entrevistas. Os dados foram coletados em visitas domiciliares, através da aplicação de formulários, após a realização de Estudo Piloto (pré-teste). O Sistema de Informação da Atenção Básica apresentou inconsistências ao utilizá-lo para a obtenção dos dados sobre as famílias sorteadas, observando-se incompatibilidades ao se comparar os dados das famílias no banco de dados, nos prontuários das unidades e as informações encontradas no domicílio, o que dificultou a localização das mulheres. Foi estudada a associação entre a não adesão da mulher ao Papanicolaou e fatores sociodemográficos, antecedentes ginecológicos, obstétricos, sexualidade, acesso ao serviço de saúde e conhecimento sobre o Papanicolaou. Realizou-se análise exploratória e descritiva, taxas de prevalência, razões de prevalência, teste qui-quadrado considerando intervalo de confiança (IC = 95%) e p-valor  $\leq 0,05$ . Observou-se que 12,6% das mulheres não aderiram ao exame preventivo. A associação foi estatisticamente significativa entre a não adesão e o conhecimento inadequado sobre o Papanicolaou, a não utilização de método contraceptivo, não ter freqüentado a escola, possuir quatro ou mais filhos e ter quatro ou mais partos. Percentuais relevantes de não adesão também foram encontrados, mas sem associação significativa, entre mulheres separada/divorciada/desquitada/viúva (17,2%), renda familiar mensal menor ou igual a 1 salário mínimo (17%), raça/cor preta/parda (13,2%), que não possuíam parceiro nos três meses anteriores à entrevista (20,5%) e não utilizavam os serviços da Unidade de Saúde da Família do bairro (20,6%). O estudo revelou a existência de desigualdades sociais e econômicas para a não realização do preventivo, apontando para a necessidade de organização de serviços equânimes que atendam a população em suas diversas realidades.

**Palavras-chave:** neoplasia de colo de útero; prevenção; adesão; serviço de saúde; informação em saúde; avaliação; saúde; gestão.



## ABSTRACT

Each year Cervix's Cancer is the sponsor as an serious public health problem causing thousands of illness and death cases. The rejection on the use of the preventive exam, called the Pap-test, is still a reality that affects a significant portion of Brazilian women. The main goal of this study was to describe factors that cause the rejection on the use of the Pap-test in women between 25 and 59 years living in the catchment areas of Family Health Teams (urban area) in the city Feira de Santana, state of BA. This is a cross-sectional epidemiological study, whose sample was selected through random cluster sampling and comprised in 453 families, obtaining 230 women for interviews. Data were collected on home visits through the application form, completion after a pilot study (pretest). We studied the association between the rejection on the use of the preventive exam and women's socio-demographic, gynecological, obstetrical, sexuality, access to health services and knowledge about the Pap-test. Analysis was exploratory and descriptive, prevalence rates, prevalence ratios, chi-square confidence interval (CI = 95%) and p-value  $\leq 0.05$ . The Information System of Primary Care presented inconsistencies when using it to obtain data on households drawn, noting inconsistencies when comparing the data from families in the database, in the records of the units and the information found in the home, hindering the identification of women. It was observed that 12.6% of women did not benefit of the use of the Pap-test. The association was statistically significant between the non-use and inadequate knowledge about the Pap test, not using contraception, not having attended school, having four or more children and have four or more deliveries. Relevant percentage of non-use were also found, but no significant association between women separated / divorced / separated / widowed (17.2%), monthly family income less than or equal to one minimum wage (17%), race / black / brown (13.2%) who had no partner in the three months preceding the interview (20.5%) and did not use the services of the Family Health Unit of the district (20.6%). The study revealed the existence of social and economic inequalities for not performing preventive, pointing to the need for equitable service organization that meets the population in its various realities.

**Keywords:** cervical neoplasm; prevention; membership; health service; health information; evaluation; health; management.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACS</b>	American Cancer Society
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>BA</b>	Bahia
<b>CEP</b>	Comitê de Ética e Pesquisa
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>HPV</b>	Papilomavírus Humano
<b>IBGE</b>	Instituto de Geografia e Estatística
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>IST</b>	Infecção Sexualmente Transmissível
<b>MA</b>	Maranhão
<b>MG</b>	Minas Gerais
<b>NEPI</b>	Núcleo de Epidemiologia
<b>NIC</b>	Neoplasia Intraepitelial Cervical
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OMS</b>	Organización Mundial de La Salud
<b>OPAS</b>	Organización Panamericana de La Salud
<b>PAISM</b>	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
<b>PMA2</b>	Produção e Marcadores para Avaliação
<b>PNAISM</b>	Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
<b>PNAD</b>	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família

<b>R</b>	R Foundation for Statistical Computing
<b>RN</b>	Rio Grande do Norte
<b>RS</b>	Rio Grande do Sul
<b>RR</b>	Risco Relativo
<b>RP</b>	Razão de Prevalência
<b>SP</b>	São Paulo
<b>PR</b>	Paraná
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SIS</b>	Sistema de Informação em Saúde
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Sciences
<b>SSA2</b>	Situação de Saúde e Acompanhamento das famílias
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UEFS</b>	Universidade Estadual de Feira de Santana
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>WHO</b>	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>15</b>
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos Específicos	15
<b>3</b>	<b>ARTIGOS</b>	<b>16</b>
<b>3.1</b>	<b>ADESÃO AO PAPANICOLAOU ENTRE MULHERES ATENDIDAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM FEIRA DE SANTANA, BA</b>	<b>17</b>
<b>3.2</b>	<b>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: avaliação das fragilidades e potenciais contribuições como instrumento de gestão da saúde no âmbito municipal</b>	<b>42</b>
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>65</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>68</b>
	<b>APÊNDICES</b>	
	<b>APÊNDICE A - Projeto de pesquisa</b>	<b>73</b>
	<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)</b>	<b>123</b>
	<b>APÊNDICE C – Formulário</b>	<b>124</b>
	<b>ANEXOS</b>	
	<b>ANEXO A – Aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP</b>	<b>131</b>
	<b>ANEXO B – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, BA, para a coleta de dados</b>	<b>132</b>

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de colo de útero é a terceira neoplasia maligna mais frequente entre as mulheres no Brasil e em países em desenvolvimento, perdendo apenas para o câncer de pele e de mama. Aproximadamente 500.000 casos novos e 230 mil óbitos ocorrem anualmente devido a neoplasia cérvico-uterina em todo o mundo e são esperados no Brasil, para o ano de 2011, 18.000 novos casos (BRASIL, 2009b).

Em algumas regiões brasileiras, o câncer de colo de útero é o segundo tipo de câncer mais comum na população feminina, a exemplo da Região Norte, onde, em 2009, atingiu 22,20 casos por 100.000 mulheres enquanto o câncer de mama chegou a 15,62, sendo que no mesmo ano a taxa no país foi de 19,19 por 100.000 mulheres (BRASIL, 2010b).

Além do adoecimento e morte que podem ser causados pela neoplasia cérvico-uterina, esta patologia também acarreta prejuízos econômicos para a sociedade devido aos onerosos tratamentos, redução da população economicamente ativa e, principalmente, consequências psicológicas e sociais para as diversas famílias que perdem, em muitas destas situações, suas cuidadoras e entes queridos.

O principal fator de risco para o desenvolvimento desta patologia é a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), associado a maioria dos casos de lesão precursora do câncer de colo de útero. Contudo, outros fatores também são relevantes para o desenvolvimento da doença, tais como: precocidade do início da atividade sexual, múltiplos parceiros sexuais, tabagismo, baixa condição socioeconômica, multiparidade, uso prolongado de contraceptivos hormonais, dentre outros (ACS, 2010).

O Papanicolaou é o procedimento mais utilizado para a detecção das lesões pré-cancerosas e do câncer invasivo, consistindo em técnica simples a partir da coleta de uma pequena amostra de células da cérvix uterina e análise do material em microscópio (ACS, 2010).

Como rotina para a realização do Papanicolaou, o Ministério da Saúde preconiza que todas as mulheres que já tenham iniciado atividade sexual,

prioritariamente aquelas entre 25 e 59 anos, realizem dois exames em anos consecutivos e, após os resultados, passe a realizar o exame a cada três anos. Essa conduta tem efeito protetor de aproximadamente 91%, quando realizada conforme estabelecido (BRASIL, 2006a).

Estima-se que cerca de 95% das mulheres que vivem em países em desenvolvimento nunca tenham se submetido ao exame de prevenção do câncer de colo de útero, e mesmo em países desenvolvidos algumas populações como mulheres residentes na zona rural e pertencentes a camadas mais carentes também apresentam menores indicadores de prevenção se comparadas ao restante da população (OMS, 2007).

O Pacto pela Saúde apresenta como meta para uma adequada prevenção do câncer de colo de útero e consequente impacto para a redução dos indicadores a cobertura de 80% da população entre 25 e 59 anos para a realização do Papanicolaou (BRASIL, 2006b).

Para a avaliação da realização de citopatológico nos municípios utiliza-se como indicador a razão entre o número de exames coletados na faixa etária de 25-59 anos pelo total da população alvo, sendo preconizado pelo Ministério da Saúde que este valor alcance 0,3 (RIO GRANDE DO SUL, 2008). O município de Feira de Santana, BA, localizado no centro-leste baiano, no ano de 2009 alcançou o indicador de 0,16, ou seja, 53,3% da meta de 0,3 preconizada pelo Ministério da Saúde (BAHIA, 2010).

A implantação do Programa de Saúde da Família (hoje denominado Estratégia de Saúde da Família - ESF), na década de 90, foi o principal mecanismo para a ampliação da oferta do Papanicolaou em todo o território nacional, sendo os profissionais médicos e enfermeiros os responsáveis pela coleta do material para o citopatológico nas mulheres residentes nas áreas de abrangência das equipes.

Entretanto, observa-se que a ampliação da oferta do exame de prevenção não foi suficiente para produzir alteração significativa nos indicadores de morbimortalidade por câncer de colo de útero. Na série histórica divulgada pelo Ministério da Saúde observou-se que, em 1990, foram a óbito no Brasil 2.787 mulheres por essa doença, tendo este número chegado a 4.691 óbitos em 2007 (BRASIL, 2010b).

Com isso, a prevenção do câncer de colo de útero deve ser analisada em relação a diversos aspectos e não apenas no que se refere ao número de exames oferecidos em todo território nacional. A adesão inadequada ao Papanicolaou, evidenciada pela permanência dos altos indicadores de morbimortalidade, apresenta a necessidade de se trabalhar a ampliação da oferta do procedimento associada à estratégias de educação em saúde que de fato sensibilizem as mulheres sobre a importância da realização do exame e a organização de serviços de saúde equânimes e integrais para o atendimento das mulheres em suas diversas realidades.

Mais de 80% das mulheres com diagnóstico recente de câncer de colo de útero vivem em países em desenvolvimento e a maior parte destes diagnósticos ocorre quando a patologia já está em estágio avançado, sendo, por consequência, uma das principais causas de morte entre mulheres que residem nestas localidades (OMS, 2007).

A manutenção das altas taxas representa um desafio, já que medidas adotadas até o momento ainda não foram suficientes para redução expressiva do adoecimento e morte por esta patologia na população feminina brasileira, o que pode estar associado a dificuldades na oferta, acesso e qualidade de ações que atinjam de fato a população alvo (ALBUQUERQUE et al., 2009).

A partir da observação da realidade local torna-se necessário responder ao seguinte questionamento: quais os fatores associados à não adesão ao Papanicolaou em mulheres entre 25 e 59 anos residentes nas áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família (zona urbana), município de Feira de Santana, BA?

O conhecimento sobre os fatores que dificultam ou impossibilitam a realização dos exames preventivos pode contribuir para que as medidas a serem adotadas sejam adequadas e possam atingir a população mais vulnerável ao adoecimento por essa doença. Com isto, podem ser estabelecidas ações de maior impacto com relação a este importante problema de saúde pública.

A realização de estudos que busquem não apenas dimensionar os índices de cobertura do exame Papanicolaou, mas também verifiquem aspectos que podem

influenciar na realização do exame preventivo, como características sociodemográficas, culturais, reprodutivas e de acesso aos serviços de saúde, torna-se um desafio necessário para a compreensão dos fatores que dificultam a prevenção do câncer de colo de útero.

Esta dissertação está apresentada em formato de artigo, contendo dois trabalhos com os seguintes títulos: “ADESÃO AO PAPANICOLAOU ENTRE MULHERES ATENDIDAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM FEIRA DE SANTANA, BA” e “SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: avaliação das fragilidades e potenciais contribuições como instrumento de gestão da saúde no âmbito municipal”.

O primeiro artigo descreve os fatores associados à não adesão ao exame de prevenção do câncer de colo de útero, sendo, para isso, analisados fatores sociodemográficos, antecedentes ginecológicos, obstétricos, sexualidade, acesso ao serviço de saúde e conhecimento sobre o exame.

No segundo artigo discute-se as dificuldades encontradas no processo de coleta de dados devido à inconsistência das informações existentes no SIAB do município de Feira de Santana.

Os resultados apresentados surgiram a partir da análise dos dados coletados entre os meses de Maio e Novembro de 2010, processo que contou com a participação de bolsistas e voluntários no Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

No apêndice é apresentado o projeto de pesquisa, Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) e o formulário construído para a coleta de dados. Nos anexos estão a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UEFS) e a autorização da Secretaria Municipal de Feira de Santana, BA, para a coleta de dados.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Descrever os fatores associados à não adesão ao Papanicolaou em mulheres entre 25 e 59 anos residentes nas áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família (zona urbana), município de Feira de Santana, BA.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Verificar a prevalência de não adesão ao Papanicolaou entre as mulheres de 25 a 59 anos residentes nas áreas adscritas pela Estratégia de Saúde da Família.

- Identificar fatores sociodemográficos, comportamentais, institucionais, de saúde e o conhecimento sobre o Papanicolaou associados a não realização do exame de prevenção do câncer de colo de útero.

# ARTIGOS

**ADESÃO AO PAPANICOLAOU ENTRE MULHERES ATENDIDAS PELA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM FEIRA DE SANTANA, BA**

**PAP SMEAR ADHERENCE AMONG WOMEN CARED FOR THE HEALTH FAMILY  
ESTRATEGY IN FEIRA DE SANTANA, BAHIA**

**Magna Santos Andrade<sup>1</sup>**

**Maura Maria Guimarães de Almeida<sup>2</sup>**

**Tânia Maria de Araújo<sup>3</sup>**

**Kionna Oliveira Bernardes Santos<sup>4</sup>**

---

<sup>1</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UEFS). E-mail: magnaenf@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem (UFBA). Professora Titular do Departamento de Saúde/UEFS.

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Pós-doutorado no Dep. of Work Enviroment (University of Massachusetts). Coordenadora do Núcleo de Epidemiologia. Professora do Departamento de Saúde/UEFS.

<sup>4</sup> Mestre em Saúde Coletiva. Professora Visitante do (DSAU/UEFS).

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever os fatores associados à não adesão ao Papanicolaou em mulheres entre 25 e 59 anos residentes nas áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família (zona urbana), município de Feira de Santana, BA. **Métodos:** Estudo de corte transversal, cuja amostra foi obtida por amostragem por conglomerados, sendo considerados como conglomerados as famílias cadastradas nas Equipes de Saúde da Família da zona urbana do município. Foram sorteadas 453 famílias, sendo entrevistadas 230 mulheres. Os dados foram obtidos através da aplicação de formulários durante visita domiciliar e foram investigadas variáveis sociodemográficas, antecedentes ginecológicos, obstétricos, sexualidade e conhecimento sobre o Papanicolaou. **Resultados:** Dentre as 230 mulheres entrevistadas, 12,6% não haviam realizado o exame nos últimos três anos ou nunca fizeram o preventivo. Mostraram-se significativamente associados ( $p \leq 0,05$ ) à não adesão ao exame nunca ter frequentado a escola, ter quatro ou mais filhos, quatro ou mais partos, não usar método contraceptivo e possuir conhecimento inadequado sobre o exame preventivo. **Conclusões:** O estudo mostra proporção elevada de cobertura de realização do Papanicolaou, embora ainda exista parcela significativa da população descoberta, principalmente mulheres que apresentam fatores de risco para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino como a baixa escolaridade e multiparidade. Considerando, no entanto, que trata-se de mulheres atendidas por um programa de saúde, ainda há necessidade de ações para elevar a cobertura. O estudo também permitiu analisar fatores a serem observados na elaboração de medidas para o aumento desejável na cobertura do exame entre as mulheres.

**Palavras-chave:** câncer de colo de útero; Papanicolaou; adesão; fatores associados.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the factors associated to the non-adherence of the Pap smear in women between 25 and 59 years old who are residents in the areas within the range covered by the Family Health Team (urban zone), in the city of Feira de Santana, in the state of Bahia. **Methods:** cross-section study whose sample was gotten by sampling of conglomerates, which are families registered in the record of the Family Health Teams in the urban zone of the city. 453 families have been picked out and 230 women interviewed. The data have been collected through form application during domicile visit, and socio-demographic variables as well as gynecological, obstetrics and sexuality backgrounds have been investigated besides the knowledge on the Pap test. **Results:** Amongst the 230 women who were interviewed, 12.6% had not carried out the examination over the past three years or they had never done the preventive exam. The non-adherence has been outstandingly associated ( $p \leq 0,05$ ) with the fact of having never attended school; having four or more children; having delivered four or more childbirths; not using any contraceptive method and not possessing adequate knowledge on the preventive examination. **Conclusions:** The study shows high ratio of covering in the accomplishment of the Pap smear, even though there is still a significant amount of the population who is uncovered, especially among women who present risk factors for the development of the cervical uterine cancer due to the low education and the multiparity. Nevertheless, since it has to do with women who are cared for by a health program, strategies are still required in order to raise its coverage area. Through the study it was also possible to analyze factors to be observed on the elaboration of measures for the desirable increase in the exam coverage among women.

**Keywords:** cervical cancer; Pap test; compliance; associated factors.

## INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de colo de útero é a terceira neoplasia maligna mais frequente entre as mulheres no Brasil e em países em desenvolvimento, perdendo apenas para o câncer de pele e de mama. Aproximadamente 500.000 casos novos e 230.000 óbitos ocorrem anualmente devido a neoplasia cérvico-uterina em todo o mundo e são esperados no Brasil, para o ano de 2011, 18.000 novos casos (BRASIL, 2009).

Em algumas regiões brasileiras, o câncer de colo de útero é o segundo tipo de câncer mais comum na população feminina, a exemplo da Região Norte, onde a incidência, em 2009, atingiu 22,20 casos por 100.000 mulheres enquanto o câncer de mama chegou a 15,62, sendo que, no mesmo ano, a taxa no país foi de 19,19 por 100.000 mulheres (BRASIL, 2010b).

Além do adoecimento e morte que podem ser causados pela neoplasia cérvico-uterina, esta patologia também acarreta prejuízos econômicos para a sociedade devido aos onerosos tratamentos, redução da população economicamente ativa e, principalmente, consequências psicológicas e sociais para as diversas famílias que perdem, em muitas destas situações, suas cuidadoras e entes queridos.

O principal fator de risco para o desenvolvimento desta patologia é a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), associado à maior parte dos casos de lesão precursora do câncer de colo de útero. Contudo, outros fatores também são relevantes para o desenvolvimento da doença, tais como: precocidade do início da atividade sexual, múltiplos parceiros sexuais, tabagismo, baixa condição socioeconômica, multiparidade, uso prolongado de contraceptivos hormonais, dentre outros (ACS, 2010).

O Papanicolaou é o procedimento mais utilizado para a detecção das lesões pré-cancerosas e do câncer invasivo, consistindo em técnica simples a partir da coleta de uma pequena amostra de células da cérvix uterina e análise do material em microscópio (ACS, 2010).

Para o desenvolvimento de uma adequada prevenção, é necessário conhecer não apenas os fatores associados ao adoecimento, mas também identificar características que de alguma maneira possam influenciar a realização do exame pelas mulheres, a exemplo dos aspectos sociodemográficos (ALBERCROMBIE, 2001).

Como rotina para a realização do Papanicolaou, o Ministério da Saúde preconiza que todas as mulheres que já tenham iniciado atividade sexual, prioritariamente aquelas entre 25 a 59 anos, realizem dois exames em anos consecutivos e, após os resultados negativos, passem a realizar o exame a cada três anos. Essa conduta tem efeito protetor de aproximadamente 91%, quando realizada conforme estabelecido (BRASIL, 2006).

A implantação do Programa de Saúde da Família (atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família - ESF), na década de 90, foi o principal mecanismo para a ampliação da oferta do Papanicolaou em todo o território nacional, sendo os profissionais médicos e enfermeiros os responsáveis pela coleta do material para o exame citopatológico nas mulheres residentes nas áreas de abrangência das equipes.

Entretanto, observa-se que a ampliação da oferta do exame de prevenção não foi suficiente para produzir alteração significativa nos indicadores de morbimortalidade por câncer de colo de útero. Na série histórica divulgada pelo Ministério da Saúde observou-se que, em 1990, foram a óbito no Brasil 2.787 mulheres por essa doença, tendo este número chegado a 4.691 óbitos em 2007 (BRASIL, 2010B). Mesmo considerando o crescimento populacional nesse período, observa-se aumento no número de casos registrados por essa doença.

A manutenção das altas taxas representa um desafio, já que medidas adotadas até o momento ainda não foram suficientes para redução expressiva do adoecimento e morte por esta patologia na população feminina brasileira, o que pode estar associado a dificuldades na oferta, acesso e qualidade de ações que atinjam de fato a população alvo (ALBUQUERQUE et al., 2009).

A realização de estudos que busquem não apenas dimensionar os índices de cobertura do exame Papanicolaou, mas também os aspectos que podem influenciar

na realização do exame preventivo, como características sociodemográficas, culturais, reprodutivas e de acesso aos serviços de saúde, torna-se um desafio necessário para uma intervenção mais qualificada e efetiva, capaz de interferir na ocorrência da doença.

O conhecimento sobre os fatores que dificultam ou impossibilitam a realização dos exames preventivos pode contribuir para que as medidas a serem adotadas sejam adequadas e possam atingir a população mais vulnerável ao adoecimento por essa doença. Com isto, podem ser estabelecidas ações de maior impacto com relação a este importante problema de saúde pública.

Além disto, a disponibilização de informações permitirá que as Equipes de Saúde da Família e as Secretarias Municipais de Saúde orientem suas ações com base nas especificidades dos obstáculos existentes em um dado contexto, com suas características próprias (sociais, econômicas e culturais) e entendam melhor o problema, o que permitirá a organização e a implementação de ações adequadas à realidade vivenciada, possibilitando a melhoria da situação de saúde das mulheres do município.

Este estudo tem como objetivo descrever os fatores associados à não adesão ao Papanicolaou em mulheres com idade de 25 a 59 anos residentes nas áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família (zona urbana), município de Feira de Santana, BA.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, que visa descrever os fatores associados à não adesão ao Papanicolaou nas Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana do município de Feira de Santana, BA, cujo território é coberto em 47,81% pela Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2010a).

A população de estudo foi constituída por famílias residentes nas áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família (zona urbana) do município.



Para a obtenção da amostra foi utilizado o método de amostragem aleatória por conglomerado em um único estágio, sendo consideradas como conglomerados as 71.737 famílias cadastradas nas Equipes de Saúde Família da zona urbana. Para o cálculo do tamanho da amostra, considerou-se a prevalência de não adesão ao Papanicolaou de 18% nos últimos três anos (ALBUQUERQUE et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2006; SILVA et al., 2006; HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006). A amostra foi estimada em 273 famílias, calculada com base no número de famílias cadastradas na zona urbana.

A proposta da amostra por conglomerado neste estudo apresenta a vantagem de superar a dificuldade de se fazer uma listagem de todas as unidades de análise, neste caso as 57.524 mulheres atendidas pelos Programas de Saúde da Família (zona urbana) e facilidade de listagem dos conglomerados familiares para a obtenção da amostra e análise de interesse, reduzindo por consequência os custos da listagem e da amostragem.

A média de mulheres na faixa etária alvo do estudo por família é de aproximadamente 1:1 (1 mulher de 25 a 59 anos por família), o que torna desprezível o efeito do desenho decorrente da tendência de similaridade de informações de mulheres de uma mesma residência, fato que poderia ocorrer por provavelmente estarem expostas às mesmas condições de vida e vulnerabilidades do processo saúde-doença.

Inicialmente as famílias foram identificadas através das respectivas numerações no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e estes números foram organizados em um banco de dados para sorteio aleatório das famílias para o estudo, utilizando-se o software livre *R Foundation for Statistical Computing* Versão 2.2.1.

No entanto, devido a problemas referentes às inconsistências do SIAB do município (incompatibilidade ao se comparar os dados das famílias no banco de dados, nos prontuários das unidades e as informações encontradas no domicílio), foi feita reposição das famílias da amostra. Um novo sorteio foi realizado, selecionando-se, por procedimento aleatório, mais 180 famílias para compor a amostra. Portanto, foram selecionadas para inclusão no estudo, 453 famílias.

Após sorteio dos conglomerados a serem incluídos no estudo, as USF nas quais estavam cadastradas as famílias sorteadas foram visitadas para a identificação das mulheres entre 25 e 59 anos integrantes dessas famílias e obtenção dos endereços para visita e entrevista das mulheres nessa faixa etária. Os prontuários das famílias e as Fichas A (instrumento de cadastro das famílias nas unidades de saúde) foram consultadas com essa finalidade.

Como critérios de inclusão foram considerados: mulheres residentes na zona urbana do município em áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família, pertencentes à faixa etária de 25 a 59 anos, que haviam iniciado atividade sexual, não tivessem realizado histerectomia (total ou parcial), com condições mentais ou cognitivas para responder às questões e que aceitaram participar da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) registrado sob Protocolo Nº 120/2009 (CAAE 0127.0.059.000-09), seguindo as especificações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

As informações foram obtidas por meio de formulário estruturado em nove blocos temáticos contendo informações sobre: características sociodemográficas e do trabalho, antecedentes ginecológicos e sexualidade, conhecimento sobre o preventivo, adesão ao Papanicolaou, fatores institucionais, antecedentes obstétricos, antecedentes pessoais e, antecedentes familiares. As entrevistas com as mulheres foram feitas durante a realização de visita domiciliar, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram realizadas até três visitas nas situações em que a mulher não se encontrava no domicílio para a realização da entrevista.

O desfecho estudado foi a não adesão ao exame preventivo (exame de Papanicolaou), que foi avaliado com uma questão sobre a realização ou não do exame nos últimos três anos anteriores à entrevista ou nunca ter realizado.

Foram avaliados fatores sociodemográficos (idade, raça/cor da pele, escolaridade, situação conjugal, renda familiar, possui alguma atividade remunerada), antecedentes ginecológicos, obstétricos e sexualidade (idade na primeira relação sexual, número de parceiros nos últimos três meses, uso de método

contraceptivo, uso de preservativo, história de DST, tem filhos e número de filhos, número de partos, abortamento), conhecimento sobre o exame e utilização da USF do bairro.

Considerou-se conhecimento adequado sobre o Papanicolaou quando a entrevistada já tinha ouvido falar sobre o exame preventivo e sabia que sua finalidade era detectar o câncer, em geral, ou mais especificamente o câncer cérvico-uterino; conhecimento inadequado foi definido quando a mulher nunca tinha ouvido falar sobre o exame ou já tinha ouvido falar, mas não sabia que era utilizado para detectar câncer (BRENNAN et AL., 2001; FERNANDES et al., 2009; GAMARRA; PAZ; GRIPE, 2005).

Os dados coletados foram armazenados em banco de dados, analisados e processados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 9.0.

Foi conduzida análise exploratória e descritiva da amostra estudada segundo características sociodemográficas, antecedentes ginecológicos, obstétricos e sexualidade, conhecimento sobre o Papanicolaou, fatores institucionais e motivos associados à não adesão ao exame.

Posteriormente, foram investigadas as associações entre as variáveis de interesse do estudo e a não adesão ao Papanicolaou. Foram estimadas a prevalência de não adesão, as razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança a 95%. Teste qui-quadrado e valores de p foram estimados para avaliação do nível de significância estatística ( $p \leq 0,05$ ).

## **RESULTADOS**

Em relação à caracterização sociodemográfica, 37,1% das entrevistadas tinham de 25 a 34 anos, 87,6% referiram ter cor da pele preta/parda; 63% eram casadas ou tinham uma união estável. Os maiores percentuais de escolaridade encontraram-se entre aquelas que fizeram do 1º ao 3º ano do ensino médio (42,6%), 5,7% não tinham frequentado a escola (não sabiam ler e escrever ou apenas

assinavam o nome), 49,3% possuíam renda menor ou igual a um salário mínimo e 54,8% possuíam alguma atividade remunerada (Tabela 1).

Os dados referentes aos antecedentes ginecológicos, obstétricos e sexualidade mostraram que 37,4% das entrevistadas tiveram a primeira relação sexual entre 18 e 20 anos de idade e 36,5% entre 15 e 17 anos; 19,4% não tinham nenhum parceiro sexual no momento da coleta de dados (Tabela 2). O uso de algum método contraceptivo foi referido por 69,6% das entrevistadas; apenas 33,1% utilizavam preservativo e, dentre estas, 52,8% sempre utilizavam preservativo nas relações. Apenas 4,8% referiram história de DST, das quais 80,0% relataram que foram tratadas, mas apenas 60,0% dos parceiros também receberam tratamento. A maioria (87,4%) tinha filhos, sendo que 77,1% tinham de 1 a 3 filhos. A primeira gestação ocorreu entre 18 e 24 anos para 61,8% das mulheres; 76,2% tiveram três partos ou menos e 33,8% das mulheres sofreram algum episódio de abortamento (Tabela 2).

A prevalência de não adesão ao Papanicolaou foi de 12,6% (mulheres que relataram não ter realizado o exame nos últimos três anos que antecederam a pesquisa ou nunca ter feito o exame).

As mulheres entrevistadas, já tinham ouvido falar sobre o Papanicolaou (99,1%) e, quanto à rotina do exame, 48,9% responderam que o exame deveria ser feito anualmente, 47,6% a cada seis meses e apenas 1,3% a cada três anos.

A não adesão ao exame foi mais elevada entre as mulheres de cor preta/parda e com renda familiar menor ou igual a um salário mínimo (Tabela 3). Observou-se também frequência maior de não adesão ao exame em mulheres com idade mais elevada (40 a 59 anos) e sem parceiro (solteira/divorciada/desquitada/viúva). Contudo, essas diferenças observadas não foram estatisticamente significantes.

Dentre as características sociodemográficas, a não adesão ao exame apresentou associação estatisticamente significativa com o grau de escolaridade (não saber ler e escrever).

A não adesão ao exame foi maior entre as mulheres que não tiveram parceiro sexual nos últimos três meses, que não faziam uso de preservativo, tinham maior número de partos e história de DST (Tabela 4). Porém, as diferenças foram

estatisticamente significantes apenas para o não uso de método contraceptivo, o número de filhos (quatro ou mais) e o número de partos (quatro ou mais).

Maior prevalência de não adesão foi observada entre as mulheres que não utilizavam os serviços de saúde oferecidos pela Unidade de Saúde da Família do bairro, mas a diferença observada não alcançou níveis de significância estatística (Tabela 5). A não adesão foi 2,5 vezes maior entre as mulheres que tinham conhecimento inadequado sobre o exame, a níveis estatisticamente significantes.

Os motivos mais referidos para a não realização do exame preventivo nos últimos três anos ou para nunca ter realizado, foram ausência de problemas ginecológicos (47%) e vergonha (23,5%) (Tabela 6).

Entre as mulheres que realizaram o exame, 38% responderam que o fizeram em serviço particular e 27,7% não sabiam como marcar o exame na USF do bairro.

## **DISCUSSÃO**

A cobertura de realização do exame de prevenção do câncer de colo de útero nos três últimos anos que antecederam a entrevista foi alta entre as mulheres atendidas pela ESF do município (87,4%), ou seja, acima dos 80% preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como proteção contra a neoplasia cérvico-uterina (WHO, 1998) e semelhante à cobertura encontrada em estudo realizado com mulheres atendidas pela ESF em Londrina, Paraná (80,07%) (SILVA et al., 2006) e dados encontrados em estudos populacionais realizados em Pelotas, Rio Grande do Sul (83%) (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006), no estado de Pernambuco (82,0%) (ALBUQUERQUE et al., 2009), e maior que em São José do Mapibu, Rio Grande do Norte (64,4%) (FERNANDES et AL., 2009) e no estado da Bahia, em 2008 (79,13%) (BRASIL, 2010b).

Embora a cobertura do Papanicolaou entre as mulheres atendidas pela ESF do município de Feira de Santana atenda aos padrões indicados pela OMS, é importante observar que ainda há parcela significativa da população feminina que não realiza o exame preventivo regularmente, estando exposta ao risco de

adoecimento e óbito por câncer de colo de útero. As USF devem oferecer o Papanicolaou, atendendo a toda a população feminina adscrita, portanto a cobertura do exame nessas áreas deveria ser de aproximadamente 100%, fato que demonstra a importância de se ampliar estratégias que produzam impacto na prática da prevenção do câncer cérvico-uterino entre as mulheres.

O percentual de não adesão ao exame (12,6%) encontrado no presente estudo foi menor se comparado a pesquisa realizada em áreas da ESF de Londrina (19,3%) (SILVA et al., 2006) e em estudos populacionais realizados em São Luís, Maranhão (18,1%) (OLIVEIRA et al., 2006), Pelotas, RS (17,0%) (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006) e no estado de Pernambuco (18%) (ALBUQUERQUE et al., 2009).

Dentre os fatores associados, a níveis estatisticamente significantes, à não adesão ao exame está o fato da mulher não ter frequentado a escola, o que corrobora com estudos realizados em Campinas (AMORIM et al., 2006) e em Pernambuco (ALBUQUERQUE et al., 2009); em São Luís, Maranhão, a associação foi estatisticamente significativa entre mulheres com 5 a 8 anos de estudo (OLIVEIRA et al., 2006).

Os resultados demonstraram que a multiparidade (4 ou mais partos) e o maior número de filhos (4 ou mais filhos) apresenta associação estatisticamente significativa com a não adesão ao Papanicolaou. Em pesquisa realizada em Pelotas, também se observou maior percentual de não realização do exame entre mulheres com 4 ou mais filhos (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006).

O papel de cuidadora do lar, exercido pela mulher, influencia diretamente no acesso desta parcela da população aos serviços de saúde, pois o cuidado dos filhos, parentes idosos e enfermos que normalmente é realizado pela matriarca da família, faz com que o auto-cuidado e procura por serviços para o cuidado da própria saúde fiquem em segundo plano devido às muitas atribuições no lar, ocupação esta que demanda mais tempo quanto maior é o número de filhos.

Em relação aos aspectos reprodutivos também observou-se que o fato das mulheres não utilizarem método contraceptivo apresenta associação significativa com a não adesão ao exame. Em estudo realizado em São Luís, MA, observou-se

maior percentual de não realização do Papanicolaou entre mulheres que não utilizavam método contraceptivo (OLIVEIRA, et al., 2006)

A realização do preventivo nos serviços públicos de saúde caracteriza-se por ocorrer em conjunto com a assistência ao planejamento familiar, ginecologia e obstetrícia (ALBUQUERQUE et al., 2009), demonstrando uma atenção à saúde da mulher ainda voltada para aspectos reprodutivos, o que contribui para que mulheres que não estejam inseridas em programas referentes ao ciclo gravídico-puerperal, a exemplo daquelas que não fazem uso de método contraceptivo, apresentem menor cobertura de realização do Papanicolaou.

Entre aquelas que realizavam o exame, mesmo o Papanicolaou sendo oferecido nas USF do município, 38% das entrevistadas procuraram a rede privada para a realização do preventivo, fato observado de maneira ainda mais evidente em Campinas, onde 56,8% haviam realizado o exame preventivo em serviço privado (AMORIM, et al., 2006).

O fato das mulheres optarem principalmente por fazer o exame em serviço privado pode contribuir para a redução da cobertura do Papanicolaou, pois a realização do procedimento fica associada à existência de condições financeiras das mulheres, condição esta inexistente ao se analisar características socioeconômicas em diversas parcelas da população de países em desenvolvimento.

Neste contexto, faz-se necessário o desenvolvimento de estudos adicionais que compreendam os motivos que levam as mulheres a pagarem pelo preventivo em outra instituição, mesmo o exame sendo realizado gratuitamente na USF do bairro, principalmente considerando que 49,3% tinham renda menor ou igual a um salário mínimo.

Referiram não saber como é feita a marcação do preventivo do câncer de colo de útero na USF do bairro 27,7% das mulheres, o que pode contribuir para a migração desta demanda para outros serviços, mas fatores como descrença na qualidade do exame realizado na unidade do bairro, demora para agendamento, entre outros aspectos, também podem ter relação com a baixa realização do exame na unidade de saúde local, comportamento este que é um contraponto à proposta da

Estratégia de Saúde da Família, formulada para constituir-se na principal porta de entrada da população aos serviços de saúde.

A análise do conhecimento das mulheres sobre o exame também é importante, pois a educação em saúde é uma das prioridades deste novo ordenamento da saúde. No presente estudo destaca-se que 0,9% das entrevistadas nunca ouviram falar no Papanicolaou, mesmo resultado apresentado em inquérito populacional realizado no município de São José do Mapibu, Rio Grande do Norte (FERNANDES, et al., 2009) e maior que o valor de 0,5% encontrado em Pelotas (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006).

Ao avaliar o conhecimento sobre o Papanicolaou, mais da metade das entrevistadas apresentaram conhecimento inadequado, sendo este um fator muito relevante para a não adesão ao exame na população estudada. O percentual observado foi maior que o encontrado no interior do Rio Grande do Norte (53,9%) (FERNANDES, et al., 2009) e no município de Puerto Leoni na Argentina (50,5%) (GAMARRA; PAZ; GRIPE, 2005).

A Estratégia de Saúde da Família deve ser a referência em serviços de saúde para a comunidade e principal meio de divulgação da promoção e prevenção da saúde, assim sendo, gestores e profissionais devem estar atentos para avaliar a efetividade dos serviços prestados, a referência e confiabilidade desta assistência na ótica da população, possíveis falhas nas estratégias de educação em saúde evidenciadas pelo desconhecimento das mulheres sobre a finalidade do Papanicolaou, de modo a qualificar as equipes para agir sobre os problemas encontrados.

O desconhecimento sobre o objetivo do Papanicolaou apresentado pelas mulheres, também afeta a orientação sobre a rotina para realização do exame, pois a maior parte afirmou que o exame deve ser feito em um intervalo de um ano ou menos o que repercute na prática, comprovada pelo fato que 71,2% das mulheres que fizeram o exame referiram ter realizado o Papanicolaou há um ano ou menos do período da entrevista. Em inquérito domiciliar realizado em São Luís, Maranhão, 65,8% das entrevistadas referiram intervalo de tempo de um ano ou menos entre o penúltimo e o último exame (OLIVEIRA, et al., 2006).



No entanto, este comportamento de realizar o exame em pequeno espaço de tempo não confere proteção significativa à mulher em relação à rotina preconizada pelo Ministério da Saúde de realizar o Papanicolaou a cada três anos, pois o exame anual protege a mulher em 93% e o trienal em 91% (BRASIL, 2006).

A realização do preventivo em curtos espaços de tempo deve ser evitada, pois além de pouco contribuir para aumentar a prevenção em relação à rotina preconizada, também onera os serviços de saúde devido ao excesso desnecessário de procedimentos, dificultando por consequência o acesso ao exame por mulheres sem cobertura adequada e em maior risco de diagnóstico tardio.

Para a organização da triagem (screening), de maneira a proteger as mulheres em relação à neoplasia cérvico-uterina sem gastos desnecessários aos serviços de saúde, os profissionais devem estabelecer estratégias de educação em saúde que sensibilizem a população sobre a eficácia da realização do exame a cada três anos e implementar mecanismos para a organização e acompanhamento das informações referentes à data do último exame e periodicidade de realização do procedimento pelas mulheres da área adscrita, realizando a busca ativa quando necessário, ou fazendo agendamento para realização de novo exame respeitando os intervalos preconizados.

Em relação aos motivos para a não adesão ao exame, foi referido por quase a metade das entrevistadas o fato de não apresentar queixa ginecológica, seguido de sentir vergonha em realizar o exame, estando estes também entre os principais motivos de estudos realizados em São Paulo (BRENNNA et al., 2001) e Campinas (AMORIM et al., 2006).

O grande número de mulheres que justificam não aderir ao Papanicolaou por ausência de sintomas evidencia comportamento característico de países em desenvolvimento onde as condições socioeconômicas aliadas à desinformação contribuem para o entendimento da população de que não se deve procurar assistência à saúde caso não apresente sintomas (BRENNNA et al., 2001).

A vergonha, motivo referido por número significativo de mulheres para a não adesão ao exame, demonstrada também em estudo realizado em Londrina, está relacionada a tabus referentes à sexualidade, desconforto em expor o corpo para a

realização do Papanicolaou e o sentimento de submissão presente em muitas mulheres na relação com os profissionais de saúde são questões de gênero que podem contribuir para a não adesão ao exame (PELOSO; CARVALHO; HIGARASHI, 2004).

Este estudo foi capaz de gerar informações úteis para a avaliação de aspectos associados à não adesão ao exame preventivo de câncer de colo de útero, incluindo amostra, aleatoriamente selecionada, das mulheres atendidas no Programa de Saúde da Família de Feira de Santana, Bahia. Contudo, cabe avaliar também possíveis limitações e dificuldades que podem ter ocorrido na realização do estudo, podendo ter impacto importante nos resultados obtidos.

Uma limitação importante refere-se à inconsistência das informações apresentadas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica, o que dificultou a identificação das mulheres para a pesquisa e, por conseguinte, a coleta de dados, ocasionando a necessidade da realização de segundo sorteio para o alcance da amostra mínima necessária, ampliando o tempo de coleta de dados e prejudicando o cronograma proposto.

O desencontro entre as informações referentes às famílias ao se comparar os dados do SIAB, prontuário da família e aquelas obtidas na visita aos domicílios revela que há fragilidades no SIAB do município de Feira de Santana. Essas fragilidades podem dificultar a elaboração de um perfil sociodemográfico da população atendida pela ESF, o que, conseqüentemente, pode ter impactos importantes na saúde da população, diminuindo o alcance das ações executadas na medida em que o planejamento pode não estar assentado em demandas e necessidades concretas das populações. Essa evidência fortalece a relevância de se redefinir procedimentos e condutas para o gerenciamento desse sistema de informação no nível local estudado.

Outra limitação, característica de estudos de corte transversal, está relacionada ao viés de memória, pois nem todas as pessoas possuem adequada recordação de fatos passados, podendo haver equívocos quanto ao tempo de realização do último exame.

Há a possibilidade de viés de informação, pois a mulher pode confundir o fato de ter realizado o exame clínico ginecológico com a coleta de material para exame citopatológico do colo de útero.

No entanto, estudo de corte transversal realizado com adolescentes e adultas jovens demonstrou que o relato das mulheres sobre o Papanicolaou apresentou elevada confiabilidade ao se comparar seus registros em prontuário (KAHN et al., 2000), demonstrando ter sido a estratégia adotada para a coleta de dados (o relato das entrevistadas) um mecanismo de boa confiabilidade.

Deve-se observar que alguns aspectos associados à não adesão ao exame como a baixa escolaridade e a multiparidade também são fatores de risco para o câncer de colo de útero, fatores que associados à não realização de práticas preventivas aumentam ainda mais a probabilidade de desenvolvimento da patologia nessas parcelas da população.

Este achado demonstra a necessidade de gestores e trabalhadores de saúde organizarem serviços de saúde que atendam as mulheres de maneira equânime, considerando suas especificidades na assistência prestada, implementando ações que de fato provoquem impacto na redução dos indicadores de morbimortalidade, contribuindo, desta maneira, para a melhoria da qualidade de vida da população.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O câncer de colo de útero ainda é um grave problema a ser enfrentado em saúde pública, cuja solução está em estruturar estratégias que mobilizem as mulheres para a realização regular do exame, pois apenas ampliar a oferta do Papanicolaou não parece ser a solução adequada.

Observa-se que mulheres que apresentam importantes fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia cérvico-uterina como baixa escolaridade e multiparidade ainda estão significativamente descobertas no que se refere à realização do Papanicolaou, aumentando ainda mais a probabilidade de adoecimento e morte pela neoplasia cérvico-uterina.

O conhecimento inadequado sobre o exame de prevenção reflete a necessidade de investimento e implementação de estratégias educativas em escolas, meios de comunicação e serviços de saúde de maneira a alcançar todas as camadas da população, orientando as mulheres sobre o objetivo do exame, tornando-as protagonistas na busca do cuidado em saúde.

Além disso, observa-se a necessidade de organizar a atenção integral à saúde da mulher, de modo que toda a população feminina tenha acesso aos serviços de prevenção do câncer de colo de útero, não restringindo essa assistência aos grupos que regularmente se encontram nos serviços de saúde a exemplo das mulheres inseridas na assistência ao ciclo gravídico-puerperal.

As Equipes de Saúde da Família possuem ferramentas que possibilitam aumentar o acesso das mulheres ao exame preventivo: existência de Agentes Comunitários de Saúde, profissionais estes que possuem estreitos laços de convívio com a comunidade; população delimitada, o que permite conhecimento mais detalhado das famílias atendidas e levantamento fidedigno de dificuldades a serem enfrentadas; equipe multidisciplinar para a estruturação de estratégias de educação em saúde e organização de atendimento integral e equânime para a população.

Com este estudo, pode-se observar as evidentes desigualdades sociais que envolvem a adesão ao Papanicolaou no município de Feira de Santana, BA, a exemplo da baixa escolaridade, além do desconhecimento sobre o objetivo do exame, demonstrando a necessidade de maior atenção à saúde voltada para os grupos mais vulneráveis a partir de equipes de saúde com conhecimento sobre as diversidades sociais e culturais em que atuam e utilização deste saber para o planejamento e ação em saúde que aumentem a cobertura do exame.

## REFERÊNCIAS

ALBERCROMBIE, P.VD. **Improving adherence to abnormal Pap Smear follow-up.** JOGNN. v. 30, n. 1, p. 80-88, jan-feb 2000.

ALBUQUERQUE, K. M. et al. **Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o programa de prevenção do câncer do colo do útero em Pernambuco, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, Sup. 2, p. 301-309, 2009.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts & figures 2010,** Atlanta , 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama,** Cadernos de Atenção Básica nº13. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de agentes comunitários de saúde, saúde da família e saúde bucal unidade geográfica:** Município - Feira de Santana-BA. **Competência:** Dezembro de 2010a. Disponível em: <<http://189.28.128.99/dab/index.php>>. Acesso em: 17 fev. 2011.

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

DATASUS. Ministério da Saúde. BRASIL, 2010b. Disponível em:<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 24 abr. 2010a.

FERNANDES, J. V. et al. **Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil.** Revista de Saúde Pública, v. 43, n. 5, p.851-858, 2009 .

GAMARRA, C. J.; PAZ, E. P. A.; GRIEP, R. H. **Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas.** Revista de Saúde Publica, v. 39, n. 2, p. 270-276, 2005.

HACKENHAAR, A. A; CESAR, J. A; DOMINGUES, M. R. **Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização.** Revista Brasileira de Epidemiologia. v. 9, n, 1, p. 103 – 111, 2006.

KAHN, J. A. et al. **Validity of adolescent and young adult self-report of papanicolaou smear results.** Obstetrics & Gynecology, v. 96, n. 4, oct. 2000.

OLIVEIRA, M. M. H. N. et al. **Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 9, n. 3, p. 325–334, 2006.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, I. H. **Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino.** Acta Scientiarum. Health Sciences, Maringá, v. 26, n. 2, p. 319-324, 2004.

SILVA, D. W. et al. **Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 24-31, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Manual on the prevention and control of common cancers.** Western Pacific Series, n. 20, 1998.

## ANEXOS

**Tabela 1** Características sociodemográficas das mulheres residentes na área de abrangência da Estratégia de Saúde de Família (zona urbana), Feira de Santana, BA, 2010.

Características sociodemográficas (N)	n	%
Idade (229)		
25 a 34 anos	85	37,1
35 a 44 anos	72	31,4
45 a 54 anos	56	24,5
55 anos ou mais	16	7,0
Raça/cor de pele (225)		
Não preta/parda	28	12,4
Preta/parda	197	87,6
Escolaridade (230)		
Nunca freqüentou a escola	13	5,7
Ensino Fundamental I	56	24,3
Ensino Fundamental II	53	23,0
Ensino Médio	98	42,6
Ensino Superior	10	4,4
Situação conjugal (230)		
Casada/união estável	145	63,0
Solteira	56	24,4
Separada/divorciada/desquitada/ viúva	29	12,6
Renda média mensal (227)*		
Menor ou igual a 1 SM	112	49,3
De 2 a 4 SM	109	48,1
5 SM ou mais	6	2,6
Possui alguma atividade remunerada (230)		
Sim	126	54,8
Não	104	45,2

\* SM: Salário Mínimo vigente em 2010: R\$ 510,00.

**Tabela 2** Antecedentes ginecológicos, obstétricos e sexualidade de mulheres residentes na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (zona urbana), Feira de Santana, BA, 2010.

Antecedentes (N)	n	%
Idade na primeira relação sexual (222)		
12 a 14 anos	12	5,4
15 a 17 anos	81	36,5
18 a 20 anos	83	37,4
21 anos ou mais	46	20,7
Número de parceiros sexuais nos últimos 3 meses (227)		
Nenhum parceiro	44	19,4
1 parceiro	181	79,7
2 parceiros ou mais	2	0,9
Uso de método contraceptivo (230)		
Sim	160	69,6
Não	70	30,4
Uso de preservativo (160)		
Sim	53	33,1
Não	107	66,9
Frequência do uso do preservativo (53) *		
Sempre	28	52,8
Às vezes	21	39,6
Raramente	4	7,6
História de DST (229)		
Sim	11	4,8
Não	218	95,2
Fez tratamento para DST (10)		
Sim	8	80,0
Não lembra	2	20,0
Parceiro fez tratamento quando teve DST (10)		
Sim	6	60,0
Não	4	40,0
Tem filhos (230)		
Sim	201	87,4
Não	29	12,6
Número de filhos (201)		
1 a 3 filhos	155	77,1
4 a 6 filhos	41	20,4
7 filhos ou mais	5	2,5
Idade na primeira gestação (204)		
13 a 17 anos	41	20,0
18 a 24 anos	126	61,8
25 a 34 anos	33	16,2
35 anos ou mais	4	2,0
Número de partos (206)		
Menor ou igual a 3	157	76,2
4 ou mais	49	23,8
Abortamento (207)		
Sim	70	33,8
Não	137	66,2

\* Incluiu apenas as mulheres que referiram uso de métodos contraceptivos.



**Tabela 3** Prevalência de não adesão ao Papanicolaou segundo características sociodemográficas em mulheres residentes na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (zona urbana), Feira de Santana, BA, 2010.

Características Sociodemográficas (N)	Não adesão ao Papanicolaou		RP**	IC95%***	Valor de p
	n	%			
Idade (229)					
25 a 39 anos	13	11,2	*	*	*
40 a 59 anos	16	14,2	1,26	0,64-2,51	0,50
Raça/cor de pele (225)					
Não preta/parda	3	10,7	*	*	*
Preta/parda	26	13,2	1,23	0,40-3,80	0,49
Escolaridade (230)					
Nunca freqüentou a escola	5	38,5	<b>3,46</b>	<b>1,45-8,26</b>	<b>0,01</b>
Ensino Fundamental I	8	14,3	1,29	0,56-2,96	0,55
Ensino Fundamental II	4	7,5	0,68	0,23-2,01	0,47
Ensino Médio e ensino superior	12	11,1	*	*	*
Situação conjugal (230)					
Casada/união estável	17	11,7	*	*	*
Solteira	7	12,5	1,07	0,47-2,43	0,87
Separada/divorciada/desq./viúva	5	17,2	1,47	0,59-3,67	0,29
Renda familiar mensal (227) ****					
Menor ou igual a 1 SM	19	17,0	1,95	0,95-4,01	0,06
Maior ou igual a 2 SM	10	8,7	*	*	*
Possui alguma atividade remunerada (230)					
Sim	16	12,7	*	*	*
Não	13	12,5	0,98	0,50-1,95	0,96

\* Grupo de referência; \*\*RP: Razão de Prevalência; \*\*\*IC95%: Intervalo de Confiança de 95%;

\*\*\*\*SM: Salário Mínimo vigente em 2010: R\$ 510,00.

**Tabela 4** Prevalência de não adesão ao Papanicolaou segundo antecedentes ginecológicos, obstétricos e sexualidade em mulheres residentes na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (zona urbana), Feira de Santana, BA, 2010.

Antecedentes (N)	Não adesão ao Papanicolaou		RP**	IC95%***	Valor de p
	n	%			
Idade na primeira relação sexual (222)					
Menos de 20 anos	19	12,0	1,10	0,49-2,49	0,81
Maior ou igual a 20 anos	7	10,9	*	*	*
Número de parceiros nos últimos três meses (227)					
Nenhum parceiro	9	20,5	*	*	*
1 ou mais	20	10,9	0,53	0,26-1,09	0,08
Uso de método contraceptivo (230)					
Sim	15	9,4	*	*	*
Não	14	20,0	<b>2,13</b>	<b>1,09-4,18</b>	<b>0,02</b>
Uso de preservativo (160)					
Sim	4	7,5	*	*	*
Não	11	10,3	1,36	0,46-4,08	0,40
História de DST (229)					
Sim	2	18,2	1,47	0,40-5,40	0,41
Não	27	12,4	*	*	*
Tem filhos (230)					
Sim	25	12,4	0,90	0,34-2,41	0,51
Não	4	13,8	*	*	*
Número de filhos (201)					
Menos de quatro	13	8,4	*	*	*
Quatro ou mais	12	26,1	<b>3,11</b>	<b>1,53-6,34</b>	<b>0,001</b>
Número de partos (206)					
Menor ou igual a 3	13	8,3	*	*	*
4 ou mais	12	24,5	<b>2,96</b>	<b>1,45-6,05</b>	<b>0,02</b>
Abortamento (207)					
Sim	8	11,4	0,92	0,42-2,03	0,83
Não	17	12,4	*	*	*

\* Grupo de referencia; \*\*RP: Razão de Prevalência; \*\*\*IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

**Tabela 5** Prevalência de não adesão ao Papanicolaou segundo conhecimento sobre o exame e utilização da USF, mulheres residentes na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (zona urbana), Feira de Santana, BA, 2010.

Variáveis (N)	Não adesão ao Papanicolaou		RP**	IC95%***	Valor de p
	n	%			
Conhecimento sobre o Papanicolaou (228)					
Adequado	6	6,7	*	*	*
Inadequado	23	16,7	<b>2,50</b>	<b>1,06-5,90</b>	<b>0,02</b>
Utilização da USF (230)					
Sempre	5	8,1	*	*	*
Às vezes	17	12,7	1,57	0,61-4,07	0,34
Não utiliza	7	20,6	2,55	0,88-7,43	0,07

\* Grupo de referencia; \*\*RP: Razão de Prevalência; \*\*\*IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

**Tabela 6** Motivos para a não adesão ao Papanicolaou, mulheres residentes na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (zona urbana), Feira de Santana, BA, 2010.

Motivos (N=230)	n	%
Ausência de queixa ou problemas ginecológicos	8	47,0
Vergonha	4	23,5
Demora para o agendamento	2	11,8
Falta de disponibilidade de tempo	2	11,8
Medo do resultado	1	5,9

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: avaliação das fragilidades e potenciais contribuições como instrumento de gestão da saúde no âmbito municipal**

INFORMATION SYSTEM OF BASIC ATTENTION: assessment of its fragilities and contributions as a tool of health management in the municipal sphere

**Magna Santos Andrade<sup>5</sup>**

**Maura Maria Guimarães de Almeida<sup>6</sup>**

**Tânia Maria de Araújo<sup>7</sup>**

**Kionna Oliveira Bernardes Santos<sup>8</sup>**

---

<sup>5</sup> Mestre em Saúde Coletiva (UEFS). E-mail: magnaenf@yahoo.com.br

<sup>6</sup> Doutora em Enfermagem (UFBA). Prof<sup>a</sup> Titular do (DSAU/UEFS).

<sup>7</sup> Doutora em Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Pós-doutorado no Dep. of Work Environment (University of Massachusetts). Coord. do Núcleo de Epidemiologia. Prof<sup>a</sup> do (DSAU/UEFS).

<sup>8</sup> Mestre em Saúde Coletiva. Prof<sup>a</sup> visitante do (DSAU/UEFS).

## RESUMO

O objetivo deste estudo é discutir o funcionamento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em um município de médio porte do nordeste do Brasil, analisando seus mecanismos operacionais (planejamento, coleta, processamento e análise dos dados). Trata-se de um estudo de caso, no qual, foram comparadas as informações do banco de dados do SIAB, dos prontuários das unidades de saúde e as informações da família, obtidas em visitas aos domicílios. A amostra do estudo foi feita, por seleção aleatória, a partir do cadastro de famílias do SIAB. Das 273 famílias sorteadas, as informações do SIAB possibilitaram a identificação de apenas 53,1%. Foram encontradas inconsistências das informações produzidas, destacando-se a inexistência de moradores em residências cadastradas nas unidades de saúde, erro do preenchimento da Ficha A e envelope da família, dentre outras. A avaliação feita poderá contribuir para a reflexão sobre a produção da informação em saúde no âmbito municipal, possibilitando a implementação de estratégias que melhorem a qualidade dos dados referente à população assistida.

**Palavras-chave:** Sistema de Informação da Atenção Básica; avaliação; saúde; gestão.

## ABSTRACT

This study aims at discussing the functioning of the Information System of Basic Attention (SIAB) in a midsized municipality in the Northeast of Brazil, by analyzing its operating mechanisms, i.e., planning, collection, processing and data analysis. It is a study case comprising information from SIAB's databank, medical registers from healthcare units and family's information obtained from domiciliary visit. The sample of the study has been carried out by random selection based on the family's records from the SIAB. Among the 273 randomly selected families, the pieces of information from SIAB enabled the identification of only 53.1%. Inconsistencies of the produced information have been found, highlighting, among others the non-existence of dwellers in residences which were registered in the healthcare units, mistake on the filling-out of Form A and family's envelope. The assessment may contribute to ponder the production of information in healthcare within the municipal scope, allowing the fulfillment of strategies which improve the quality of the data concerning the population who is looked after.

**Key words:** Information System of Basic Attention; assessment; health; management.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos têm sido feitos grandes esforços para o reordenamento dos serviços de saúde no Brasil. Dentre as várias propostas em andamento, destacam-se a estruturação de sistemas de informação e ampliação da capacidade de uso desses sistemas como ferramentas de gestão dos serviços de saúde. Assim, a análise de situações concretas sobre como esses sistemas tem sido criados e como funcionam no cotidiano do trabalho em saúde poderá fornecer dados importantes para o enfrentamento dos problemas vivenciados, o que pode elevar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde em geral.

A produção da informação em saúde tem a finalidade de gerar conhecimento para o enfrentamento dos problemas sócio-sanitários e de morbimortalidade das populações. A organização dos dados em sistemas de informação e a utilização desta ferramenta pelas equipes permitem que os profissionais de saúde se tornem mais capacitados para o planejamento e intervenção sobre os processos de saúde-doença dos respectivos locais de atuação (BRANCO, 1996; BENITO; LUCHESKY, 2009).

A análise da qualidade da informação produzida, da etapa de coleta de dados até a consolidação dos relatórios finais, é instrumento fundamental que deve anteceder a tomada de decisão, já que dados que não condizem com a realidade perdem a capacidade de instrumentalizar gestores e equipe de saúde para a análise, planejamento e implementação de intervenções que, de fato, melhorem as condições de saúde das comunidades.

A Lei Orgânica da Saúde 8080, promulgada em 1990, teve como um dos objetivos estabelecer mecanismos para a organização e funcionamento dos serviços de saúde. No artigo 15º, inciso IV, institui que o Distrito Federal, estados e municípios serão responsáveis pela coordenação, funcionamento e organização não apenas dos serviços e ações em saúde, mas também dos mecanismos de processamento e divulgação dos dados gerados, utilizando-se para isso o Sistema de Informação em Saúde (SIS) (BRASIL, 1990).

O processamento dos dados pelo próprio município permite aprimoramento da qualidade das informações produzidas devido a maior aproximação do processo de tratamento da informação com a fonte de coleta de dados. Além disto, pode viabilizar mais rapidamente, a identificação de falhas e o desenvolvimento de mecanismos de consistência dos dados com a pronta devolução para as unidades de saúde dos instrumentos preenchidos de maneira incorreta, melhorando, por conseguinte, a fidedignidade da informação produzida (ALMEIDA, 1998).

A proposta de reorientação do modelo assistencial busca fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) e fornecer serviços resolutivos e humanizados. Com este objetivo, foi implantado, na década de 90, o Programa de Saúde da Família (PSF), consolidando-se, nos anos seguintes, como uma estratégia prioritária, atingindo parcela cada vez maior da população.

Em resposta à necessidade de organização da grande quantidade de dados gerados pelas equipes de PSF, foi estruturado, em 1998, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com a finalidade de permitir que equipes e gestores acompanhem e avaliem os trabalhos das unidades e a situação da saúde local (BRASIL, 2003).

O processo de operacionalização do SIAB envolve as fases de planejamento, coleta, processamento e análise dos dados. No entanto, a gestão federal não possui um fluxograma estruturado das atividades e do fluxo de informações referentes a cada uma das etapas (MOTA, 2009).

O Ministério da Saúde preconiza que inicialmente o município deve planejar os segmentos territoriais, definindo a área urbana e rural de implantação das equipes, áreas e microáreas de atuação de cada Unidade de Saúde da Família (USF) e os respectivos códigos de identificação (BRASIL, 2003).

Para o SIAB, os dados deverão ser coletados nas unidades de saúde e no domicílio utilizando-se como instrumentos: **Ficha A**, preenchida pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) durante as primeiras visitas realizadas nos domicílios; **Fichas B**, utilizadas pelos ACS para acompanhamento dos grupos prioritários como hipertensos, diabéticos, gestantes, portadores de hanseníase e de tuberculose; **Ficha C**, utilizada para segmento da situação de saúde das crianças menores de 2 anos; **Ficha D**, para o registro diário das atividades da equipe do PSF (BRASIL, 2003).

A Ficha A é o instrumento de cadastro da família e contém dados como endereço da residência, nome dos integrantes, idade, ocupação, perfil de alfabetização dos moradores, saneamento, plano de saúde, dentre outros que permitem o conhecimento das equipes sobre o perfil da população atendida (NICHATO; FRACOLLI, 1998).

O fluxo de geração da informação para o SIAB pressupõe várias etapas de trabalho: planejamento, treinamento e capacitação da equipe para a manipulação das Fichas, coleta de dados (preenchimento), controle de qualidade dos dados obtidos, processamento das informações, alimentação dos sistemas local e estadual e análise dos dados.

Os profissionais inseridos nas Equipes de Saúde da Família devem passar pelo Treinamento Introdutório do Programa Saúde da Família, realizado em parceria com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, tendo dentre outras atividades a simulação do preenchimento de fichas do SIAB, capacitando os profissionais para a coleta adequada dos dados (BRASIL, 2000).

Na fase de processamento se desenvolve o controle dos dados produzidos para a averiguação de inconsistências e equívocos no preenchimento, com esclarecimento e busca de soluções para correção dos erros, tornando a informação fidedigna. Em seguida os dados são transcritos nos instrumentos denominados Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias na Área (SSA2) e Produção e Marcadores para Avaliação (BRASIL, 2004).

A análise dos dados deve ocorrer em todas as fases de produção da informação, integrando o processo de trabalho de gestores e profissionais de saúde, sendo que os consolidados mensais permitem a análise dos indicadores de saúde locais, bem como o monitoramento do trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde e a efetividade das ações implementadas nas localidades (MOTA, 2009).

A organização territorializada dos dados permite a espacialização dos problemas de saúde, identificando iniquidades sócio-sanitárias entre agregados populacionais, informações estas que devem embasar a construção de políticas nacionais e locais que objetivem reduzir as desigualdades evidenciadas e delimitadas territorialmente pelo sistema de informação, sendo por consequência importante instrumento de avaliação, planejamento e gestão local (BRASIL, 2009).



Entretanto, mesmo com o estabelecimento, nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de que as informações produzidas devem ser norteadoras no processo de construção de políticas de saúde, observa-se que a qualidade dos dados gerados e o uso dos sistemas existentes para o fomento das ações ainda não são homogêneos em todas as regiões, por motivos relacionados ao processamento e registro inadequado, entre outros fatores (BAHIA, 2006).

Desta forma, analisar, criticamente, o funcionamento do SIAB, identificando as dificuldades existentes no processo de produção, armazenamento, análise, usos e aplicações dos dados gerados, pode contribuir para o aprimoramento desse importante sistema de informação em saúde, de modo a fortalecer o SIAB como uma das principais ferramentas para a gestão dos serviços de saúde no âmbito local e municipal.

A avaliação do SIAB em realidades municipais específicas pode também contribuir para a reflexão sobre as práticas em outras gestões locais, em todo o território nacional. Tal avaliação tem a finalidade de fomentar a compreensão da coleta e registro de informações para o alcance de objetivos que ultrapassem a visão de atribuição meramente burocrática de alimentação da base de dados, em geral, feita em atendimento às exigências de repasses de recursos financeiros; pretende-se, assim, contribuir para a concepção do processo de produção de informações como parte central na definição de ações de saúde, como instrumento privilegiado de gestão dos serviços de assistência e de promoção à saúde.

Este estudo tem como objetivo discutir o funcionamento do SIAB em um município de médio porte do nordeste do Brasil (Feira de Santana, Bahia), analisando seus mecanismos operacionais (planejamento, coleta, processamento e análise dos dados), com ênfase na reflexão sobre suas potencialidades e limites para o diagnóstico da situação de saúde no âmbito municipal.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso, com foco na análise do funcionamento do SIAB no município de Feira de Santana, Bahia. O processo de produção da informação constante no SIAB foi analisado em suas várias etapas de construção. A análise realizada baseou-se na comparação dos dados das famílias cadastradas constantes no SIAB, nos prontuários das unidades de saúde e dados obtidos em visitas aos domicílios selecionados para o estudo.

O local do estudo, Feira de Santana, possui população aproximada de 591.707 habitantes, Apenas 47,8% do seu território é coberto pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), com 83 equipes implantadas (BRASIL, 2010), 21 na zona rural e 62 na zona urbana.

A proposta deste estudo originou-se a partir de dificuldades encontradas para a coleta de dados de um estudo de corte transversal sobre a adesão ao Papanicolaou em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família no município de Feira de Santana, BA. Os dados do SIAB foram utilizados para identificar os domicílios com mulheres de 20 a 59 anos. A tentativa de uso dos dados armazenados no SIAB para a obtenção da amostra do estudo de corte transversal evidenciou limitações neste sistema de informação no município, ao tempo que possibilitou a reflexão sobre o seu funcionamento.

No estudo acima referido, optou-se pela utilização do SIAB em função deste sistema de informação constituir-se em ferramenta de registro das famílias cadastradas pelas Equipes de Saúde da Família, portanto esperava-se que pudesse oferecer um diagnóstico fidedigno do perfil sociodemográfico das comunidades no âmbito da Atenção Básica.

A base populacional para seleção da amostra do estudo seccional foram as famílias cadastradas no SIAB do município, sendo que a investigação incluiu as áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família da zona urbana.

Para a seleção da amostra do estudo foram sorteadas as famílias pertencentes às áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família de Feira de

Santana com base na listagem dos números de cadastro da família no SIAB. Em seguida, todas as 62 unidades da zona urbana foram visitadas para a obtenção dos dados de cada família sorteada: endereço, ponto de referência, existência de mulheres na faixa etária alvo do estudo e nome das mesmas.

Durante as visitas às unidades de saúde para identificação das famílias sorteadas, foram coletadas informações sobre o processo de geração e armazenamento de dados em cada unidade de saúde incluindo: a) processo de registro de dados das famílias na unidade, b) procedimentos de ordenamento e arquivamento dos dados relativos às informações da família e dos registros clínicos de cada um dos seus membros (processo de organização das fichas); c) sistema de identificação das famílias nos arquivos da unidade; d) nível de informatização dos dados existentes.

Estes dados foram registrados com a finalidade de descrever a estrutura de funcionamento do SIAB no município estudado e as etapas realizadas para a produção de dados no sistema.

Após a identificação dos dados referentes às famílias sorteadas, os domicílios foram visitados para a aplicação do formulário nas famílias que constituíram a amostra do estudo. Nestas entrevistas foram coletados dados sobre o perfil sociodemográfico dos moradores, ou seja, dados similares aos coletados nas fichas das USF de modo a permitir o cruzamento das informações e comparação entre os dados obtidos.

Na análise dos dados do SIAB foi observada a consistência das informações, comparando-se os dados das famílias que constavam no banco de dados e nas unidades de saúde com aquelas obtidas no domicílio.

Inicialmente, construiu-se uma planilha com todas as anotações das dificuldades encontradas no trabalho de campo. Em seguida, as anotações foram codificadas de acordo com o tipo de dificuldade registrada, considerando-se: a) processo de localização das famílias (inexistência do endereço anotado, ausência de informações completas, mudança da família, erro no registro dos membros da família) e b) inconsistências entre os dados obtidos nos registros das unidades de saúde, a família e os encontrados nas visitas domiciliares.

Posteriormente, foram analisadas as distorções observadas. A análise consistiu na sistematização e agrupamento dos problemas encontrados por etapa do processo de produção da informação: planejamento e treinamento/capacitação da equipe para o preenchimento das fichas de dados, coleta de dados (preenchimento), controle de qualidade dos dados, processamento das informações, alimentação dos sistemas local e estadual e análise dos dados.

O projeto de pesquisa referente à adesão ao Papanicolaou, que originou o estudo de caso sobre o SIAB, foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) registrado sob Protocolo N.º 120/2009 (CAAE 0127.0.059.000-09), seguindo as especificações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

## **RESULTADOS**

O município de Feira de Santana, como já referido, possui menos da metade do seu território coberto pela Estratégia de Saúde da Família. Como se pode observar, é baixa a cobertura da ESF no município estudado, o que pode ser indicativo de estruturação ainda incipiente dos novos modelos de atenção à saúde no local estudado.

Para o atendimento de qualidade, com ações que de fato viabilizem a promoção e prevenção à saúde na população, busca-se a cobertura de 100% da população pela ESF (BRASIL, 2001). No entanto, a maioria das grandes cidades apresenta cobertura inferior a 50%, fato que apresenta relação com o mecanismo de financiamento do governo federal que ainda não viabiliza de maneira eficaz o crescimento da implantação das equipes nos grandes centros, compreendendo que maiores coberturas exigem grandes recursos devido às extensões de território a serem cobertas nas grandes cidades (MATTOS, 2002).

O uso do SIAB como fonte para identificação da população coberta pela ESF no local estudado revelou que ainda se trata de um sistema com muitas fragilidades,

apresentando uma série de problemas e inadequações no processo de produção, armazenamento e análise das informações, como será detalhado a seguir.

### ***Sistema de organização dos prontuários das famílias nas unidades de saúde***

Na coleta de dados nas unidades de saúde, o prontuário da família foi o principal instrumento de registro de informações consultadas.

Os prontuários correspondem a fichas clínicas dos integrantes de uma mesma família, devendo ser arquivadas em uma pasta ou envelope cujas informações, na frente e verso, devem coincidir com aquelas da Ficha A. Nos arquivos das unidades de saúde, os prontuários devem ser organizados por microárea, de maneira que os dados dos integrantes permaneçam guardados e mantidos juntos, favorecendo a proposta de atenção à saúde voltada para o núcleo familiar.

No entanto, em algumas unidades de saúde visitadas, a coleta das informações das famílias foi inviabilizada devido à organização das fichas clínicas dos pacientes estar por ordem alfabética ou por nome de rua da residência, diferentemente do preconizado, que estabelece que a organização dos envelopes das famílias deve ser feita por microáreas e em ordem crescente de número de cadastro, de modo a agregar as informações de acordo com a perspectiva da informação territorializada em saúde.

Nos casos em que as unidades não possuíam essa organização dos arquivos ou quando não existiam dados nos prontuários das famílias sorteadas buscou-se contato com os Agentes Comunitários de Saúde com o propósito de ter acesso à Ficha A das respectivas famílias.

### ***Comparação entre os dados registrados no SIAB e os obtidos nas visitas***

Na amostra sorteada foram incluídas 273 famílias. Deste total, apenas 145 foram localizadas e as famílias entrevistadas. Portanto, os dados constantes no SIAB possibilitaram a identificação de apenas 53,1% das famílias sorteadas. A consistência entre os dados do SIAB e aqueles observados *in locus* foi baixa.

Considerou-se inconsistente a equivalência entre os dados obtidos no software, nas unidades de saúde e os existentes no domicílio principalmente em relação ao endereço, nome dos integrantes da família e número de cadastro no sistema de informação. A inconsistência entre esses dados inviabilizava a localização da residência e a realização da entrevista.

Apesar das dificuldades que inviabilizaram a identificação/localização das famílias registradas no SIAB, a principal dificuldade encontrada foi a discordância dos dados das famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica do município com as fornecidas pelos moradores durante a entrevista: observou-se incompatibilidades ao se comparar os dados das famílias no banco de dados, nos prontuários das unidades e as informações encontradas no domicílio.

O Quadro 1 descreve os principais problemas encontrados em relação às incompatibilidades de informações do SIAB no que se refere ao cadastro das famílias. Observa-se que é significativa a diversidade de informações que apresentam registros deturpados ao se comparar os diferentes níveis de operacionalização do sistema de informação.

As unidades de saúde são responsáveis pela notificação, para a gestão local, de informações referentes a qualquer mudança ou alteração relativa ao cadastramento das famílias (mudança de área, mudança de endereço na mesma área, inclusão ou exclusão de membros da família). As atualizações dos dados cadastrais devem ser feitas, portanto, pelas unidades de saúde. A responsabilidade de notificação ou alteração no SIAB, quando as unidades atualizam os dados é de competência da secretaria de saúde.

O preenchimento da Ficha A e do registro, com dados, que devem constar no envelope da família, é da competência do Agente Comunitário de Saúde. A atualização destes dados nos instrumentos de informação cadastral e de arquivamento dos dados na unidade também é de responsabilidade desses trabalhadores. Assim, problemas advindos do preenchimento incorreto, incompleto ou equivocado podem decorrer da produção de dados por esses profissionais.

As falhas do preenchimento das fichas de coleta também podem apresentar relação com: treinamentos estruturados com conteúdos incompletos e superficiais

aos quais os ACS podem ser submetidos, além da possibilidade de: acompanhamento e supervisão parcial do trabalho dos ACS pelo enfermeiro instrutor/supervisor das unidades de saúde, e análise incompleta dos instrumentos de coleta de dados preenchidos pelos ACS no que se refere à inconsistência e correção dos dados preenchidos incorretamente, ausência de educação e capacitação continuada para o aprimoramento do trabalho de produção e manuseio dos dados.

Observou-se ainda que, em algumas situações, as informações do banco de dados e dos prontuários da unidade eram as mesmas, mas não coincidiam com as famílias nos respectivos endereços, pois em alguns casos não havia moradores na residência, em outros, as informações referentes a alguns moradores não eram corretas ou inexistiam alguns membros da família no sistema. Também foram encontradas situações em que, ao invés de domicílios, funcionava outra estrutura no local como creche, escola, igreja ou comércio.

## **DISCUSSÃO**

A operacionalização do Sistema de Informação da Atenção Básica pela gestão do município de Feira de Santana apresenta vários problemas, principalmente no que diz respeito ao cadastro e atualização das informações das famílias que constituem o banco de dados do SIAB, o que implica em dificuldades para a obtenção do diagnóstico da situação de saúde local, uma vez que o ponto inicial para a produção da informação em saúde nos territórios deve partir do conhecimento sobre as famílias que residem nestas áreas, de modo a identificar as necessidades de saúde dos núcleos familiares que constituem as comunidades (NICHIAITA; FRACOLLI, 1998).

A identificação de dados sociodemográficos e do perfil saúde-doença obtidos casa a casa, permite a construção do diagnóstico das condições de vida e saúde da comunidade. A coleta dos dados de maneira individual, em cada família, possibilita o conhecimento de necessidades específicas de saúde, viabilizando a organização de uma atenção não apenas voltada para o grupo populacional, mas também para a

estruturação de assistência individualizada quando necessário, respeitando desta maneira o princípio da equidade dos serviços de saúde.

O principal responsável pela obtenção dos dados na comunidade é o Agente Comunitário de Saúde. Cada ACS assume a responsabilidade por uma microárea, devendo residir no máximo 750 pessoas em cada um destes segmentos territoriais. Todos os moradores da microárea devem ser cadastrados e os dados atualizados constantemente, sendo também responsabilidade deste profissional a integração entre unidade de saúde e comunidade, orientando as famílias sobre a utilização dos serviços oferecidos (BRASIL, 2006).

A Ficha A, utilizada para o cadastro das famílias, deve ser levada para reunião mensal com o enfermeiro instrutor/supervisor da equipe, de modo a permitir a atualização imediata do banco de dados nas unidades de saúde em que houver informatização do sistema. Caso a unidade não esteja informatizada, as fichas devem ser encaminhadas à gestão municipal para que o setor responsável pelo SIAB faça esta atualização (BRASIL, 2003).

A atualização do cadastro refere-se à mudança das informações da Ficha A, sempre que necessário, observando mensalmente a ocorrência de nascimento, óbito, alteração da ocupação de alguns dos membros, condições de saneamento, moradia, dentre outros aspectos (BRASIL, 2003).

Esta atualização mensal é imprescindível para que as informações do banco de dados do SIAB sejam fidedignas, em qualquer momento, apresentando o perfil sociodemográfico das comunidades residentes nas áreas delimitadas, já que as famílias devem ser compreendidas e trabalhadas enquanto estruturas dinâmicas, sujeitas a mudanças de aspectos referentes a alguns de seus membros ou até mesmo processos de imigração e emigração que envolvam todo o núcleo familiar.

No entanto, alguns “vícios” permanecem em muitos serviços de saúde em relação à atualização dos dados cadastrais das famílias residentes nas áreas de abrangência, a exemplo da não atualização anual ou sempre que necessário dos dados das Fichas A (NICHATA; FRACOLLI, 1998).

Pesquisa realizada para o conhecimento da realidade sócio-sanitária da população atendida por uma Equipe de Saúde da Família em Alfenas, MG, com



base em dados do SIAB apresentou algumas inconsistências de informações entre dados da Ficha A e do consolidado SSA2: diferenças entre o número de usuárias com condição referida de gestação e o quantitativo de gestantes cadastradas na USF; número de nascimentos na área superior ao registro de crianças menores de um ano no mesmo período, tendo como possíveis motivos para o desencontro de informações a ausência de atualização mensal da Ficha A pelos ACS (SILVA; OLIVEIRA, 2010).

Similarmente, em Equipes de Saúde da Família de Ribeirão Preto, SP, foram identificadas dificuldades associadas às demandas e exigências do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde com relação à coleta e registro de informações para o SIAB, o que pode influenciar no preenchimento inadequado dos instrumentos de coleta de dados em decorrência de: excesso de fichas usadas na rotina; manual técnico do SIAB com conteúdo superficial, dificultando o esclarecimento de dúvidas sobre o seu preenchimento; dificuldade em preencher alguns campos, a exemplo do espaço referente ao estado nutricional na ficha de gestantes; não utilização das Fichas B para análise da situação de saúde pelas equipes, especialmente os médicos (SILVA; LAPREGA, 2005).

A não atualização dos dados constitui um importante problema que afeta o sistema de saúde como um todo, pois informações incorretas tornam-se a base do planejamento em saúde que não condizem com a realidade, levando ao direcionamento de esforços e recursos financeiros para a implementação de ações que não atenderão a população em suas necessidades reais.

A observação da produção inadequada dos dados do SIAB no município de Feira de Santana pode estar associada, dentre outros fatores, ao desconhecimento do adequado preenchimento dos instrumentos pelos ACS, excesso de trabalho e ausência da percepção destes profissionais quanto a importância de suas atividades na produção da informação de qualidade para a organização dos serviços de saúde e conseqüente melhoria da qualidade de vida da comunidade.

O Treinamento Introdutório do PSF consiste em ferramenta fundamental no processo de inserção dos profissionais nesta estratégia de trabalho, não apenas por realizar atividades que capacitem os profissionais para a manipulação dos instrumentos de coleta, organização e análise dos indicadores produzidos a partir

dos dados do SIAB, mas também instrumentaliza os profissionais sobre o processo de trabalho, discutindo as atribuições e importância de cada um na equipe multidisciplinar (BRASIL, 2000).

Além disto, é necessário estruturar processos de capacitação continuada que possam, além de solucionar problemas advindos do processamento das informações (preenchimento das fichas, entrada de dados, geração de relatórios), possam também expandir os usos do SIAB, explorando os recursos disponíveis e criando demandas para incorporação de novos dispositivos que possam contribuir para o diagnóstico de situações de saúde concretas, vivenciadas em contextos específicos.

A presença de dados não fidedignos no SIAB de Feira de Santana, pode estar associada a falhas no treinamento dos profissionais para a coleta de dados, e no processo de crítica das informações que deve ser realizada pelos enfermeiros das USF, buscando inconsistências e mecanismos para a correção dos erros encontrados.

Deve-se considerar também a possibilidade do fornecimento de informações incorretas durante o cadastro das famílias, principalmente em municípios como Feira de Santana, centro urbano de referência em serviços de saúde, pois familiares que residem nestas grandes cidades podem incluir como residentes em seus domicílios, durante o cadastro da família, parentes e amigos que residam em outras localidades, com o intuito de incluir estas pessoas nos sistemas municipais de saúde de referência.

Em Ribeirão Preto constatou-se que a supervisão das fichas e relatório produzidos pelos ACS é realizada de maneira informal durante as reuniões mensais para a consolidação dos dados coletados na localidade (SILVA; LAPREGA, 2005), não sendo um procedimento sistematizado com rotinas a serem seguidas para a análise das informações coletadas.

### ***Processamento das informações: a entrada de dados no SIAB e o seu repasse***

Os dados consolidados nas localidades devem ser enviados para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Quando a unidade de saúde não dispõe de recursos

para a entrada dos dados (falta de equipamentos ou de pessoal), o SSA2, o PMA2 e as Fichas A são encaminhadas para digitação na SMS.

Nesta etapa, a coordenação da Atenção Básica e o setor de informática devem trabalhar para o acompanhamento das informações enviadas pelas equipes, havendo checagem se os relatórios foram enviados nas datas corretas, se estão preenchidos adequadamente e se há informações que devem ser atualizadas. Logo em seguida, os dados deverão ser digitados pelo setor de informática, gerando os relatórios das unidades de saúde, devendo ser avaliados pela Coordenação Municipal da Atenção Básica e posteriormente enviados para a respectiva Regional de Saúde (BAHIA, 2006).

A digitação consiste em uma importante fonte de identificação de erros originados na coleta de dados. Estudo realizado em Alagoas identificou dificuldades importantes relatadas pelos profissionais responsáveis pela digitação do SIAB: preenchimento incompleto da ficha A, máquinas inadequadas, software ultrapassado e demora no envio das informações pelas equipes (MOTA, 2009).

O setor responsável pela alimentação do banco de dados na Secretaria Municipal de Saúde do município de Feira de Santana caracterizou-se por um reduzido número de profissionais e de equipamentos, e alguns destes, com sistemas operacionais ultrapassados, reduzindo a eficiência do processo de produção da informação. Estes aspectos são fatores contribuintes para a não atualização adequada do banco de dados pela gestão municipal, pois com poucas unidades de saúde informatizadas, a operação do software concentra-se principalmente na secretaria municipal e a inadequação da estrutura operacional para alimentação do banco de dados, gera por consequência lentidão na produção da informação e acúmulo de atualizações e novos cadastros a serem digitados, mantendo inalterada a característica de centralização, verticalização e fragmentação dos sistemas de informação em saúde tradicionais.

Os dados demográficos, sociais e de morbidade que alimentam o sistema a partir do cadastramento são transformados em indicadores que embasarão o planejamento, programação e tomada de decisão, informações estas que podem ser utilizadas não apenas pelos serviços de saúde, mas também em ação conjunta com outros setores governamentais e não governamentais (FRANÇA, 2001).

O dado deve ser avaliado em relação à sua qualidade, pois se as informações que alimentam o SIAB não representam a realidade, estes relatórios formarão consolidados que inviabilizam uma análise do perfil sócio-sanitário da população, do processo saúde-doença local e do desenvolvimento do serviço realizado pelas equipes de saúde locais, dificultando também a localização geográfica de áreas de risco.

Os dados produzidos pelo SIAB também são utilizados para subsidiar a transferência de recursos financeiros para os municípios como apoio para as atividades da atenção básica, a exemplo do Piso de Atenção Básica fixo e variável, saúde bucal e demais incentivos específicos para a ESF, que tem por base de cálculo o envio dos dados que alimentam o Sistema de Informação da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

A inconsistência das informações do SIAB acarreta, diretamente, prejuízos no processo de transferências destes recursos para os municípios, a irregularidade da alimentação do banco de dados do SIAB pode implicar em interrupção do envio de recursos para as localidades.

Outro aspecto relevante é que sendo a gestão do sistema de saúde descentralizada para os municípios, há ainda uma lacuna relevante ao se analisar o exercício desta autonomia, pois a gestão municipal não pode acrescentar outras informações relevantes no banco de dados ou nos instrumentos de coleta do município, o que permitiria a análise de problemas de saúde específicos da localidade.

Este aspecto demonstra que, assim como outros sistemas de informação nacionais, o SIAB, no contexto estudado, ainda é um sistema verticalizado, onde a formulação dos elementos que constituem o processo de produção das informações ocorre no nível federal e são apenas repassados para as gestões estaduais e municipais, não havendo uma construção coletiva, inviabilizando o diagnóstico sobre alguns problemas de saúde específicos de cada município.

A análise das fichas e formulários do SIAB preenchidos pelas Equipes de Saúde da Família do estado de Alagoas constatou que muitas apresentaram rasuras decorrentes da inserção manuscrita de informações adicionais que não constavam

no instrumento padrão de coleta de dados, já que o SIAB não possibilita alterar o instrumento de coleta e/ou acrescentar informações que não constam no software (MOTA, 2009).

Diversos municípios ainda encontram dificuldades técnicas, operacionais e financeiras para a estruturação de um adequado sistema de informação local em saúde. Dentre estes entraves estão: dificuldades para a aquisição de equipamentos, falta de recursos humanos para a operacionalização do sistema e para a análise das informações, padronização ineficaz dos procedimentos de coleta de dados, e conhecimento restrito quanto ao processamento dos dados (BRANCO, 1996).

Para o adequado funcionamento de qualquer sistema de informação é necessário que exista uma padronização que oriente a produção de dados com qualidade, sendo relevante compreender o fator humano como agente que pode influenciar tanto a continuidade do processo de maneira padronizada, quanto a quebra das convenções estabelecidas, principalmente quando estes indivíduos não fazem parte do processo de criação e de implantação da produção da informação (MOTA, 2009).

No que abrange a organização do SIAB, o Ministério da Saúde deve estabelecer padrões de produção e envio das informações, sendo para isso necessária a readequação do Manual do SIAB detalhando e ampliando as informações referentes ao preenchimento das fichas e a manipulação do banco de dados (SILVA; LAPREGA, 2005).

Para que o sistema seja operacionalizado por pessoas que compreendam e coloquem em prática as diretrizes estabelecidas para a produção da informação, deve-se realizar Treinamento Introdutório com as equipes, e conduzir capacitação permanente de modo a sanar as dúvidas dos profissionais envolvidos, desenvolvendo um processo de trabalho em que o indivíduo compreenda a lógica da produção da informação e incorpore-a, de fato, ao seu processo de trabalho.

A Secretaria Municipal de Saúde, através da coordenação da Atenção Básica, deve exercer supervisão em âmbito mais abrangente em relação à alimentação e atualização do SIAB pelas Equipes de Saúde da Família, supervisão esta que deve ser realizada tanto com base na análise dos consolidados mensais, quanto nas

próprias unidades de saúde com estratégias de acompanhamento dos trabalhos dos profissionais no território.

As Diretorias Regionais de Saúde devem exercer o papel de supervisão sobre os seus respectivos municípios, de maneira a acompanhar o trabalho das gestões nos território municipal, avaliando a consistência das informações enviadas e o impacto das ações em saúde nos territórios municipais.

O conhecimento gerado pelo SIAB sobre as respectivas realidades viabiliza a organização dos três níveis de gestão para a produção de ações que garantam atenção à saúde com qualidade, sendo a reorganização das ações na Atenção Básica um dos grandes desafios no processo de consolidação da descentralização da gestão. Nesta perspectiva o Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica, tem desenvolvido, nos últimos anos, ações para otimizar a utilização das informações geradas pelo SIAB por gestores e profissionais, estimulando a manipulação deste instrumento para o Monitoramento e Avaliação em Saúde para a tomada de decisões nos territórios (BRASIL, 2004).

Para a utilização de todas as possibilidades deste sistema enquanto instrumento de gestão, os municípios devem ter Equipes de Saúde da Família preparadas e comprometidas com a adequada produção e análise contínua dos dados, Secretarias Municipais de Saúde com aparato tecnológico eficaz, equipe técnica preparada e em quantitativo adequado, melhoria do software e das fichas/formulários para coleta de dados, e gestão estadual que ofereça apoio logístico para os municípios.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O SIAB é o principal instrumento para o diagnóstico da situação de saúde local. Entretanto ainda podem ser observadas falhas de operacionalização do sistema, gerando dados inconsistentes, dificultando, por conseqüência, a estruturação do diagnóstico local de saúde e a avaliação do impacto do trabalho das equipes de saúde no território. Foram observadas falhas em todas as etapas da

produção da informação, havendo uma reprodução constante de alguns equívocos a exemplo da não atualização dos dados das famílias pelas equipes e a não alimentação dinâmica e organizada dos bancos de dados.

A análise mensal dos dados deve ser compreendida pelas equipes como instrumento fundamental para a gestão da Unidade de Saúde da Família de modo a integrar as reuniões mensais dos ACS com o enfermeiro instrutor/supervisor para o repasse dos dados, discutindo os indicadores sociais, demográficos e de morbimortalidade para o planejamento das intervenções e o acompanhamento do impacto das ações de saúde na localidade.

No entanto, há possibilidade de enfrentar as dificuldades a partir do momento em que a gestão municipal atente para os prejuízos decorrentes de um sistema de informação desatualizado e implemente estratégias que tornem a operacionalização do sistema eficiente e eficaz desde a coleta de dados no domicílio até a alimentação do banco de dados.

Além disso, o estado, respeitando a diretriz da descentralização, deve exercer seu papel enquanto supervisor e colaborador técnico dos municípios, orientando quanto a readequação de práticas, instrumentalizando as secretarias municipais e acompanhando as readequações, com o objetivo de utilizar o SIAB como principal instrumento para avaliação da atenção Básica.

Registra-se que, apesar de tratar-se aqui de um estudo de caso, os aspectos observados, como mencionado, podem ser identificados em um contingente relevante dos municípios brasileiros. Nesse sentido, os resultados da análise aqui realizada podem contribuir para a identificação e para a superação das fragilidades observadas em outras realidades.

O Sistema de Informação da Atenção Básica, trabalhado de maneira adequada, com informações acessíveis para a gestão, trabalhadores e comunidade, viabiliza o planejamento de estratégias para a melhoria dos serviços prestados, auxilia na tomada de decisão, e aumenta a capacidade das equipes para o enfrentamento de problemas de saúde locais.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. **Descentralização de sistemas de informação e o uso das informações a nível municipal.** IESUS, v. 7, n. 3, jul/set 1998.

BAHIA. Secretaria da Saúde. **SIAB: rotinas e procedimentos para municípios e regionais.** Salvador, 2006.

BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A. P. **Sistemas de informação apoiando a gestão do trabalho em saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 62, n. 3, mai/jun. 2009.

BRANCO, M. A. F. **Sistemas de informação em saúde no nível local.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 12, v. 2, p. 267-270, abr/jun 1996.

BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de agentes comunitários de saúde, saúde da família e saúde bucal unidade geográfica: Município – Feira de Santana-BA**  
**Competência: Dezembro de 2010.** Disponível em:  
<<http://189.28.128.99/dab/index.php>>. Acesso em: 17 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família.** Brasília; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Treinamento introdutório.** Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica.** Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação.** Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2006.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica: SIAB: Indicadores 2006**. Brasília, 2009.

FRANÇA, T. **Sistema de Informação da Atenção Básica: um estudo exploratório**. 109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Rio de Janeiro, 2001.

MATTOS, R. A. **O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu Impacto sobre as grandes cidades**. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 12, v. 1, p. 77-108. Rio de Janeiro, 2002.

MOTA, F. R. L. **Registro de informação no sistema de informação em saúde: um estudo das bases SINASC, SIAB e SIM, no estado de Alagoas**. 266 f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

NICHIATA, L. Y. I.; FRACOLLI, L. A. **O Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB como um instrumento de trabalho da equipe no programa saúde da família: a especificidade do enfermeiro**. Manual de Enfermagem [online]. Disponível em :<<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 07 de set. 2010.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. **Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil**. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, nov/dez. 2005.

SILVA, A. S.; OLIVEIRA N. **Diagnóstico de saúde de uma população atendida pelo programa de saúde da família em Alfenas – MG**. *Revista APS*, Juíz de Fora, v. 13, n. 2, p. 182-189, abr/jun, 2010.

## ANEXO

**Quadro 1** Descrição de problemas existentes no cadastro das famílias do Sistema de Informação da Atenção Básica e respectivos responsáveis em cada esfera do município, Feira de Santana, BA, 2010.

TIPO DE PROBLEMA IDENTIFICADO	FUNCIONAMENTO ADEQUADO PRECONIZADO	RESPONSÁVEL
1. Famílias cadastradas no banco de dados do SIAB, mas não cadastradas na USF.	Cada família deve ter o mesmo cadastro tanto no banco de dados quanto na USF	SMS* ESF**
2. Inconsistência dos dados sociodemográficos entre a Ficha A, o prontuário da família e o registro do SIAB.	Cada família deve ter o mesmo cadastro tanto no banco de dados quanto na USF	SMS* ESF**
3. Consistência entre os dados do SIAB e da USF, mas com outra família residindo no domicílio de registro.	Os dados das famílias residentes no domicílio devem ser os mesmos encontrados no prontuário das unidades e na base de dados do SIAB	ESF**
4. Consistência entre os dados do SIAB e USF, mas sem residente na casa de registro ***	Os dados das famílias residentes no domicílio devem ser os mesmos encontrados no prontuário das unidades e na base de dados do SIAB	ESF**
5. Consistência entre os dados do SIAB e USF, mas com dados desatualizados dos residentes no domicílio.	Os dados de todos os integrantes das famílias nos prontuários e na base de dados devem ser os mesmos, condizendo com a realidade.	ESF**
6. Consistência entre os dados do SIAB e USF, porém no endereço indicado funcionava outra estrutura: creche, igreja, ponto comercial, etc.	Os dados das famílias residentes no domicílio devem ser os mesmos encontrados no prontuário das unidades e na base de dados do SIAB.	ESF**
7. Erro de preenchimento das Fichas A e dos envelopes da família	Os dados de todos os integrantes das famílias tanto nas Fichas A quanto nos prontuários e na base de dados devem condizer com a realidade.	ESF**
8. Organização dos prontuários por ruas ou por ordem alfabética	Os prontuários nas USF devem ser organizados por microárea e em ordem crescente de número das famílias.	ESF**

\*Secretaria Municipal de Saúde \*\* Equipe de Saúde da Família \*\*\* Residência vazia para alugar, igreja, comércio, dentre outros.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os artigos apresentados na dissertação tiveram como objetivo descrever os fatores associados à não adesão ao Papanicolaou em mulheres entre 25 e 59 anos residentes nas áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família (zona urbana), município de Feira de Santana, BA (Artigo 2) e discutir o funcionamento do SIAB no município de Feira de Santana, BA, analisando seus mecanismos operacionais (planejamento, coleta, processamento e análise dos dados) com ênfase nas potencialidades e limites para diagnóstico da situação de saúde no âmbito municipal (Artigo 1).

O estudo sobre não adesão ao Papanicolaou apresentou que 12,6% das mulheres entrevistadas não realizaram o exame nos três anos anteriores à pesquisa ou nunca se submeteram ao procedimento.

No entanto, mesmo a cobertura do exame ultrapassando a meta de 80% preconizada pela Organização Mundial de Saúde para a redução da morbimortalidade por neoplasia cérvico-uterina (WHO, 1998), observou-se que ainda há parcela significativa da população feminina que não realiza o exame regularmente, estando exposta ao risco de adoecimento e óbito por câncer de colo de útero. Todas as USF devem oferecer o exame preventivo, atendendo a população feminina adscrita, assim sendo, a cobertura do exame nessas áreas deveria ser de aproximadamente 100%, fato que demonstra a importância de se ampliar estratégias que resultem em impacto na prática de prevenção entre as mulheres.

A não adesão ao procedimento apresentou associação estatisticamente significativa às variáveis: não ter frequentado a escola, possuir quatro ou mais filhos, ter quatro partos ou mais, não fazer uso de método contraceptivo e possuir conhecimento inadequado sobre o exame de prevenção, além de parcela significativa das mulheres ter realizado o último exame em serviço particular, mesmo sendo o Papanicolaou oferecido gratuitamente em todas as Unidades de Saúde da Família do município.

Estes achados são ainda mais preocupantes ao observar que aspectos como baixa escolaridade e multiparidade são fatores de risco para a neoplasia cérvico-uterina, e sendo esta parcela da população não coberta de maneira adequada pelo exame de prevenção, aumenta ainda mais a probabilidade de adoecimento e morte pela patologia.

Os resultados do estudo revelam a necessidade das Equipes de Saúde da Família desenvolverem estratégias que de fato atendam a população feminina de maneira integral e equânime, compreendendo que a não adesão ao Papanicolaou não é apenas um problema que envolve aspectos relacionados à saúde, mas também fatores culturais, de gênero, tabus e reduzido nível educacional da população.

O estudo sobre o Sistema de Informação da Atenção Básica demonstrou a existência de diversos problemas na coleta e no armazenamento das informações do SIAB do município, aspectos evidenciados pela discordância dos dados das famílias cadastradas no sistema de informação com os fornecidos pelos moradores durante a entrevista: observa-se incompatibilidades ao se comparar os dados das famílias no banco de dados, nos prontuários das unidades e as informações encontradas no domicílio, o que permitiu a localização de apenas 53,1% das famílias sorteadas para a coleta de dados do estudo de corte transversal sobre não adesão ao Papanicolaou.

A coleta de dados revelou preenchimento incorreto, incompleto ou equivocado dos instrumentos do SIAB pelos Agentes Comunitários de Saúde.

A inadequação do preenchimento das fichas pode estar associada a falhas no processo de trabalho destes profissionais como treinamentos superficiais oferecidos aos ACS quando inseridos na Estratégia de Saúde da Família, ausência de educação permanente em serviço, além da possibilidade de acompanhamento e supervisão parcial do trabalho dos ACS pelo enfermeiro instrutor/supervisor das USF.

Observa-se que a atualização dos dados cadastrais das famílias no banco de dados não é desenvolvida de maneira adequada, pois em algumas situações os

dados das famílias existentes na unidade e no domicílio são os mesmos, mas diferem das informações obtidas no software.

O setor responsável pela alimentação do banco de dados na Secretaria Municipal de Saúde do município de Feira de Santana caracteriza-se por um reduzido número de profissionais e máquinas, e algumas destas, com sistemas operacionais ultrapassados, reduzindo a eficiência do processo de produção da informação. Estes aspectos são fatores contribuintes para a não atualização adequada do banco de dados pela gestão municipal, pois com poucas unidades de saúde informatizadas, a operação do software concentra-se principalmente na secretaria municipal e a inadequação da estrutura operacional para alimentação do banco de dados, gera por consequência lentidão da produção da informação e acúmulo de atualizações e novos cadastros a serem digitados.

No entanto, a produção inadequada dos dados do SIAB gera dados inconsistentes, dificultando por consequência a estruturação do diagnóstico local de saúde, a implementação de ações e a avaliação do impacto do trabalho das equipes de saúde no território, tornando este sistema de informação falho no que se refere à construção do diagnóstico local em saúde.

Os dois artigos produzidos refletem realidades observadas em outros municípios brasileiros, por isso, seus delineamentos podem ser aplicados para a realização de estudos em outras localidades, contribuindo para a estruturação de estratégias que melhorem a condição de saúde das comunidades.

## REFERÊNCIAS

ALBERCROMBIE, P.VD. **Improving adherence to abnormal Pap Smear follow-up.** JOGNN. v. 30, n. 1, Jan/Feb 2001.

ALBUQUERQUE, K. M. et al. **Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o programa de prevenção do câncer do colo do útero em Pernambuco, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, Sup. 2, p. 301-309, 2009.

ALMEIDA, M. F. **Descentralização de sistemas de informação e o uso das informações a nível municipal.** IESUS, v. 7, n. 3, jul/set 1998.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts & figures 2010,** Atlanta , 2010.

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

BAHIA. **Relatório de Gestão 2009.** Feira de Santana, 2010.

BAHIA. Secretaria da Saúde. **SIAB: rotinas e procedimentos para municípios e regionais.** Salvador, 2006.

BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A. P. **Sistemas de informação apoiando a gestão do trabalho em saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 62, n. 3, mai/jun. 2009.

BRANCO, M. A. F. **Sistemas de informação em saúde no nível local.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 12, v. 2, p. 267-270, abr/jun 1996.

BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**, Cadernos de Atenção Básica nº13. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de agentes comunitários de saúde, saúde da família e saúde bucal unidade geográfica**: Município – eira de Santana-BA **Competência**: Dezembro de 2010a. Disponível em: <<http://189.28.128.99/dab/index.php>>. Acesso em: 17 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**, Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Treinamento introdutório**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica: SIAB: Indicadores 2006**. Brasília, 2009b.

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

DATASUS. Ministério da Saúde. BRASIL, 2010b. Disponível em:<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 24 abr. 2010.

FERNANDES, J. V. et al. **Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil.** Revista de Saúde Pública, v. 43, n. 5, p.851-858, 2009.

FRANÇA, T. **Sistema de Informação da Atenção Básica: um estudo exploratório.** 109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Rio de Janeiro, 2001.

GAMARRA, C. J.; PAZ, E. P. A.; GRIEP, R. H. **Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas.** Revista de Saúde Pública, v. 39, n. 2, p. 270-276, 2005.

HACKENHAAR, A. A; CESAR, J. A; DOMINGUES, M. R. **Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização.** Revista Brasileira de Epidemiologia. v. 9, n, 1, p. 103 – 111, 2006.

KAHN, J. A. et al. **Validity of adolescent and young adult self-report of Papanicolaou smear results.** Obstetrics & Gynecology, v. 96, n. 4, oct. 2000.

MATTOS, R. A. **O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu Impacto sobre as grandes cidades.** PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 12, v. 1, p. 77-108. Rio de Janeiro, 2002.

MOTA, F. R. L. **Registro de informação no sistema de informação em saúde: um estudo das bases SINASC, SIAB e SIM, no estado de Alagoas.** 266 f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

NICHIATA, L. Y. I.; FRACOLLI, L. A. **O Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB como um Instrumento de trabalho da equipe no Programa Saúde da Família: a especificidade do enfermeiro.** Manual de Enfermagem [online]. Disponível em :<<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 07 de set. 2010.



OLIVEIRA, M. M. H. N. et al. **Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 9, n. 3, p. 325–334, 2006.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales.** 2007.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, I. H. **Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino.** Acta Scientiarum. Health Sciences, Maringá, v. 26, n. 2, p. 319-324, 2004.

RIO GRANDE DO SUL. Equipe de vigilância de eventos vitais, doenças e agravos não Transmissíveis. **SISCOLO: Relatório 2008.** Porto Alegre, 2008.

SILVA, D. W. et al. **Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 24-31, 2006.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. **Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, nov/dez. 2005.

SILVA, A. S.; OLIVEIRA N. **Diagnóstico de saúde de uma população atendida pelo programa de saúde da família em Alfenas – MG.** Revista APS, Juíz de Fora, v. 13, n. 2, p. 182-189, abr/jun, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Manual on the prevention and control of common cancers.** Western Pacific Series, n. 20, 1998.

# APÊNDICES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MAGNA SANTOS ANDRADE

**ADESÃO AO PAPANICOLAOU NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA,  
FEIRA DE SANTANA- BA**

FEIRA DE SANTANA-BA

2010

MAGNA SANTOS ANDRADE

**ADESÃO AO PAPANICOLAOU NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA,  
FEIRA DE SANTANA, BA**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para ser avaliado pela banca de qualificação.

Área de Concentração: Epidemiologia

Linha de Pesquisa: Saúde de grupos populacionais específicos

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Maura Maria Guimarães de Almeida

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Tânia Maria de Araújo

FEIRA DE SANTANA - BA

2010

## RESUMO

O câncer de colo de útero apresenta-se como um grave problema de saúde pública e, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) a cada ano cerca de 250.000 mulheres morrem em todo mundo por esta neoplasia, destes óbitos, aproximadamente 4500 ocorrem no Brasil. Muitas dessas mortes poderiam ser evitadas caso o exame de prevenção do câncer de colo de útero (Papanicolaou) fosse uma rotina entre as mulheres. Mas, a baixa adesão ao exame citopatológico é uma realidade na maioria dos municípios brasileiros, mesmo que estratégias sejam implementadas pelo governo para a mudança deste quadro. O objetivo deste estudo é descrever os fatores associados à não adesão ao Papanicolaou em mulheres entre 25 e 59 anos residentes nas áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família (zona urbana), município de Feira de Santana, BA. Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, cuja amostra será selecionada através de Amostragem Aleatória por Conglomerados e constituída por 273 famílias. Será estudada a associação entre a não adesão da mulher ao Papanicolaou e fatores sociodemográficos, antecedentes ginecológicos, obstétricos, sexualidade, acesso ao serviço de saúde e conhecimento sobre o Papanicolaou. Os dados serão coletados em visitas domiciliares, através da aplicação de formulários, após a realização de Estudo Piloto (pré-teste). A análise a ser desenvolvida será exploratória e descritiva, utilizando-se taxas de prevalência, razões de prevalência, teste qui-quadrado considerando intervalo de confiança (IC = 95%) e p-valor  $\leq 0,05$ .

**Palavras chave:** neoplasia de colo de útero; prevenção; adesão; serviço de saúde.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>78</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>81</b>
2.1	Objetivo Geral	81
2.2	Objetivos Específicos	81
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>82</b>
3.1	Câncer de colo de útero	82
3.2	Epidemiologia do câncer de colo de útero	85
3.3	Raça/cor e câncer de colo de útero	86
3.4	Prevenção do câncer cérvico-uterino	88
3.5	Adesão ao Papanicolaou	94
3.6	Gênero e câncer de colo de útero	99
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>103</b>
4.1	Tipo de estudo	103
4.2	População do Estudo	103
4.3	Seleção da amostra	104
4.4	Instrumentos da pesquisa	107
4.5	Coleta de dados	109
4.6	Definição das variáveis do estudo	110
4.7	Análise e interpretação dos dados	110

4.8 Aspectos éticos	111
4.9 Viabilidade	112
4.10 Limitações do estudo	112
<b>5 ORÇAMENTO</b>	114
<b>6 CRONOGRAMA</b>	116
<b>REFERÊNCIAS</b>	119

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de colo de útero é a terceira neoplasia maligna mais frequente entre as mulheres no Brasil e em países em desenvolvimento, perdendo apenas para o câncer de pele e de mama. Aproximadamente 500 mil casos novos e 230 mil óbitos ocorrem anualmente devido a neoplasia cérvico-uterina em todo o mundo e são esperados no Brasil, para o ano de 2011, 18.000 novos casos (BRASIL, 2009).

Em algumas regiões brasileiras, o câncer de colo de útero é o segundo tipo de câncer mais comum na população feminina, a exemplo da Região Norte, onde, em 2009, atingiu 22,20 casos por 100.000 mulheres enquanto o câncer de mama chegou a 15,62, sendo que no mesmo ano a taxa no país foi de 19,19 por 100.000 mulheres (BRASIL, 2010d).

Além do adoecimento e morte que podem ser causados pela neoplasia cérvico-uterina, esta patologia também acarreta prejuízos econômicos para a sociedade devido aos onerosos tratamentos, redução da população economicamente ativa e, principalmente, consequências psicológicas e sociais para as diversas famílias que perdem, em muitas destas situações, suas cuidadoras e entes queridos.

O principal fator de risco para o desenvolvimento desta patologia é a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), associado à maior parte dos casos de lesão precursora do câncer de colo de útero. Contudo, outros fatores também são relevantes para o desenvolvimento da doença, tais como: precocidade do início da atividade sexual, múltiplos parceiros sexuais, tabagismo, baixa condição socioeconômica, multiparidade, uso prolongado de contraceptivos hormonais, dentre outros (ACS, 2010).

O Papanicolaou é o procedimento mais utilizado para a detecção das lesões pré-cancerosas e do câncer invasivo, consistindo em técnica simples a partir da coleta de uma pequena amostra de células da cérvix uterina e análise do material em microscópio (ACS, 2010).



Para o desenvolvimento de uma adequada prevenção, é necessário conhecer não apenas os fatores associados ao adoecimento, mas também identificar características que de alguma maneira possam influenciar a realização do exame pelas mulheres a exemplo dos aspectos sociodemográficos (ALBERCROMBIE, 2001).

Como rotina para a realização do Papanicolaou, o Ministério da Saúde preconiza que todas as mulheres que já tenham iniciado atividade sexual, prioritariamente aquelas entre 25 a 59 anos, realizem dois exames em anos consecutivos e, após os resultados negativos, passe a realizar o exame a cada três anos. Essa conduta tem efeito protetor de aproximadamente 91%, quando realizada conforme estabelecido (BRASIL, 2006a).

A implantação do Programa de Saúde da Família (hoje denominado Estratégia de Saúde da Família - ESF), na década de 90, foi o principal mecanismo para a ampliação da oferta do Papanicolaou em todo o território nacional, sendo os profissionais médicos e enfermeiros os responsáveis pela coleta do material para o citopatológico nas mulheres residentes nas áreas de abrangência das equipes.

Entretanto, observa-se que a ampliação da oferta do exame de prevenção não foi suficiente para produzir alteração significativa nos indicadores de morbimortalidade por câncer de colo de útero. Na série histórica divulgada pelo Ministério da Saúde observou-se que, em 1990, foram a óbito no Brasil 2.787 mulheres por essa doença, tendo este número chegado a 4.691 óbitos em 2007 (BRASIL, 2010d).

A manutenção das altas taxas representa um desafio, já que medidas adotadas até o momento ainda não foram suficientes para redução expressiva do adoecimento e morte por esta patologia na população feminina brasileira, o que pode estar associado a dificuldades na oferta, acesso e qualidade de ações que atinjam de fato a população alvo (ALBUQUERQUE et al., 2009).

O Pacto pela Saúde apresenta como meta para uma adequada prevenção do câncer de colo de útero e conseqüente impacto para a redução dos indicadores a cobertura de 80% da população entre 25 e 59 anos para a realização do Papanicolaou (BRASIL, 2006b).

Inquérito realizado pelo Instituto de Geografia e Estatística (IBGE) através da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) em 2003 mostrou que 68,7% das mulheres brasileiras haviam realizado o Papanicolaou há três anos ou menos, já em etapa posterior do estudo realizado em 2008 mostrou que 79,32% das mulheres haviam realizado o exame neste intervalo de tempo (BRASIL, 2010b).

Para a avaliação da realização de citopatológico nos municípios utiliza-se como indicador a razão entre o número de exames coletados na faixa etária de 25-59 anos pelo total da população alvo, sendo preconizado pelo Ministério da Saúde que este valor alcance 0,3 (RIO GRANDE DO SUL, 2008). O município de Feira de Santana – BA, localizado no centro-leste baiano, no ano de 2009 alcançou o indicador de 0,16, ou seja, 53,3% da meta preconizada pelo nível federal (BAHIA, 2010).

A partir da observação deste problema torna-se necessário responder ao seguinte questionamento: quais os fatores associados à não adesão ao Papanicolaou em mulheres entre 25 e 59 anos residentes nas áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família (zona urbana), município de Feira de Santana, BA?

Este estudo tem como objetivo descrever os fatores associados à não adesão ao Papanicolaou em mulheres entre 25 e 59 anos residentes nas áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família (zona urbana), município de Feira de Santana, BA.

A realização de estudos adicionais que busquem não apenas a cobertura, mas outros aspectos que possam influenciar na realização do exame, como características sociodemográficas, culturais, reprodutivas e acesso aos serviços de saúde torna-se um desafio necessário para a compreensão dos fatores que dificultam a prevenção do câncer de colo de útero.

A obtenção do conhecimento referente a aspectos relacionados à não adesão ao exame de prevenção cérvico-uterino permitirá que Equipes de Saúde da Família e Secretaria Municipal de Saúde tenham uma maior apropriação do problema em estudo e os resultados alcançados poderão contribuir para a organização e implementação de ações que possibilitem a melhoria da situação de saúde das mulheres do município.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Descrever os fatores associados à não adesão ao Papanicolaou em mulheres entre 25 e 59 anos residentes nas áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família (zona urbana), município de Feira de Santana, BA.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Verificar a cobertura do exame entre as mulheres de 25 a 59 anos residentes nas áreas adscritas pela Estratégia de Saúde da Família.

- Identificar fatores sociodemográficos, comportamentais, institucionais, de saúde e nível de conhecimento sobre o Papanicolaou associados a não realização do exame de prevenção do câncer de colo de útero.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Câncer de colo de útero

O útero é um órgão do aparelho reprodutor feminino dividido em duas partes: corpo e colo (cérvix). O colo possui uma porção vaginal (ectocérvix) e outra supravaginal (endocérvix), unindo-se ao corpo uterino por uma junção denominada *ístmio* (REZENDE; MONTENEGRO, 1999).

A cérvix uterina é formada por células epiteliais pavimentosas organizadas em várias camadas de maneira ordenada. A desorganização da conformação destas camadas e alterações das próprias células origina as denominadas lesões precursoras e as principais são: Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau (NIC) I (lesão de baixo grau com alterações no 1/3 proximal da membrana do epitélio); Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau II – NIC II (lesão de alto grau apresentando desorganização nos 2/3 proximais da membrana); Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau III – NIC III (lesão localizada, de alto grau, com desordenamento de todas as camadas de células epiteliais) (BRASIL, 2006a).

Para o surgimento das lesões, acredita-se que a infecção pelo HPV seja indispensável, mas não suficiente para desenvolver as Lesões Intraepiteliais Cervicais, já que para desencadear este processo torna-se necessário a presença de co-fatores como: imunidade do hospedeiro (principal), oncogenicidade do vírus, idade, carga viral, tabagismo, fatores hormonais, dentre outros (RICCI et al., 2008).

Nem todas as NIC evoluem para um carcinoma invasor, havendo em muitos casos uma regressão espontânea da lesão. Pesquisas demonstram que 1% dos casos de NIC I, 5% dos casos de NIC II e 12% dos casos de NIC III progridem para câncer invasivo (RICCI et al., 2008). A instalação de um processo invasor ocorre em média 10 a 20 anos após o início das transformações, não precisando necessariamente passar por todas as fases para chegar ao estado cancerígeno (BRASIL, 2006a).

O HPV está presente em aproximadamente 90% dos casos de câncer de colo de útero, possuindo este microorganismo cerca de 80 subtipos e destes em média 30 tem a capacidade de causar infecção na genitália feminina. Os tipos identificados como 16, 18, 31, 33 e 35 são considerados de alto risco por estar associados a 70% dos casos de câncer cérvico-uterino, sendo os dois primeiros os mais encontrados nesta neoplasia (RICCI et al., 2008).

A principal via de contaminação do HPV é a sexual, apresentando alta disseminação, infectando de 10 a 40% das mulheres, com possibilidade de causar lesões externas em vulva, pênis e vagina (condiloma acuminado), além de neoplasias ou lesões invasivas em cérvix uterina. Esta Infecção Sexualmente Transmissível (IST) é reconhecida pelo Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos como a mais comum entre as demais ISTs (RICCI, et al., 2008).

Os sintomas da neoplasia cérvico-uterina variam de acordo com a fase de desenvolvimento da patologia e grau de comprometimento dos tecidos, sendo grande parte dos casos assintomáticos ou com presença de sintomas inespecíficos como leucorréia e dispareunia (BARACAT; FERNANDES JUNIOR; SILVA, 2000).

Outro sintoma inespecífico que pode ocorrer é o sangramento vaginal, surgindo principalmente quando o câncer invade tecidos vizinhos, podendo ocorrer nos períodos que intercalam o sangramento menstrual, após exame ginecológico ou ainda no período pós-menopausa. (ACS, 2010).

Essa inespecificidade dos sintomas faz com que o quadro clínico da neoplasia cérvico-uterina seja semelhante a outras patologias vaginais, o que associado à progressão lenta da doença contribui para o diagnóstico tardio e conseqüente prejuízo do prognóstico nos casos de neoplasia maligna cérvico-uterina.

A população mais exposta a esta patologia consiste de mulheres de 25 a 59 anos com menor nível socioeconômico, pois este grupo apresenta maior propensão a fatores que favorecem o surgimento da doença, tais como: uso de contraceptivos orais, multiplicidade de parceiros, tabagismo, precocidade do início da atividade sexual, condições inadequadas de higiene e alimentação, dentre outros (BRASIL, 2001).

Dentro da faixa etária mais exposta o pico de incidência encontra-se entre os 40 e 60 anos de idade, com reduzido número de casos abaixo dos 30 anos de idade. No entanto, a maior parte dos exames citopatológicos são realizados nos serviços públicos de saúde em mulheres com menos de 35 anos, o que pode estar relacionado com a grande procura nestas idades por serviços de natalidade (BRASIL, 2002).

Mais de 80% das mulheres com diagnóstico recente de câncer de colo de útero vivem em países em desenvolvimento e a maior parte destes diagnósticos ocorrem quando a patologia já está em estágio avançado, sendo por consequência uma das principais causas de morte entre mulheres que residem nestas localidades (OMS, 2007).

A principal estratégia utilizada no Brasil e em diversos países para a detecção precoce da neoplasia cervical é o exame de Papanicolaou (denominação mais utilizada), também conhecido como Pap Test ou exame preventivo do colo de útero, realizado a partir da coleta de material cervical (BRASIL, 2006a).

A detecção desta neoplasia no Brasil assemelha-se com os demais países em desenvolvimento, mais de 70% dos casos diagnosticados encontra-se em estágios avançados no momento da primeira consulta diminuindo significativamente as chances de cura (BRASIL, 2001).

Dados do INCA confirmam a prerrogativa acima ao mostrar que a sobrevida média em cinco anos nos países desenvolvidos é de 51 a 66% e o diagnóstico tardio nos países em desenvolvimento reduz esta sobrevida para 41%, sendo a média populacional em torno de 49% (BRASIL, 2009).

A disparidade apresentada entre as coberturas de prevenção ao se comparar países desenvolvidos e em desenvolvimento pode ser explicada pela fragilidade de estratégias de prevenção e promoção dos países mais carentes, além da dificuldade de acesso a serviços de saúde para diagnóstico precoce e tratamento das lesões precursoras (BRASIL, 2006c).

Para evitar que a doença atinja estágios avançados, é necessário o tratamento efetivo das lesões precursoras, podendo-se utilizar as técnicas de eletrocauterização (aplicação sobre a lesão de calor intenso através de bisturi elétrico), crioterapia

(utilização de alta intensidade de frio para destruir a lesão), laser ou cirurgia localizada (ACS, 2010).

Além destes, tratamentos como histerectomia (excisão cirúrgica do útero), radioterapia e quimioterapia são utilizados em processos invasivos mais avançados, respeitando-se o estadiamento em cada caso para a adoção da terapêutica correta (ANDRADE, 2001).

### **3.2 Epidemiologia do câncer de colo de útero**

Em 2005 a taxa de incidência do câncer de colo de útero em mulheres entre 45 e 69 anos foi de aproximadamente 55/100.000 mulheres nos países em desenvolvimento e de pouco mais de 15/100.000 em países desenvolvidos, com mortalidade de aproximadamente 30/100.000 e pouco mais que 5/100.000 nestes dois grupos de países respectivamente (OMS, 2007).

No Brasil, a neoplasia cervical responde por cerca de 15% do total de cânceres que atingem as mulheres, perdendo em número de casos apenas para o câncer de pele (não melanoma) e o câncer de mama, chegando a ocupar a sexta posição em países desenvolvidos (BRASIL, 2002).

Disparidades podem ser observadas não apenas entre países, mas também ao se comparar os números de casos entre as regiões brasileiras, fato demonstrado por pesquisa realizada pelo IBGE em 2009: na Região Sul a taxa de incidência foi de 24,44 casos para cada 100.000 mulheres, 17,83 casos na Região Sudeste, 17,58 casos na Região Nordeste, 19,44 casos na Região Centro-Oeste e 22,20 casos novos por 100.00 mulheres na Região Norte (BRASIL, 2010d).

Para o ano de 2010 estimou-se em território nacional, 18.430 casos novos de câncer de colo de útero no Brasil (BRASIL, 2009) e foram registrados no ano de 2007 4691 óbitos em todo território nacional (BRASIL, 2010d).

Para os Estados Unidos, com população significativamente maior se comparada à brasileira, a estimativa de casos novos em 2010 foi de 12.200 e 4210

mortes, havendo decréscimo destes números nos últimos anos devido à organização do serviço de prevenção no país (ACS, 2010).

Em algumas regiões do mundo a exemplo da América do Sul, Malásia, América Central, África Oriental, dentre outras, a incidência de casos chega a ser de aproximadamente 30 casos para cada 100.000 habitantes (FOWLER; SAYEGH, 2005).

Regiões como as acima referidas, marcadas por desigualdades socioeconômicas onde as famílias possuem rendas insuficientes para seu sustento caracterizam-se por altas taxas de prevalência do câncer de colo de útero (BRASIL, 2001).

Além das disparidades socioeconômicas e culturais que levam ao acesso desigual aos serviços de saúde, a organização do programa de prevenção do câncer de colo de útero e conhecimento da população sobre os benefícios da realização regular do procedimento podem explicar as diferentes taxas de morbimortalidade por neoplasia cérvico-uterina ao se comparar os países em diferentes níveis de desenvolvimento.

Países desenvolvidos, com programas eficientes de rastreamento do câncer de colo de útero, tem apresentado redução das taxas de incidência por esta neoplasia a exemplo da Islândia e Finlândia que entre os anos de 1986 e 1995 apresentaram redução da incidência em 67% e 75% respectivamente (taxas ajustadas pela população mundial) (BRASIL, 2006c), após a organização do programa de prevenção.

### **3.3 Raça/cor e câncer de colo de útero**

Estudos realizados nos Estados Unidos apontam que os indicadores gerais de morbidade e mortalidade são maiores na população negra se comparados aos dados apresentados pela população branca. No que se refere ao câncer, o número de casos novos é 20% maior em mulheres negras americanas e a mortalidade 40%



maior em comparação aos indicadores apresentados pela população de mulheres brancas do país (ACS, 2003).

Em relação ao câncer de colo de útero, pesquisa realizada neste mesmo país entre os anos de 1995 a 1999 identificou que a incidência da doença em mulheres negras foi de 13,6/100.000 e 8,1/ 100.000 em mulheres brancas, tendo o primeiro grupo probabilidade 1,7 maior de desenvolver a patologia em relação ao segundo. No que se refere a taxa de mortalidade, em mulheres negras foi de 3,2/100.000 e em mulheres brancas 2/100.00, tendo a mulher negra 1,6 vezes maior possibilidade de morrer por câncer de colo de útero se comparado às mulheres brancas (ACS, 2003).

O Brasil segue essa mesma tendência, pois o adoecimento por câncer cérvico-uterino em mulheres negras é duas vezes maior se comparado à população branca (BRASIL, 2004).

Estudo realizado em Pelotas no ano de 2003 identificou que mulheres negras apresentavam probabilidade 1,66 vezes maior de não adesão ao Papanicolaou em relação à população de mulheres brancas (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006).

Similarmenre, pesquisa de base populacional realizada em Capinas entre 2001 e 2002 demonstrou que a não realização do Papanicolaou estava associada a diversas variáveis, dentre elas, apresentando prevalência de não adesão significativamente mais elevada (2,35) estava a cor da pele preta/parda (AMORIM et al., 2006).

Em pesquisa realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Londrina – Paraná em 2004 observou-se maior proporção de atraso da realização do Papanicolaou entre mulheres de cor preta/parda (22,4%) em relação às mulheres brancas (17,3%) (SILVA et al., 2006).

Estudo retrospectivo de corte transversal realizado no ano de 2005 em prontuários de um hospital público do estado de São Paulo demonstrou que não há associação estatisticamente significante entre surgimento de lesões precursoras de alto grau (NIC II e NIC III) e a variável raça/cor. No entanto, de todos os protuários pesquisados, 85% correspondiam a atendimento a mulheres brancas e 15% a

mulheres negras, demonstrando as desigualdades existentes no acesso aos serviços de saúde ao se analisar a variável raça/cor (GAMBERINI; LAGANÁ; TORIYAMA, 2008).

O reduzido acesso aos serviços de saúde, evidenciado pela maior taxa de não adesão ao Papanicolaou nos estudos anteriormente citados, torna por consequência as mulheres negras mais propensas não apenas ao desenvolvimento da doença, mas também ao óbito por câncer de colo de útero devido à maior possibilidade de diagnóstico tardio.

As mulheres negras possuem piores condições socioeconômicas e menores níveis de escolaridade, chegando a ter taxa de analfabetismo duas vezes maior em comparação à população de mulheres brancas, aspectos que contribuem para dificultar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, e aumentam o risco de adoecimento e morte nessa população (BRASIL, 2004).

Neste contexto, para que as mulheres negras tenham maior acesso ao serviço de saúde, observa-se que não é necessário apenas a ampliação da oferta do exame de prevenção do câncer de colo de útero, mas sim a elaboração e implementação de políticas públicas de saúde voltadas para esta população tendo como um dos princípios básicos a equidade de modo a atender as mulheres negras em suas realidades ainda permeadas por desigualdades sociais, econômicas e educacionais.

### **3.4 Prevenção do câncer cérvico-uterino**

O câncer de colo de útero é um dos tipos de neoplasia mais preveníveis e tratáveis. No entanto, em muitos países em desenvolvimento há um reduzido acesso das mulheres aos serviços de prevenção, fazendo com que em alguns destes locais esta neoplasia seja a mais frequente entre as mulheres, podendo assumir o primeiro lugar em mortes por câncer na população feminina (OMS, 2007) .

A prevenção do câncer de colo de útero envolve os diferentes níveis de atenção à saúde. A prevenção primária (diminuição da exposição aos fatores de risco) engloba mudanças de comportamento, tais como: alimentação rica em frutas e

verduras, redução da ingestão de gorduras, ausência de tabagismo e principalmente a prática de sexo seguro através do uso de preservativo, sendo esta última a mais importante por ser a única maneira de se evitar contaminação pelo principal fator de risco (HPV) (BRASIL, 2001).

A prevenção secundária consiste no exame citopatológico, que tem a capacidade de detectar tanto as lesões precursoras quanto o carcinoma *in situ*, com possibilidade de cura de aproximadamente 100% dos casos detectados precocemente, sendo internacionalmente apontado como o procedimento mais adequado, mais sensível e de menor custo para o diagnóstico desta patologia (BRASIL, 2001).

Em 1920, o pesquisador Papanicolaou constatou que as células cervicais cancerígenas poderiam ser observadas em esfregaços da cérvix uterina e em 1947 Ayre orientou a raspagem direta do colo do útero para a obtenção de material citológico (RICCI et al., 2008).

O exame de prevenção do câncer de colo de útero, mais comumente conhecido como Papanicolaou, é utilizado no Brasil desde a década de 40 e consiste na coleta de material da ectocérvix e da endocérvix a partir da introdução de um espéculo vaginal para a visualização do colo uterino, esfoliação da superfície interna através de uma espátula de madeira (espátula de Ayre) e da superfície interna a partir de uma escovinha endocervical, logo após a coleta o material é afixado em lâmina e encaminhado para análise em laboratório (BRASIL, 2006a).

Além deste exame, novos métodos foram desenvolvidos para o rastreamento do câncer de colo de útero e também são eficazes na redução da mortalidade por esta neoplasia, como o teste de detecção do DNA do HPV, inspeção visual do colo do útero com utilização de ácido acético (VIA) ou Lugol (VILI) (BRASIL, 2009).

O Papanicolaou mostra-se extremamente eficaz quando realizado regularmente, por detectar lesões intra-epiteliais progressivas no colo do útero, possibilitando o tratamento precoce das alterações e conseqüente redução de casos de malignidade (BRASIL, 2006a).

Este exame é o mais amplamente utilizado e de simples realização, devendo o primeiro exame ser realizado até três anos após a primeira relação sexual, ou no

máximo aos vinte e um anos de idade, sendo que as mulheres a partir dos 70 anos de idade com três ou mais exames negativos nos últimos dez anos, sem nenhum teste anormal neste período, podem optar por não mais realizar o rastreamento (ACS, 2010).

Entre os anos de 2002 e 2003, o Ministério da Saúde realizou Inquérito Domiciliar no Distrito Federal e em 15 capitais, constatando uma cobertura aproximada de 74% a 93% para a realização de exames citopatológicos. No entanto, o percentual deste procedimento realizado no Sistema Único de Saúde (SUS) varia apenas de 33% a 64% (BRASIL, 2006c).

Dados da PNAD realizada em 2008 pelo IBGE demonstrou que 87% das mulheres brasileiras entre 25 e 59 anos haviam realizado preventivo alguma vez na vida, tendo os maiores percentuais as Regiões Sul (89,6%) e Sudeste (89,3%) e a Região Nordeste apresentou menor percentual (81,7%) (BRASIL, 2010b).

A pesquisa acima referida, também apresentou uma cobertura nacional de 74,02% para a realização do Papanicolaou nos três anos anteriores à pesquisa, e uma porcentagem significativa de 15,53% de mulheres que nunca realizaram o exame. Nesta mesma pesquisa, o estado da Bahia teve cobertura de 73,55% e 17,68% não realizaram o exame (BRASIL, 2010d).

Deste modo, observa-se que um grande número de mulheres ainda está vulnerável ao adoecimento e morte pela neoplasia cérvico-uterina, pois por algum motivo estão excluídas do programa de prevenção.

Ao analisar o indicador referente a razão entre o número de exames coletados na faixa etária de 25-59 anos pelo total da população alvo entre os anos de 2006 e 2009 em Feira de Santana observa-se que o município apresenta resultados inferiores ao preconizado pelo Ministério da Saúde (0,3), com as seguintes razões alcançadas em 2006 (0,01), 2007 (0,25), 2008 (0,26) e 2009 (0,16) (BRASIL 2010c; BAHIA, 2010).

Neste contexto, deve-se salientar que o número de exames aplicado para o cálculo da razão é parcial, pois não se tem acesso àqueles realizados pelas clínicas conveniadas e particulares. Além disso, no numerador também entram as repetições de exame em uma mesma mulher, por isso enquanto não for utilizado o cartão do

SUS como fonte de informação primária o dado referente à cobertura não pode ser avaliado de maneira adequada (RIO GRANDE DO SUL, 2008).

Villela e Monteiro (2005) identificam que a história da Saúde da Mulher dentro do contexto da saúde pública brasileira foi marcada por várias prioridades, onde até meados do século XX a mulher era vista apenas em seu aspecto reprodutivo com ações voltadas basicamente para a redução da mortalidade infantil e assistência ao pré-natal. A partir da década de 50 voltou-se o olhar para a contracepção, permanecendo desta forma a restrição da assistência voltada para a vida reprodutiva, inexistindo neste contexto a integralidade na atenção à saúde das mulheres.

O marco da mudança de paradigma desta assistência foi elaborado pelo Ministério da Saúde em 1984, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de acordo com princípios do SUS, com uma participação efetiva do movimento feminista e sanitário, objetivando atender à mulher em suas diversas necessidades através de ações educativas, de prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação, abrangendo parto, puerpério, DST/AIDS, climatério, prevenção do câncer de mama e colo de útero (BRASIL, 2004).

No entanto, a fragmentação na assistência continuou a existir, ao final da década de 80 e início da década de 90, período de discussão e implantação do SUS, governo e sociedade ainda estavam em construção do verdadeiro conceito de saúde integral (VILLELA; MONTEIRO, 2005).

Em 2004, como forma de retomar as proposições do PAISM, foi proposta a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com a participação de segmentos sociais e gestores, redefinindo diretrizes para a atenção à saúde deste grupo populacional e estruturação de um plano de ação elaborado de acordo com perspectivas de gênero, recuperando desta forma os princípios de integralidade e equidade (BRASIL, 2004).

Com o objetivo de reduzir os indicadores de morbidade e mortalidade por câncer de colo de útero, em 1998 o governo federal implantou o Programa Viva Mulher com a proposta de ampliar a cobertura do Papanicolaou, promovendo também a detecção precoce e o tratamento dos casos diagnosticados utilizando

para isso estratégias como convênios, capacitação profissional , educação em saúde, dentre outras, aumentando o acesso das mulheres aos serviços de saúde e diminuindo por consequência os números de adoecimento e óbito pela neoplasia cérvico-uterina (BRASIL, 2002).

Em 2006, o Ministério da Saúde estruturou um conjunto de compromissos entre os gestores do SUS denominado Pacto Pela Vida, que apresentou como uma das prioridades o controle do câncer cérvico-uterino através de ações como a cobertura de 80% para o Papanicolaou principalmente para o público alvo de mulheres entre 25 e 59 anos, cobertura esta que de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) acarreta em redução substancial dos índices de morbimortalidade por esta neoplasia (BRASIL, 2006b).

Estudo realizado na Dinamarca analisou a associação entre os níveis de organização do screening para prevenção do câncer de colo de útero e a incidência e mortalidade pela patologia constatando que no grupo de estados em que o serviço de prevenção do câncer cérvico-uterino estava organizado há menos de cinco anos o Risco Relativo (RR) de incidência para a neoplasia foi de 0,97 e de 0,82 para a mortalidade. Já nos países em que este serviço encontrava-se organizado há mais de cinco anos, o RR para incidência foi de 0,67 e o de mortalidade foi de 0,68, o que demonstra que o rastreamento regular de lesões precursoras contribui efetivamente para uma redução do adoecimento e óbito por câncer cérvico-uterino (LYNGE; MADSEN; ENGHOLM, 1989).

Nos Estados Unidos, esforços para aumentar a cobertura do Papanicolaou resultaram em redução de 70% no surgimento dos casos novos de neoplasia cérvico-uterina desde a introdução do preventivo no país na década de 50, causando impacto nos indicadores de morbimortalidade em toda a população feminina do país (ACS, 2010).

Brenna e colaboradores (2001) demonstraram a importante associação entre quadros patológicos já instalados e prevenção inadequada. Em um hospital público do estado de São Paulo foi realizada pesquisa com mulheres que apresentavam NIC e câncer cervical invasivo. Os resultados mostraram chance 3,2 vezes maior de prática inadequada (realização do último exame há mais de três anos ou nunca ter

feito o exame) em mulheres com processo invasivo se comparado às pacientes que apresentavam apenas lesão precursora.

No Brasil, muitas mulheres adoecem e morrem de causas preveníveis, embora metas necessárias de cobertura para o atendimento e conseqüente redução de índices de morbimortalidade sejam constantemente estabelecidas. Para Villela e Monteiro (2005) a questão que deve ser avaliada no momento refere-se a maneiras de atender as mulheres em relação a seus agravos e previni-los também social e culturalmente.

Os altos indicadores de adoecimento e morte por câncer de colo de útero confirmam a fragilidade do serviço de prevenção, fato que persiste mesmo com a ampliação do exame nos últimos anos na rede pública de saúde após a implantação da Estratégia de Saúde da Família.

A OMS atribui o fracasso de programas de controle do câncer de colo de útero em diversos países aos seguintes fatores: políticos (ausência de priorização da saúde sexual e reprodutiva), comunitários (falta de consciência da alocação da neoplasia cérvico-uterina como problema de saúde, envolvendo crenças e atitudes que em muitas localidades impedem o livre diálogo sobre patologias genitais), econômicos (falta de recursos), técnicos e organizacionais (infra-estrutura sanitária deficiente) (OMS, 2007).

A dificuldade de acesso das mulheres ao serviço, capacidade reduzida de profissionais de saúde na atenção ao câncer, absorção deficiente da demanda pelo sistema de saúde, dificuldade das instâncias estaduais e municipais em definir redes adequadas de referência e contra-referência para os casos suspeitos e confirmados podem ser alguns dos fatores que contribuem para o alto índice de casos diagnosticados tardiamente (BRASIL, 2006c).

Além do Papanicolaou, estudos recentes desenvolveram mecanismos adicionais de prevenção para a neoplasia maligna cérvico-uterina que consiste na vacina contra os mais comuns subtipos do HPV (16 e 18), envolvidos em grande parte dos casos de malignidade em colo de útero. No entanto, para que o imunobiológico realmente alcance este propósito em larga escala, deve possuir baixo custo, número suficiente de doses disponíveis e fácil acesso para a população-alvo (adolescentes que ainda não iniciaram atividade sexual) (FOWLER; SAYEGH, 2005).

O Brasil ainda não possui a vacina disponível no SUS, o acesso restringe-se aos serviços privados, sendo disponibilizada com altos custos. Além disso, por não haver vacina contra todos os subtipos do Papilomavirus Humano, é necessário que mesmo as mulheres vacinadas realizem o preventivo regularmente.

### **3.5 Adesão ao Papanicolaou**

Estima-se que cerca de 95% das mulheres que vivem em países em desenvolvimento nunca tenham se submetido ao exame de prevenção do câncer de colo de útero, e mesmo em países desenvolvidos algumas populações como mulheres residentes na zona rural e pertencentes a camadas mais carentes também apresentam menores indicadores de prevenção se comparadas ao restante da população (OMS, 2007).

Estudos realizados em algumas localidades brasileiras apresentam significativos percentuais de não adesão das mulheres ao exame de prevenção, no estado de Pernambuco por exemplo, 18% das mulheres entrevistadas não haviam realizado o exame nos três anos anteriores à entrevista ou nunca fizeram o Papanicolaou (ALBUQUERQUE et al., 2009), percentual semelhante ao encontrado em pesquisa realizada em Londrina (19,3%) (SILVA et al., 2006), no município de São Luís – MA (18,1%) (OLIVEIRA et al., 2006), Pelotas – RS (17,0%) (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006) e São Paulo (16,7%) (AMORIM, et al., 2006).

Em todas as regiões brasileiras observa-se que o grau de instrução é diretamente proporcional à adesão ao exame, a exemplo da região nordeste, onde dentre as mulheres que já fizeram o Papanicolaou alguma vez na vida, 39,4% possuíam 11 anos ou mais de instrução em comparação aos 11,8% equivalente às mulheres entre um e três anos de instrução (BRASIL, 2010b).

Além da baixa escolaridade, outros fatores sociodemográficos estão relacionados com a não adesão ao exame. Estudo realizado a partir de dados do Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo (2001-2002), mostrou que



a não realização do Papanicolaou no município de Campinas possui associação estatisticamente significativa com tempo de escolaridade menor que cinco anos, raça/cor preta/parda e idade acima de 40 anos (AMORIM et al., 2006).

A pesquisa acima referida também identificou relação entre o comportamento de não adesão a partir das respectivas Razões de Prevalência (RP) ajustadas por idade: renda mensal familiar *per capita* menor ou igual a quatro salários mínimos (4,22), mulheres que se referiram como preta-parda (3,22), residentes em casas com até cinco ou mais pessoas (2,33) (AMORIM et al., 2006).

A PNAD 2008 também aponta diferença significativa ao se comparar a realização do exame entre mulheres com diferentes níveis de rendimento mensal domiciliar *per capita*, pois 77,6% das mulheres entre 25 e 59 anos com rendimento de zero a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo afirmaram ter feito o exame preventivo alguma vez na vida, enquanto este percentual aumenta para 96,2% ao se analisar as mulheres com rendimento familiar maior que cinco salários mínimos, ou seja uma diferença de aproximadamente 20% (BRASIL, 2010b).

Em estudo realizado no município de Puerto Leoni - Argentina em 2003 observou-se que os maiores percentuais de prática inadequada do Papanicolaou (exame realizado há mais de três anos/fizeram apenas uma vez na vida/nunca fizeram) estavam entre mulheres com menor escolaridade, idades mais avançadas e multíparas (GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005).

As desigualdade socioeconômicas também foram observadas em relação à não adesão ao exame em estudos realizados em Pernambuco (ALBUQUERQUE et al., 2009), Pelotas (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006), constatando que mulheres com baixa renda, multíparas, baixo nível de escolaridade e idades mais elevadas apresentam menor percentual de realização do exame, questões preocupantes ao se considerar que fatores como idade avançada, baixo nível de escolaridade e multiparidade são fatores de risco para o câncer cérvico-uterino.

A utilização do serviço de prevenção do câncer de colo de útero apresenta diferenças significativas entre as diversas regiões, não apenas no Brasil, mas também em países desenvolvidos e com reduzidos indicadores de morbimortalidade como os Estados Unidos. Fowler e Sayegh (2005) afirmam que estudos realizados

neste país apresentaram disparidades em relação ao acesso aos serviços de prevenção em sua população, com reduzida adesão ao preventivo do câncer cérvico-uterino entre as populações pobres e aquelas constituídas por imigrantes, tendo como exemplo a participação de apenas metade das mulheres asiáticas que residem nos Estados Unidos inseridas neste programa.

Estudo realizado em UBS de Londrina obteve como resultado 80,7% de cobertura do Papanicolaou. Como motivos para a não adesão foram referidos: vergonha, desinformação, falta de interesse, dificuldade para o agendamento do exame, dentre outros, além de maior atraso para realização do exame entre as mulheres de cor parda/preta e pertencentes a classes econômicas menos favorecidas (SILVA et al., 2006).

A associação entre características pessoais e o uso de serviços de prevenção, onde mulheres na fase adulta e jovens, pessoas brancas e com melhor nível educacional são aquelas que mais freqüentam os serviços de saúde (ROSENSTOCK, 2005).

Pesquisa realizada por Aguilar e colaboradores (1996) investigou os fatores associados à familiaridade das mulheres com o Papanicolaou, utilizando como população para o estudo mulheres residentes na Cidade do México e de duas áreas rurais do Estado de Oaxaca (México). Ao responderem a pergunta “Você sabe o que é o Pap test?”, 58,5% das entrevistadas responderam que sim, sendo que 84,9% das residentes na Cidade do México sabiam o que era o exame comparado a apenas 44,9% da zona rural. Em relação à rotina de realização do exame, 97,2% das entrevistadas que afirmaram não saber o que é o Pap test nunca realizaram o exame em comparação aos 29,7% de não realização entre aquelas que possuíam conhecimento correto sobre o procedimento.

Em estudo realizado em serviço de oncologia em São Paulo, 80% das mulheres referiram procurar atendimento em ginecologia apenas quando apresentavam algum sintoma, sendo a desmotivação e a vergonha as justificativas mais referidas para a não realização do exame em mulheres com NIC (87%) e câncer (81%). Além disso, em relação às dificuldades geradas pelos serviços de saúde, 60% de todas as entrevistadas referiram que os médicos não as examinavam e mulheres com 56 anos ou mais apresentaram maiores chances de inadequação

do conhecimento e prática acerca do exame, com OR = 8,6 e 4,1 respectivamente, chance esta que diminui à medida que aumenta a escolaridade (BRENNNA et al., 2001).

Observa-se um baixo conhecimento das mulheres sobre o Papanicolaou e seus objetivos em pesquisa realizada no município de José do Mipibu no Rio Grande do Norte, onde apenas 41,6% das mulheres possuíam conhecimento adequado sobre o exame (FERNANDES, et al., 2009) semelhante ao dado encontrado no município de Puerto Leoni na Argentina (49,5%) (GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005).

Para uma adequada adesão ao exame pela população é de extrema importância que as mulheres conheçam o objetivo e a importância do Papanicolaou.

Estudo realizado por Fernandes e colaboradores (2009) mostra que 15% das entrevistadas nunca fizeram o exame e 64,4% possuíam a prática correta de realizá-lo ao menos uma vez a cada três anos, em 40,1% dos casos a fonte de informação sobre o procedimento foi o médico e a maioria (54,6%) afirmou ter procurado o serviço de saúde por conta própria para realizar o preventivo. Os fatores citados como barreiras para a realização do procedimento foram: descuido (22,1%), não solicitação do procedimento pelo médico (7,4%) e vergonha (6,3%).

Quanto mais longínqua a região, mais dificuldades em relação à realização do Papanicolaou são observadas. Pesquisa realizada em uma pequena província no interior da Argentina constatou que 92% das mulheres já tinham ouvido falar no exame, mas apenas 49% apresentavam conhecimento adequado sobre o objetivo do preventivo. No entanto, em relação à prática, esta região apresenta dados ainda mais preocupantes, onde apenas 46,5 % das entrevistadas haviam feito o preventivo ao menos uma vez na vida e apenas 30,5% o realizaram nos últimos três anos, sendo a não solicitação do exame pelo profissional de saúde citado como a principal barreira para a realização (GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005).

A disseminação de uma correta informação sobre o câncer de colo de útero na comunidade e nos serviços de saúde é essencial para reduzir a morbimortalidade por esta neoplasia, transmitindo informações corretas sobre a patologia (prevenção e tratamento) utilizando para isso uma linguagem adequada para o público-alvo de

modo a assegurar que as mulheres assimilem a informação de maneira eficaz (OMS, 2007).

Estudo de intervenção realizado com mulheres libanesas/armênias para analisar o impacto da educação/informação sobre o conhecimento, atitude e prática da realização do preventivo demonstrou que o acesso a informação sobre os benefícios da prevenção do câncer de colo de útero leva ao aumento da adesão ao exame, pois entre as mulheres que foram submetidas à intervenção 45% haviam feito o teste após a intervenção em comparação aos 28,6% de realização dentre as que não receberam as informações (AVERIAN; NOUREDDINE; KABAKIAN-KHASHOLIAN, 2006).

Além disso, a pesquisa acima referida demonstra que o oferecimento gratuito do teste também acarreta em significativo aumento da adesão ao exame, onde 41,1% das mulheres que receberam o cartão para realização gratuita do Papanicolaou foram submetidas ao exame em comparação aos 31,3% daquelas que não receberam o cartão e fizeram o procedimento (AVERIAN; NOUREDDINE; KABAKIAN-KHASHOLIAN, 2006).

Sensibilizar as mulheres a partir de atividades educativas sobre os fatores de risco relacionados ao câncer de colo de útero possibilita um fortalecimento do conhecimento sobre fatores relacionados à enfermidade (FOWLER; SAYEG, 2005). Este conhecimento, desde que trabalhado dentro das especificidades regionais, pode constituir em um importante instrumento para a mudança de comportamento das mulheres no que se refere ao auto-cuidado em relação à neoplasia cérvico-uterina.

Todos os momentos de contato da mulher com o serviço de saúde devem ser utilizados para a sensibilização da usuária quanto a importância da prevenção, principalmente nas parcelas da população que tem acesso aos serviços de saúde restrito a situações de adoecimento a exemplo da população indígena, podendo as mulheres deste grupo, por exemplo, receber enquanto hospitalizadas orientações sobre o Papanicolaou (KELLEY, et al., 2002).

Os poucos estudos existentes relacionados à adesão ao exame de prevenção cérvico-uterino restringem-se principalmente às análises nas grandes cidades das

principais regiões do país, sendo que este fato associado às diferentes padronizações metodológicas utilizadas dificulta a comparação e impossibilita um verdadeiro diagnóstico do quadro existente (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

### **3.6 Gênero e câncer de colo de útero**

A Organização Pan Americana de Saúde define gênero como os papéis socialmente determinados para mulheres e homens, originando diferenças de poder a partir destas relações, e sexo como as diferenças biológicas entre homens e mulheres, enfatizando que gênero abrange as intenções sociais entre estes sujeitos que acarreta em relações desiguais de poder e conseqüentemente leva a iniquidades em saúde e outros aspectos da vida (OPAS, 1999).

As relações de poder entre homens e mulheres também estão relacionadas ao aumento do número de mulheres acometidas por DST/AIDS, dentre elas o HPV, agente encontrado na quase totalidade dos casos de câncer de colo de útero, observando-se entre estes dois sujeitos, muitas situações onde há um reduzido espaço de negociação no que se refere ao uso do preservativo e demais comportamentos sexuais.

Dentro da diversidade de gênero, atenção especial deve ser dada às mulheres que não enquadram-se no padrão de comportamento heterossexual, visto não apenas pela sociedade, mas também por muitos serviços e profissionais de saúde como uma realidade distante ou como uma “anormalidade” com a qual não sabem lidar em suas especificidades.

Portanto, os serviços de saúde devem estar preparados para trabalhar as vulnerabilidades das mulheres lésbicas ou em qualquer outra condição sexual, pois patologias como o câncer de mama e colo de útero podem atingir qualquer mulher, independente de sua condição sexual.

Em relação ao câncer cérvico-uterino, evidências apontam a infecção pelo HPV e desenvolvimento desta patologia em mulheres homossexuais, que possuíam relacionamento apenas com outras mulheres, o que demonstra a possibilidade da

transmissão do microorganismo mesmo na ausência de relação heterossexual, tornando, por conseguinte, este grupo também vulnerável ao desenvolvimento desta neoplasia (FERRIS et al., 1996; MARRAZZO et al., 1998; RANKOW; TESSARO, 1998 FETHERS et al., 2000; MARRAZZO et al., 2000; MARRAZZO, 2000a; MARRAZZO, 2000b; BAILEY et al., 2000, apud FACCHINI; BARBOSA, 2006).

No entanto, as mulheres pertencentes a este grupo, consideram a neoplasia cérvico-uterina como uma patologia restrita àquelas que mantêm relações heterossexuais, o que por conseqüência reduz a procura da parcela homossexual pelo serviço de prevenção ou Papanicolaou (BRASIL, 2004).

Além disso, temas relacionados à sexualidade e ao aparelho reprodutor feminino ainda são vistos como integrantes principalmente da intimidade feminina, fazendo com que as mesmas tenham diálogos restritos ao se falar em alterações no aparelho reprodutor, principalmente se o profissional pertencer ao sexo masculino e alocar-se em cultura diferente daquela vivenciada pela usuária do serviço (OMS, 2007).

Estes tabus referentes a discussões sobre sexualidade, o fato de expor o corpo para a coleta do preventivo sentindo-se a mulher neste momento enquanto objeto em análise e a submissão vivenciada por muitas na relação com os profissionais de saúde são questões de gênero que podem contribuir para a não adesão ao exame (PELLOSO; CARVALHO; HIGARASHI, 2004).

Maus tratos e humilhação sofridos por mulheres nos próprios serviços de saúde, principalmente nos atendimentos ginecológicos podem gerar além da submissão, sentimentos de insatisfação, desrespeito a cultura e valores, decorrendo em redução da procura pelos serviços de saúde e por conseqüência das práticas de prevenção (PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003).

A relevância das questões de gênero nos serviços de saúde ainda encontra-se incipiente entre os profissionais, tornando-se importante neste contexto examinar a influencia desta perspectiva na transformação das práticas e ações em saúde, construindo desta forma uma assistência mais humanizada, tornando os serviços verdadeiros aliados das mulheres, tanto em relação ao processo saúde-doença

como na recuperação do sentido de sujeito social das mesmas (COSTA; MERCHÁN-HAMANN; TAJER, 2000).

A análise dos índices de morbimortalidade e das baixas coberturas do exame citopatológico cérvico-uterino demonstram que a prevenção desta neoplasia ainda consiste em um desafio para a saúde pública, o que comprova a necessidade de assistência à saúde equânime, principalmente implementando estratégias que atinjam as mulheres completamente descobertas em relação ao processo de prevenção, compreendendo suas suas experiências e meios socioculturais em que vivem.

A perspectiva de gênero deve contribuir com o repensar dos processos teóricos e práticas sociais relacionadas à modificação do processo saúde-doença e este enfoque permite enxergar os fenômenos não apenas em relação a aspectos epidemiológicos, mas também atentando para as perspectivas de condições e situações de vulnerabilidade, proporcionando desta forma uma maior contextualização e integralidade das realidades observadas (COSTA; MERCHÁN-HAMANN; TAJER, 2000).

Os serviços de saúde devem estabelecer mecanismos de discussão sobre crenças, valores, tabus, religião e atitudes com as mulheres de maneira a trabalhar possíveis violências institucionais que já tenham vivido ou situações de violência de gênero existentes no próprio ambiente familiar. Deste modo, os profissionais estabelecem vínculos de confiança com as usuárias do serviço, facilitando a estruturação de mecanismos que sensibilizem as mulheres a assumirem papéis sobre o seu cuidado, aumentando, por conseguinte, a participação desta população aos serviços de prevenção (PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003).

As Equipes de Saúde da Família apresentam ferramentas fundamentais para a prática desta nova ótica sobre as mulheres que não realizam o Papanicolaou: existência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais estes que possuem estreitos laços de convívio com a comunidade; população delimitada, o que permite conhecimento mais detalhado das famílias atendidas e levantamento fidedigno de dificuldades a serem enfrentadas; equipe multidisciplinar para a estruturação de estratégias que objetivem a resolução de problemas.

A prática em serviços de saúde embasada na perspectiva de gênero voltada para as mulheres que não se submetem ao citopatológico cérvico-uterino torna-se essencial para a estruturação de uma assistência integral e equânime nesta população, objetivando também a redução dos índices de morbimortalidade por câncer de colo de útero que ainda causa a morte de milhares de mulheres no Brasil, o que comprova que o atendimento das mulheres como vem sendo realizado ainda não é capaz de atingi-las em seus reais anseios e necessidades.



## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, que visa descrever os fatores associados à não adesão ao Papanicolaou.

Este tipo de estudo apresenta a vantagem de ser de baixo custo, realização rápida, elevado potencial descritivo, análise simplificada, facilidade na obtenção da amostra e possibilidade de inferência em relação à população estudada. Como desvantagens, tem-se a dificuldade em estabelecer fatores de risco, capacidade reduzida de obtenção de dados passados, incapacidade em avaliar fatores de causa/efeito e em controlar exposição (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

### **4.2 População do estudo**

A população de estudo será constituída por mulheres de 25 a 59 anos, residentes nas áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família (zona urbana), município de Feira de Santana-BA.

O município possui uma população aproximada de 591.707 habitantes, tendo seu território coberto em 47,81% por ESF através 83 equipes implantadas (BRASIL, 2010a), 21 equipes na zona rural e 62 na zona urbana.

O IBGE apresenta estimativa 122.463 mulheres entre 25 e 59 anos residentes no município de Feira de Santana no ano de 2009 (BRASIL, 2010d), o que equivale a aproximadamente 21% da população do município.

De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no ano de 2009 as 62 equipes da zona urbana possuíam um total de 71.737 famílias cadastradas na ESF o que corresponde a uma população de 277.353 habitantes (número de famílias x 4 = população estimada), sendo que 21% desta população

equivale a 57.524 mulheres entre 25 e 59 anos atendidas pelas Equipes de Saúde da Família da zona urbana.

### **4.3 Seleção da amostra**

A seleção da amostra será por Amostragem Aleatória por Conglomerados. Neste tipo de seleção denomina-se conglomerado a elementos ou conjuntos elementares existentes na população (BERQUÓ; SOUZA; GOTLIEB, 2002).

Optou-se por este tipo de amostragem pelo fato de não haver possibilidade de obter uma lista com os dados de todas as mulheres da população-alvo para a realização de um sorteio aleatório das mesmas. No entanto, como todas as famílias cadastradas no PSF possuem uma numeração específica no SIAB, então a família será escolhida como o elemento do conglomerado para a realização do sorteio do estudo para, a partir destes conglomerados sorteados, obter no interior dos mesmos as mulheres entre 25 e 59 anos que foram o foco do estudo.

Nas situações em que a população do estudo apresenta-se dividida em conglomerados, torna-se conveniente a seleção da amostra diretamente destes grupos seguindo os seguintes critérios:

- Identificação do conglomerado por meio de número de ordem que identifique cada grupo elementar;
- Sorteio dos conglomerados para o estudo;
- Análise dos indivíduos pertencentes aos conglomerados e de interesse para o estudo (CALLEGARI-JAQUES, 2003).

O tamanho da amostra calculada foi de 227 famílias, com base no número estimado de famílias (71.737) cadastradas nas áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família da zona urbana de Feira de Santana. Estimando-se perdas da amostra em torno de 20% por recusa em participar da pesquisa ou outros motivos, determinou-se a amostra de 273 conglomerados (famílias).

A média de mulheres na faixa etária alvo do estudo por família é de aproximadamente 1:1 (1 mulher de 25 a 59 anos por família), o que torna

desprezível o efeito do desenho decorrente da tendência de similaridade de informações de mulheres de uma mesma residência, fato que poderia ocorrer por provavelmente estarem expostas às mesmas condições de vida e vulnerabilidades do processo saúde-doença.

A fórmula utilizada para a obtenção do tamanho da amostra foi a mesma utilizada para Amostra Aleatória Simples, tendo em vista que os conglomerados tem em média uma mulher na faixa etária do estudo por unidade familiar :

$$n = Nz^2p(1-p) / [d^2(N-1) + z^2p(1-p)]$$

$$n = 71.737 * 1,96^2 * 0,18(1-0,18) / [0,05^2(71.737 - 1) + 1,96^2 * 0,18(1 - 0,18)]$$

$$n = 227$$

Neste cálculo, N = população total (71.737); z= ponto de 95% de confiança da curva de distribuição normal (1,96); d= erro relativo (0,05); p = prevalência de não adesão ao Papanicolaou (0,18).

A prevalência utilizada para o cálculo foi obtida a partir de estudos sobre não adesão ao Papanicolaou que encontraram um percentual aproximado de 18% de não realização do exame nos últimos três anos (ALBUQUERQUE et al., 2009; OLIVEIRA et.al., 2006; SILVA et al., 2006; HACKNENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006).

Neste contexto, serão considerados conglomerados as unidades familiares cadastradas nas Equipes de Saúde Família e a amostra será selecionada em um só estágio, da seguinte maneira:

- Identificação das famílias através da numeração das mesmas no SIAB;
- Reunião dos conglomerados em banco de dados para sorteio aleatório objetivando constituir a amostra;
- Sorteio casual simples das famílias para o estudo, até alcançar 273 famílias que constituirão a amostra, utilizando-se o software livre R Foundation for Statistical Computing Versão 2.2.1 para esta etapa;

- Identificação das mulheres entre 25 e 59 anos residentes nos domicílios a partir da identificação de cada membro em Ficha A;
- Nas situações em que exista mais de uma mulher na faixa etária proposta no domicílio todas serão entrevistadas.

Para a coleta de dados sobre as mulheres nas unidades de saúde, o prontuário da família será o principal instrumento de registro de informações consultadas. Esses prontuários correspondem a fichas clínicas dos integrantes de uma mesma família, arquivadas em uma pasta ou envelope cujas informações, na frente e verso, são as mesmas da Ficha A. Nos arquivos das unidades de saúde, os prontuários são organizados por microárea, de maneira que os dados dos integrantes permaneçam guardados e mantidos juntos, favorecendo a proposta de atenção à saúde voltada para o núcleo familiar.

A Ficha A é o instrumento de cadastro da família, preenchida no domicílio pelo ACS, sendo este componente da equipe o principal interlocutor entre a comunidade e os serviços de saúde. Este instrumento contém informações como endereço da residência, nome dos integrantes, idade, ocupação, perfil de alfabetização dos integrantes, saneamento, plano de saúde, dentre outros que permitem o conhecimento das equipes sobre o perfil da população atendida (NICHATA; FRACOLLI, 1998).

As equipes desta estratégia possuem cada família cadastrada em uma Ficha A, sendo que estas são lançadas no banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A proposta da amostra por conglomerado neste estudo apresenta a vantagem de superar a dificuldade de se fazer uma listagem de todas as unidades de análise, neste caso as 57.524 mulheres atendidas pelos Programas de Saúde da Família (zona urbana) e facilidade de listagem dos conglomerados familiares para a obtenção da amostra e posterior análise de interesse, reduzindo por consequência os custos da listagem e da amostragem.

Ricci e colaboradores (2008) afirmam que as mulheres submetidas à histerectomia total por condições benignas não devem fazer parte do programa de rastreamento para o câncer cérvico-uterino. Já aquelas que realizaram histerectomia

parcial devem ser acompanhadas de acordo com especificidades da idade e de seu diagnóstico anterior.

As informações referentes ao passado, contidas no questionário em estudos de corte transversal são obtidas de forma indireta e dependem da memória e dos interesses do indivíduo em relação ao propósito da investigação. Este aspecto, denominado viés de memória, dificulta a padronização e uniformização do instrumento de coleta, o que pode acarretar em distorções na análise dos dados (MEDRONHO, 2006).

Devido à possibilidade deste viés, o que pode dificultar as informações sobre o tipo de histerectomia, se total ou parcial (sem indicação de preventivo para a primeira situação e indicativo de exame para a segunda situação), serão excluídas do estudo todas as mulheres histerectomizadas.

Também não farão parte da investigação as mulheres que nunca tiveram atividade sexual, independente da idade, pois a orientação para o rastreamento através de coleta citológica para esfregaço cervical é para mulheres que já realizaram atividade sexual (BARACAT; FERNANDES JUNIOR; SILVA, 2000).

Portanto os critérios de inclusão serão: mulheres residentes na zona urbana do município e em áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família, pertencentes à faixa etária de 25 a 59 anos; tenham iniciado atividade sexual; nunca foram submetidas a histerectomia (total ou parcial); condições mentais ou cognitivas para responder às questões e que se voluntariem em participar da pesquisa.

#### **4.4 Instrumentos da pesquisa**

O instrumento utilizado será um formulário estruturado em blocos como (Apêndice C):

1. Dados sociodemográficos: idade, tem filhos, número de filhos, cor da pele (auto-referida e observada pelo entrevistador), escolaridade, situação conjugal, renda familiar, religião;

2. Trabalho: número de pessoas que residem na casa, realização de atividades (cuidar de crianças, limpeza da casa, cozinhar, lavar roupa, passar roupa, feira/compra de supermercados, levar filho ao médico, levar filho a escola), horas diárias para as atividades da casa, recebe ajuda de outras pessoas, atividade remunerada, carga horária semanal para a realização da atividade;
3. Antecedentes ginecológicos e sexualidade: menarca, idade na primeira relação, condição sexual, número de parceiro(as) sexuais pregressos e atuais, queixa referente à atividade sexual, uso de método contraceptivo, tipo de método contraceptivo, frequência do uso do preservativo, realização de preventivo alguma vez, idade no primeiro preventivo, motivo para realização do primeiro exame, história de DST, tratamento para a usuária e parceiro em caso de DST;
4. Conhecimento sobre o preventivo: ouviu falar sobre o exame, para que serve o preventivo, fonte de informação, conhecimento sobre a necessidade e rotina do exame, realização do procedimento em posto do bairro;
5. Adesão ao Papanicolaou – Fatores pessoais: tempo desde a realização do último exame, motivos para realização do preventivo nos últimos três anos, motivos para a não realização do exame nos últimos três anos ou para nunca ter realizado;
6. Fatores institucionais: estabelecimento de saúde do último exame, profissional que o realizou, mecanismo de marcação do exame na Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro, demora para a realização do último exame (tempo entre a marcação e a realização do procedimento), agendamento de retorno, tempo para recebimento do resultado, retorno para recebimento do resultado, utilização dos serviços oferecidos pela USF;
7. Antecedentes Obstétricos: número de gestações, idade na primeira gestação, idade na última gestação, intervalo entre a penúltima e a última gestação, número de partos, número de partos normais, cesáreas, fórceps e abortos (espontâneo e provocado), internamento em último abortamento;
8. Antecedentes pessoais: bebe, fuma, realiza atividade física, tipo e

freqüência da atividade, patologias pregressas e atuais;

9. Antecedentes Familiares: histórico de patologias em familiares (pai e mãe);

Marinho e colaboradores (2003) apresentam concepções de alguns destes aspectos a partir de estudos similares:

- Conhecimento – Emissão de conceitos e significados de acordo com uma compreensão adquirida sobre determinado evento, recordando fatos específicos relacionados ao sistema educacional que está incluso.

#### **4.5 Coleta de dados.**

Para a coleta de dados, serão utilizados formulários aplicados durante a realização de visitas domiciliares. O instrumento será aplicado por bolsistas do Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e demais estudantes recrutados para a participação do projeto após aprovação pelo CEP-UEFS.

Para isso, estes pesquisadores receberão treinamento prévio para a aplicação do formulário que será padronizado e testado através da realização do Estudo Piloto realizado com 44 mulheres residentes na área de abrangência da USF Conceição I localizada no município de Feira de Santana, sendo tanto a unidade de saúde quanto as casas para a realização das entrevistas obtidas a partir de sorteio aleatório, e estes dados não farão parte do estudo final.

Após a realização desta fase da pesquisa, algumas revisões serão feitas no formulário de maneira a torná-lo mais adequado ao estudo, aumentando a praticidade de sua aplicação, melhor possibilidade de entendimento do instrumento pelas entrevistadas e maior objetividade de algumas questões, sendo que a maior parte do instrumento será preservada devido a adequação de sua construção.

Para a coleta de dados do estudo será feito novo treinamento para os bolsistas e voluntários com o objetivo de aproximá-los das alterações realizadas no

instrumento aumentando a familiaridade dos coletadores com o formulário da pesquisa e suas particularidades.

#### **4.6 Definição das variáveis do estudo**

A variável dependente será definida como adesão da mulher ao Papanicolaou, e o desfecho estudado será a não adesão ao exame preventivo, avaliada com uma questão sobre a realização ou não do exame nos últimos três anos anteriores à entrevista ou nunca ter realizado.

As variáveis independentes serão fatores sociodemográficos (idade, raça/cor da pele, escolaridade, situação conjugal, renda familiar, possui alguma atividade remunerada), antecedentes ginecológicos, obstétricos e sexualidade (idade na primeira relação sexual, número de parceiros nos últimos três meses, uso de método contraceptivo, uso de preservativo, história de DST, tem filhos e número de filhos, número de partos, abortamento), conhecimento sobre o exame e utilização da Unidade de Saúde da Família do bairro.

#### **4.7 Análise e interpretação dos dados**

Os dados coletados serão armazenados em banco de dados, analisados e processados no programa Statical Package for Social Sciences (SPSS) versão 9.0.

Na primeira etapa, com o objetivo de avaliar a qualidade da digitação será realizada análise da consistência do banco com a listagem das freqüências simples das variáveis e posteriormente os erros de digitação encontrados serão corrigidos.

Para análise da variável raça/cor será utilizada a definição fornecida pelo entrevistado (auto-referida).

Para a avaliação do conhecimento, será considerado adequado quando a entrevistada já tinha ouvido falar sobre o exame e sabia que servia para detectar o



câncer em geral ou em específico o cérvico-uterino e inadequado quando nunca tiver ouvido falar sobre o exame ou já ouviu falar, mas não sabia que era utilizado para detectar o câncer (BRENNAN et al., 2001; GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005; FERNANDES et al., 2009).

Em seguida desenvolveu-se análise exploratória e descritiva da amostra estudada segundo características sociodemográficas, antecedentes ginecológicos, obstétricos e sexualidade, conhecimento sobre o Papanicolaou, fatores institucionais e hábitos de vida.

Posteriormente será realizada análise univariada para examinar as associações entre as variáveis independentes e a não adesão ao Papanicolaou. Em seguida, calculadas as taxas de prevalência e Razão de Prevalência com intervalo de 95% de confiança para a análise da significância estatística.

Será utilizado teste qui-quadrado para a análise da associação entre as variáveis do estudo considerando as associações estatisticamente significantes quando  $p\text{-valor} \leq 0,05$ .

#### **4.8 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) registrado sob Protocolo N.º 120/2009 (CAAE 0127.0.059..000-09) (Anexo A), seguindo as especificações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que determina as diretrizes e normas das pesquisas envolvendo seres humanos.

Antes da aplicação do instrumento os pesquisadores esclarecerão as entrevistadas sobre o objetivo e importância do estudo e os dados serão coletados após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Durante a coleta e transcrição das informações para o banco de dados, medidas serão tomadas para a não identificação dos sujeitos pesquisados e seus

nomes substituídos por códigos para o registro no banco de dados, garantindo desta maneira o anonimato das pesquisadas.

#### **4.9 Viabilidade**

Este projeto foi aprovado em Edital nº 001/2009 para Financiamento Interno de Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana e financiado com valor equivalente a 10 mil reais para custeio com materiais, equipamentos e serviços temporários de terceiros.

Além disso, contará com o apoio do NEPI da UEFS, que possui estrutura física adequada, participação de docentes pesquisadores, logística organizada por meio da participação de bolsistas para coleta de dados, programas estatísticos necessários para a estruturação de banco de dados e análise dos mesmos.

A secretaria de saúde do município também apresentou acessibilidade para a obtenção de dados dos sistemas de informação e disponibilidade do campo para a coleta de dados (Anexo B).

#### **4.10 Limitações do estudo**

Uma importante limitação, característica de estudos de corte transversal, está relacionada ao viés de memória, já que nem todas as pessoas possuem adequada recordação de fatos passados, podendo haver equívocos quanto ao tempo de realização do último exame.

Há ainda possibilidade de viés de informação, pois a mulher pode confundir o fato de ter realizado o exame clínico ginecológico com a coleta de material para citopatológico do colo de útero.

No entanto, estudo de corte transversal realizado com adolescentes e adultas jovens demonstrou que o relato das mulheres sobre o Papanicolaou apresentou alta

validade em relação aos registros em prontuário (KAHN et al., 2000), demonstrando segurança para a realização deste tipo de estudo a partir de entrevistas.

## 5 ORÇAMENTO

ORÇAMENTO CONSOLIDADO	
<i>Descrição</i>	Valor (R\$)
Material de Consumo	3.795,00
Terceiros (Pessoa Física)	1.836,00
Terceiros (Pessoa Jurídica)	1.500,00
Equipamento/ Material Permanente Nacional	2.863,00
<b>TOTAL =&gt; R\$</b>	<b>9.994,00</b>

### ORÇAMENTO DETALHADO POR ITEM

#### Despesas de Capital

#### MATERIAL DE CONSUMO

Descrição	Qtd.	Valor Unit. (R\$)	Valor Total (R\$)
Cartucho de tinta preta (jato de tinta)	06	50,00	300,00
Cartucho de tinta preta (laser)	05	135,00	675,00
Cartucho de tinta colorida	05	60,00	300,00
CD-W	3 cx	40,00	120,00
Papel A4 (caixa)	05	140,00	700,00
Diversos (envelopes, clips, grampeador)	1	1.500,00	1.500,00
Caneta esferográfica (200)	1	200,00	200,00
<b>TOTAL</b>			<b>3.795,00</b>

#### EQUIPAMENTOS

Descrição	Qtd.	Valor Unit. (R\$)	Valor Total (R\$)
Computador Intel Pentium 4 GHz, 512 GB de RAM , HD 80GB, teclado e mouse	1	1.723,00	1.723,00
01 Impressora Multifuncional HP Color Laser JET2820/2830/2840	1	700,00	700,00
No-breaks	1	440,00	440,00
<b>TOTAL</b>			<b>2863,00</b>

#### Despesas de Custeio

#### SERVIÇOS DE TERCEIROS/PESSOA FÍSICA

Descrição	Qtd.	Valor Unit. (R\$)	Valor Total (R\$)
Digitadores (2 meses)	01	465,00	930,00
Revisor de texto	01	600,00	600,00
<b>SUBTOTAL</b>			
Encargos sociais (20%)			306,00
<b>TOTAL</b>			<b>1836,00</b>

**SERVIÇOS DE TERCEIROS/ PESSOA JURÍDICA**

<b>Descrição</b>	<b>Valor (R\$)</b>
Serv. de edição gráfica, posters, encadernações e xerografia de questionários	1.500.000
<b>TOTAL</b>	<b>1.500,00</b>

<b>TOTAL GLOBAL=&gt;</b>	<b>R\$</b>	9.994,00
--------------------------	------------	----------





## REFERÊNCIAS

AGUILAR, P. N. et al. **Factors associated with mexican women's familiarity with the purpose of the Pap Test.** Bulletin of the Pan American Health Organization, v. 30, n. 4, p. 348-353, 1996.

ALBERCROMBIE, P.VD. **Improving adherence to abnormal Pap Smear follow-up.** JOGNN. v. 30, n. 1, Jan/Feb 2001.

ALBUQUERQUE, K. M. et al. **Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o programa de prevenção do câncer do colo do útero em Pernambuco, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, Sup. 2, p. 301-309, 2009.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Câncer facts & figures for african ameicans 2003 – 2004**, Atlanta, 2003.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts & figures 2010**, Atlanta , 2010.

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

ANDRADE, J. M. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Projeto Diretrizes. **Rastreamento, diagnóstico e tratamento do carcinoma de colo de útero**, 2001. Disponível em: <<http://ncd.bvsalud.org/lildbi/docsonline/2/5/052-Brazil-Cacu-Prof.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2009.

AVERIAN, M; NOUREDDINE, S,; KABAKIAN-KHASHOLIAN, T. **Raising awareness and providing free screening improves cervical cancer screening among economically disadvantaged lebanese/armenian women.** Journal of Transcultural Nursing, v. 17, n. 4, p. 357-364, oct. 2006. Disponível em: <http://tcn.sagepub.com/cgi/content/abstract/17/4/357>. Acesso em: 27 abr. 2010.

BAHIA. **Relatório de gestão 2009.** Feira de Santana, 2010.



BARACAT, F. F.; FERNANDES JUNIOR, H. J.; SILVA, M. J. **Cancerologia atual: um enfoque multidisciplinar**. São Paulo: Roca, 2000.

BERQUÓ, E. S.; SOUZA, J. M. P.; GOTLIEB, S. L. D. **Bioestatística**. São Paulo: E.P.U, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL, Ministério da saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Viva mulher. Câncer de colo de útero: Informações Técnico-Gerenciais e Ações Desenvolvidas**. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**, Cadernos de Atenção Básica nº13. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle do câncer de colo uterino: Programa Nacional do Programa de Colo Uterino**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Município – Feira de Santana-BA Competência: Dezembro de 2010a**. Disponível em: <<http://189.28.128.99/dab/index.php>>. Acesso em: 17 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**, Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde**. 2º Ed.. Rio de Janeiro, 2006c.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil - Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. SISPACTO. **Relatório municipal de indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde - Prioridades e objetivos**. Brasília, DF, 2010c. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>. Acesso em: 25 de Jul. 2010c.

BRENNNA, S. M. F. et al. **Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 909-914, jul-ago. 2001.  
CALLEGARI-JAQUES, S.M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. São Paulo: Artmed, 2003.

COSTA, A. M.; MÉRCHAN-HAMANN, E.; TAJER, D. **Saúde, equidade e gênero**. Brasília: UnB, 2000.

DATASUS. Ministério da Saúde. BRASIL, 2010d. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 24 abr. 2010a.

FACCHINI, R.; BARBOSA, R. M. **Saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. Rede feminista de saúde**. Belo Horizonte, 2006.

FERNANDES, J. V. et al. **Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil**. Revista de Saúde Pública, v. 43, n. 5, p.851-858, 2009 .

FOWLER, J.R.; SAYEGH, R. **Cervical cancer prevention: more than just a Pap in a diverse urban community**. Current Women's Health Reviews, v. 1, n. 1, p. 79-83, 2005.

GAMARRA, C. J.; PAZ, E. P. A.; GRIEP, R. H. **Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas**. Revista de Saúde Publica, v. 39, n. 2, p. 270-276, 2005.

GAMBERINI, K. S. T; LAGANÁ, M. T. C; TORIYAMA, A. T. M. **Relação entre raça/cor e a frequência de lesões intra-epiteliais de alto grau (NIC II e NIC III)**. Saúde Coletiva, São Paulo: Bolina, v. 5, n. 20, p. 51-56, 2008.

HACKENHAAR, A. A; CESAR, J. A; DOMINGUES, M. R. **Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização.** Revista Brasileira de Epidemiologia. v. 9, n, 1, p. 103 – 111, 2006.

KAHN, J. A. et al. **Validity of adolescent and young adult self-report of Papanicolaou smear results.** Obstetrics & Gynecology, v. 96, n. 4, oct. 2000.  
KELLEY, C. G. et al. **Nurse practitioners and preventive screening in the hospital.** Clinical Nursing Research, v.11, n.4, p. 433-449, nov. 2002.

LYNGE, E.; MADSEN, M.; ENGHOLM, G. **Effect of organized screening on incidence and mortality of cervical cancer in denmark.** Cancer Research, p. 2157-2160, april 1989.

MARINHO, L. A. B. et al. **Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 576-582, 2003.

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

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia.** São Paulo, Atheneu: 2006.

NICHIATA, L. Y. I.; FRACOLLI, L. A. **O Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB como um Instrumento de trabalho da equipe no Programa Saúde da Família: a especificidade do enfermeiro.** 1998. Manual de Enfermagem [online]. Disponível em: <<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 07 set. 2010.

OLIVEIRA, M. M. H. N. et al. **Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 9, n. 3, p. 325–334, 2006.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales.** 2007.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Equidad de género y políticas de reforma del sector salud: guía para la preparación de informes**, 1999.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, I. H. **Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino**. Acta Scientiarum. Health Sciences, Maringá, v. 26, n. 2, p. 319-324, 2004.

PINHO, A. A.; FRANÇA-JÚNIOR, I. **Prevenção do câncer de colo o útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v.3, n.1, p. 34-38, jan/mar. 2003.

RIO GRANDE DO SUL. Equipe de vigilância de eventos vitais, doenças e agravos não Transmissíveis. **SISCOLO: Relatório 2008**. Porto Alegre, 2008.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia fundamental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 8. ed., 1999.

RICCI, M. D. et al. **Oncologia ginecológica: Aspectos atuais do diagnóstico e do tratamento**. Barueri – SP: Manole, 2008.

ROSENSTOCK, I. M. **Why people use health services**. The Milbank Quarterly, v. 83, n. 4, p. 1–32, 2005. Disponível: <<http://www.milbank.org/quarterly/830417rosenstock.pdf>>. Acesso em: 27 set., 2009.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SILVA, D. W. et al. **Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 24-31, 2006.

VILLELA, W; MONTEIRO, S. **Gênero e Saúde: Programa de Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: Arbeit Factor, 2005.

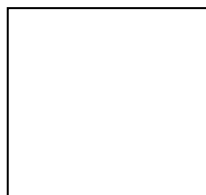
## APÊNDICE B



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Maura Maria Guimarães de Almeida (pesquisadora responsável) e Magna Santos Andrade (pesquisadora colaboradora) estamos convidando você a participar do projeto de pesquisa “Adesão ao Papanicolaou na Estratégia de Saúde da Família, Feira de Santana, BA”. A escolha deste tema para desenvolvimento do projeto se deu devido à observação do reduzido número de exames realizados em todo país e da grande quantidade de mulheres que adoecem e morrem todos os anos no Brasil por esta patologia. Em Feira de Santana, dados de 2009 mostram a pouca realização de exames preventivos nas Unidades de Saúde da Família do município. Assim sendo, os resultados desta pesquisa permitirão que a Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana e as Equipes de Saúde da Família, conheçam melhor os fatores associados à adesão ao preventivo e estas informações poderão ser utilizadas para melhorar o serviço de saúde oferecido para as mulheres das diversas localidades. A pesquisa tem como objetivo avaliar os fatores associados à realização do exame preventivo do câncer de colo de útero em mulheres entre 25 e 59 anos residentes nas áreas atendidas pelas Equipes de Saúde da Família (zona urbana) em Feira de Santana-BA, 2009. Para a coleta de dados será aplicado pelo entrevistador um formulário a ser respondido por você durante visita domiciliar. Os formulários serão guardados por um período de cinco anos no Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob a responsabilidade da professora Maura Maria Guimarães de Almeida e serão destruídos após período de cinco anos. Você será esclarecida sobre a pesquisa e no momento em que sentir necessidade de mais esclarecimentos sobre a sua participação no estudo, pode entrar em contato com as pesquisadoras através dos telefones (75)3224-8095/(75)3224-8320, no Centro de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana – Módulo VI – NEPI, Km 03, BR 116, s/n, Campus Universitário, CEP 441000-000, Feira de Santana, BA. Os riscos estão relacionados ao desconforto e constrangimento ao responder às questões realizadas pelo entrevistador, mas você poderá recusar-se a responder em qualquer momento. Você também poderá deixar de participar do projeto ou retirar o seu consentimento em qualquer fase e não sofrerá nenhum tipo de penalização ou prejuízo. As pesquisadoras asseguram o anonimato e a privacidade no momento de responder o formulário e a manutenção de absoluto sigilo. Não será fornecido nenhum tipo de pagamento ou bonificação referente à participação na pesquisa. Não haverá indenização ou ressarcimento. Se concordar, por sua livre vontade, em participar da pesquisa, deverá assinar este termo que foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com você.



Feira de Santana, BA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2010

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito da pesquisa (voluntária)

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora responsável  
Maura Maria Guimarães de Almeida

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora participante  
Magna Santos Andrade

## APÊNDICE C - Formulário

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**

**Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

1. Nº de ordem (numord): \_\_\_\_\_
2. Número completo da família (numfam): \_\_\_\_\_  
(área + microárea + família)
3. Nome (nome): \_\_\_\_\_  
(colocar apenas as iniciais)
4. Endereço (ender): \_\_\_\_\_
5. Ponto de referência (pontoref): \_\_\_\_\_
6. Unidade de Saúde da Família de atendimento (USF): \_\_\_\_\_

### I - DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

7. Idade (idade): \_\_\_\_\_ (anos)
8. Tem filhos (tfilho): 1 ( ) Sim            2 ( ) Não
9. Número de filhos (nfilho): 1 \_\_\_\_\_            888 ( ) Não se aplica
10. Raça/cor da pele (auto-referida) (corauto):  
 1 ( ) Branca            2 ( ) Preta            3 ( ) Parda            4 ( ) Amarela  
 5 ( ) Indígena            6 ( ) Não sabe
11. Raça/cor da pele (observação do entrevistador) (corentrev):  
 1 ( ) Branca            2 ( ) Preta            3 ( ) Parda            4 ( ) Amarela  
 5 ( ) Indígena            6 ( ) Não sabe
12. Escolaridade (escol):  
 1 ( ) Não sabe ler e escrever            2 ( ) Alfabetizado            3 ( ) Ensino Fundamental I (1º a 4º série)  
 4 ( ) Ensino Fundamental II (5º a 8º série)            5 ( ) Ensino Médio (1º ao 3º ano)  
 6 ( ) Ensino Superior            7 ( ) Pós-graduação
13. Situação conjugal (sitconj)  
 1 ( ) Solteira            2 ( ) Casada            3 ( ) União estável  
 4 ( ) Separada/Divorciada/desquitada  
 5 ( ) Viúva            6 ( ) Outra            7 Especifique (qsitconj) \_\_\_\_\_
14. Renda Familiar em salário mínimo (SM) (renda):  
 1 ( ) ≤ 1 SM            2 ( ) 2 – 4 SM            3 ( ) 5 – 9 SM            4 ( ) ≥ 10 SM
15. Religião (religiao):  
 1 ( ) Católica            2 ( ) Protestante            3 ( ) Espírita            4 ( ) Candomblé            5 ( ) Umbanda  
 6 ( ) Sem religião            7 ( ) Não sabe            8 ( ) Ateu            9 ( ) Outro  
 10 Especifique (qreligiao): \_\_\_\_\_

## II - TRABALHO

Abaixo estão listadas algumas tarefas da casa. Avalie o grau de responsabilidade que você possui por cada uma delas.

**16. Nº DE PESSOAS NA CASA (npesca):** \_\_\_\_\_

ATIVIDADE	1 Não	2 Sim, a menor parte	3 Sim, divide igualmente	4 Sim, a maior parte	5 Sim, inteiramente	888**
<b>17. Cuidar das crianças*</b> (atcuidcri)						
<b>18. Cuidar da limpeza da casa (atcuidlimp)</b>						
<b>19. Cozinhar (atcoz)</b>						
<b>20. Lavar roupa (atllavroup)</b>						
<b>21. Passar roupa (atpasroup)</b>						
<b>22. Feira/compra de supermercado (atfeira)</b>						
<b>23. Levar filho ao médico (atfilmed)</b>						
<b>24. Levar filho à escola (atfilesc)</b>						

\*Crianças pequenas: até 5 anos de idade.

888\*\* = Sem crianças pequenas ou não se aplica

**25. Quantas horas por dia você dedica à realização das atividades da casa (horatcasa)?**

\_\_\_\_\_ horas      1 ( ) Não sabe

**26. Você recebe ajuda para a realização dos trabalhos da casa (ajutrab)?**

1 ( ) Sim    2 ( ) Não    888 ( ) Não realiza trabalho de casa

**27. De quem você recebe ajuda (quemaj)?**

- 1 ( ) Ninguém                                      5 ( ) Outra mulher (mãe/irmã/filha/vizinha)  
 2 ( ) Empregada                                    6 ( ) Outro homem (pai/irmão/filho/vizinho)  
 3 ( ) Marido/ companheiro                    7 ( ) Outra mulher/outro homem  
 4 ( ) Esposa/ companheira                    888 ( ) não se aplica

**28. Você possui alguma atividade remunerada (atrem)?**

1 ( ) Sim                                      2 ( ) Não

**29. Que tipo de atividade (tipatrem):**

- 1 ( ) Emprego com carteira assinada  
 2 ( ) Emprego sem carteira assinada  
 3 ( ) Atividade ocasional (faxineira, ajudante temporária, babá)  
 4 ( ) Vendedora sem vínculo de trabalho (ex.: vende produtos de beleza - avon, natura - roupas)  
 5 ( ) Comércio por conta própria (faz e vende salgados, refeições, doces, sorvetes)  
 888 ( ) Não tem atividade remunerada

**30. Qual a carga horária semanal que você dedica à essa atividade remunerada (cargatrem)?**

\_\_\_\_\_ horas      1 ( ) Não sabe                                      888 ( ) Não se aplica

## III - ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS E SEXUALIDADE

**31. Idade na primeira menstruação (menarca):** \_\_\_\_\_ (anos)

**32. Idade na primeira relação sexual (primrel):** \_\_\_\_\_ (anos)

**33. Como você se define sexualmente (condsex)?**

1 ( ) Heterossexual      2 ( ) Homossexual      3 ( ) Bissexual

**34. Quantos(as) parceiros(as) sexuais você teve desde o início da sua vida sexual (numpar)?** \_\_\_\_\_

**35. Quantos(as) parceiros(as) sexuais você teve nos últimos três meses (nparmes)?** \_\_\_\_\_

**36. Possui alguma queixa relacionada à atividade sexual (queiatsex)?**

1 ( ) Sim                                      2 ( ) Não

- 37. Qual a queixa relacionada à atividade sexual que possui?**
- 1. Dor ou desconforto durante a relação (dispareunia) (dor)**  
1 ( ) Sim 2 ( ) Não 888 ( ) Não se aplica
  - 2. Sangramento durante ou após a relação (sangr)**  
1 ( ) Sim 2 ( ) Não 888 ( ) Não se aplica
  - 3. Diminuição ou perda de libido (libido)**  
1 ( ) Sim 2 ( ) Não 888 ( ) Não se aplica
  - 4. Outra (outqsex)**  
1 ( ) Sim 2 ( ) Não 888 ( ) Não se aplica  
Qual(is) (qtipqueix)? \_\_\_\_\_
- 38. Faz uso de método contraceptivo (usomet)?**  
1 ( ) Sim 2 ( ) Não
- 39. Qual método contraceptivo utiliza atualmente?**
- 1. Anticoncepcional Oral Combinado (aco)**  
1 ( ) Sim 2 ( ) Não 888 ( ) Não se aplica
  - 2. Injetável (injet)**  
1 ( ) Sim 2 ( ) Não 888 ( ) Não se aplica
  - 3. Dispositivo Intra Uterino (DIU) (diu)**  
1 ( ) Sim 2 ( ) Não 888 ( ) Não se aplica
  - 4. Diafragma (diafrag)**  
1 ( ) Sim 2 ( ) Não 888 ( ) Não se aplica
  - 5. Tabela (tab)**  
1 ( ) Sim 2 ( ) Não 888 ( ) Não se aplica
  - 6. Preservativo (masculino ou feminino) (preserv)**  
1 ( ) Sim 2 ( ) Não 888 ( ) Não se aplica Qual (qpreserv)? \_\_\_\_\_
  - 7. Laqueadura (laq)**  
1 ( ) Sim 2 ( ) Não 888 ( ) Não se aplica
  - 8. Outro (outmet)**  
1 ( ) Sim 2 ( ) Não 888 ( ) Não se aplica  
Qual(is) (qmetusa)? \_\_\_\_\_
- 40. Se você faz uso de preservativo, qual é a frequência deste uso (frepreserv)?**  
1 ( ) Sempre 2 ( ) Às vezes 3 ( ) Raramente 888 ( ) Não se aplica
- 41. Fez preventivo alguma vez na vida (alprev)?**  
1 ( ) Sim 2 ( ) Não
- 42. Em que idade você realizou o primeiro preventivo (idadeprev)?**  
\_\_\_\_\_ (anos) 1 ( ) Não lembra 888 ( ) Não se aplica
- 43. Qual o motivo para a realização do primeiro exame (motades)?**
- 1 ( ) Recomendação do médico ou enfermeiro
  - 2 ( ) Queixa ginecológica
  - 3 ( ) Recomendação de amigos ou parentes
  - 4 ( ) Foi por conta própria
  - 5 ( ) Foi levada pela mãe
  - 6 ( ) Não fez
  - 7 ( ) Outros 8 Especifique (qmotades): \_\_\_\_\_
  - 888 ( ) Não se aplica
- 44. Você já teve algum tipo de Doença Sexualmente Transmissível (dst)?**  
1 ( ) Sim 2 ( ) Não 3 ( ) Não sabe  
4 Se teve DST, qual foi (qdst)? \_\_\_\_\_
- 45. Se você teve DST, fez algum tratamento (tratdst)?**  
1 ( ) Sim 2 ( ) Não 3 ( ) Não lembra se fez tratamento 888 ( ) Não se aplica
- 46. Parceiro fez tratamento quando você teve DST (tratpardst)?**  
1 ( ) Sim 2 ( ) Não 3 ( ) Não lembra se fez tratamento 888 ( ) Não se aplica

#### IV - CONHECIMENTO SOBRE O PAPANICOLAOU

- 47. Você já ouviu falar sobre o exame Preventivo também chamado Papanicolaou (ouviupap)?**  
1 ( ) Sim 2 ( ) Não
- 48. Se você já ouviu falar no Preventivo, para que serve este exame (conhepap)?**
- 1 ( ) Prevenir o câncer de colo de útero
  - 2 ( ) Prevenir o câncer em geral
  - 3 ( ) Prevenir doenças
  - 4 ( ) Já ouviu falar mas não sabe para que serve
  - 5 ( ) Outro 6 Qual (qconhepap)? \_\_\_\_\_
  - 888 ( ) Não se aplica



**49. Qual a fonte de informação sobre o exame preventivo do câncer de colo de útero?**

1. Agente Comunitário de Saúde (acs) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não  
 2. Médico (medico) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não  
 3. Enfermeiro (enfermeiro) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não  
 4. Posto de Saúde (posto) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não  
 5. Rádio/TV (radio) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não  
 6. Colegas de trabalho (trab) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não  
 7. Vizinhas/amigas/parentes (vizinh) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não  
 8. Igreja (igreja) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não  
 9. Escola (escola) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não  
 10. Outra (outfon) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não 11 Qual (qfonteinfn)? \_\_\_\_\_  
 12. Desconhece a fonte de informação (fondesc) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não  
 13. Sem informação (seminf) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**50. Na sua opinião, toda mulher tem que fazer este exame (fazex)?**

- 1 ( ) Sim  
 2 ( ) Não  
 3 ( ) Não sabe

**51. Qual a rotina (de quanto em quanto tempo) você acha que a mulher tem que fazer este exame (rotina)?**

- 1 ( ) A cada seis meses  
 2 ( ) Todo ano  
 3 ( ) De três em três anos  
 4 ( ) Intervalos maiores que quatro anos  
 5 ( ) Não tem período certo  
 6 ( ) Não sabe

**52. No posto de saúde próximo à sua casa se faz este exame (postoeex)?**

- 1 ( ) Sim  
 2 ( ) Não  
 3 ( ) Não sabe

**V - ADESÃO AO PAPANICOLAOU – FATORES PESSOAIS**

**53. Quando foi realizado seu último exame Preventivo (exrealiz)?**

- 1 ( ) Um ano ou menos  
 2 ( ) Entre 2 e 3 anos  
 3 ( ) Quatro anos ou mais  
 4 ( ) Fez, mas não lembra  
 5 ( ) Nunca fez

**54. Qual o motivo para realização do exame nos últimos três anos (motivades)?**

- 1 ( ) Para prevenir o câncer de colo de útero  
 2 ( ) Para prevenir o câncer em geral  
 3 ( ) Recomendação do médico ou enfermeiro  
 4 ( ) Queixa ginecológica  
 5 ( ) Recomendação de amigos ou parentes  
 6 ( ) Por ser um exame de rotina  
 7 ( ) Outro 8 Qual (qmotivades)? \_\_\_\_\_  
 9 ( ) Não fez nos últimos três anos  
 888 ( ) Não se aplica

**55. Qual o motivo para a não realização do exame Preventivo nos últimos três anos ou para nunca ter feito o exame (motivnades)?**

- 1 ( ) Não conhece o exame, sua finalidade ou importância  
 2 ( ) Vergonha  
 3 ( ) Ausência de problemas ginecológicos  
 4 ( ) Considera o exame desconfortável/doloroso  
 5 ( ) Medo do resultado  
 6 ( ) Distância para unidade de saúde  
 7 ( ) Demora para o agendamento  
 8 ( ) Falta de profissional na unidade de saúde para realização do exame  
 9 ( ) Por não apresentar queixa  
 10 ( ) Falta de disponibilidade de tempo  
 11 ( ) Proibição do marido/companheiro  
 12 ( ) Descrença na Unidade de Saúde do Bairro 13 Por quê (qmotivnades)? \_\_\_\_\_  
 14 ( ) Outro 14 Qual (nmotivades)? \_\_\_\_\_  
 888 ( ) Não se aplica

## VI - FATORES INSTITUCIONAIS

**56. Qual o estabelecimento de saúde em que você realizou o último Papanicolaou (estabpap)?**

- 1 ( ) Unidade de Saúde da Família do Bairro  
 2 ( ) Outra Unidade da Secretaria Municipal de Saúde  
 3 ( ) Serviço particular  
 4 ( ) Outro 5 Qual (qestabpap)? \_\_\_\_\_  
 888 ( ) Não se aplica

**57. Com qual profissional você fez o último exame (profis)?**

- 1 ( ) Médico  
 2 ( ) Enfermeiro  
 888 ( ) Não se aplica

**58. Como é feita a marcação deste exame na Unidade de Saúde do seu bairro (marcacao)?**

- 1 ( ) Através do Agente Comunitário de Saúde que passa em sua casa  
 2 ( ) Tem que ir até a Unidade de Saúde para marcar o exame  
 3 ( ) Durante a consulta médica ou de enfermagem  
 4 ( ) Outro 5 Qual (qmarcacao)? \_\_\_\_\_  
 6 ( ) Não sabe

**59. Houve demora para a realização do seu último exame (tempo entre o primeiro contato com o profissional ou o serviço de saúde até a realização do Papanicolaou) (demoreal)?**

- 1 ( ) Sim  
 2 ( ) Não  
 3 ( ) Não sabe  
 888 ( ) Não se aplica

**60. No momento do seu último exame foi agendado retorno (consulret)?**

- 1 ( ) Sim 2 ( ) Não 3 ( ) Não se aplica

**61. Após a realização do último exame, quanto tempo levou para chegar o resultado (tempresul)?**

- 1 ( ) Até um mês  
 2 ( ) De dois a três meses  
 3 ( ) De quatro a seis meses  
 4 ( ) Sete meses e mais  
 5 ( ) Não recebeu  
 6 ( ) Não lembra  
 888 ( ) Não se aplica

**62. Você retornou para receber o resultado do seu último exame (retorno)?**

- 1 ( ) Sim 2 ( ) Não 3 ( ) Não lembra 888 ( ) Não se aplica

Se sim você mostrou o resultado para algum profissional de saúde (mostresult)?

- 1 ( ) Sim 2 ( ) Não 3 ( ) Não lembra 888 ( ) Não se aplica

**63. Você utiliza os serviços oferecidos pela Unidade de Saúde da Família do seu bairro (consultas, atividades educativas, grupos, etc) (servofer)?**

- 1 ( ) Sempre 2 ( ) Às vezes 3 ( ) Raramente 4 ( ) Não utiliza  
 5 Não utiliza por qual motivo (nusaserv)? \_\_\_\_\_

## VII - ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

**64. Número de gestações (incluindo abortamento, gravidez ectópica e mola hidatiforme) (ngest): \_\_\_\_\_****65. Idade na primeira gestação (idprigest)?** 1 \_\_\_\_\_ (anos) 888 ( ) Não se aplica**66. Idade na última gestação (idultgest)?** 1 \_\_\_\_\_ (anos) 888 ( ) Não se aplica**67. Intervalo entre a penúltima e a última gestação (intervgest)?**

- 1 ( ) Até 1 ano 2 ( ) Entre 2 e 5 anos 3 ( ) 6 anos e mais 4 ( ) Engravidou apenas uma vez  
 5 ( ) Não sabe 888 ( ) Não se aplica

**68. Número total de partos (npart):** 1 \_\_\_\_\_ 888 ( ) Não se aplica**69. Número de partos normais (npartnorm):** 1 \_\_\_\_\_ 888 ( ) Não se aplica**70. Número de cesáreas (ncesar):** 1 \_\_\_\_\_ 888 ( ) Não se aplica**71. Número de partos com fórceps (nforc):** 1 \_\_\_\_\_ 888 ( ) Não se aplica

**72. Já teve algum abortamento (aborto):**

1 ( ) Sim 2 ( ) Não 888 ( ) Não se aplica

**73. \_\_\_\_\_ total de abortos (nabort)** 888 ( ) Não se aplica**74. \_\_\_\_\_ espontâneos (nabortesp)** 888 ( ) Não se aplica**75. \_\_\_\_\_ provocados (nabortprov)** 888 ( ) Não se aplica

Se provocado, o que você fez para causar o abortamento (qfezabt)? \_\_\_\_\_

**76. Foi necessário internamento após último abortamento (intern)?**

1 ( ) Sim 2 ( ) Não 888 ( ) Não se aplica

**VIII - ANTECEDENTES PESSOAIS****77. Você bebe atualmente (bebe)?**

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**78. Você fuma atualmente (fuma)?**

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**79. Você realiza atividade física (ativfis)?**

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**80. Qual a atividade física você pratica (tipoativ)?**

1 ( ) Ginástica 2 ( ) Caminhada 3 ( ) Futebol/vôlei

4 ( ) Natação 5 ( ) Hidroginástica

6 ( ) Outras 7 Qual (qtipoativ)? \_\_\_\_\_ 888 ( ) Não se aplica

**81. Qual a frequência semanal da atividade realizada?**

1 Tempo por dia (mindia): \_\_\_\_\_ (minutos) 888 ( ) Não se aplica

2 Vezes por semana (vezsem) \_\_\_\_\_ 888 ( ) Não se aplica

**82. Patologias pregressas e atuais:**

1. Câncer de mama (camama) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

2. Câncer de útero (cautero) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

3. Câncer de colo de útero (cacolo) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

4. Outros tipos de câncer (cancer) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

5. Hipertensão Arterial Crônica (has) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

6. Diabetes Mellitus (dm) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

7. Portadora de Infecção pelo HIV (HIV) (hiv) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

8. Tuberculose (tb) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

9. Infecção do Trato Urinário (itu) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

10. Doenças Renais Crônicas (drc) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

11. Outra(s) (outpat) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não 12. Qual(is) (qpatpreg)? \_\_\_\_\_

13. Não apresenta doença (naoapre) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**IX - ANTECEDENTES FAMILIARES****83. História de patologias em familiares (pai e mãe):**

1. Câncer de mama (hcamama) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

2. Câncer de útero (hcautero) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

3. Câncer de colo de útero (hcacolo) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

4. Outros tipos de câncer (hcancer) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

5. Hipertensão Arterial Crônica (hhas) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

6. Diabetes Mellitus (hdm) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

7. Portadora de Infecção pelo HIV (HIV) (hhiv) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

8. Tuberculose (htb) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

9. Infecção do Trato Urinário (hitu) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

10. Doenças Renais Crônicas (hdrc) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

11. Outra(s) (houtpat) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não 12. Qual(is) (hpat)? \_\_\_\_\_

13. Não apresenta doença (hnaoapre) 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_

Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

# **ANEXOS**

**ANEXO A - Aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP****UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS**

Av. Transnordestina, S/N – Novo Horizonte - Módulo I – 44.036-900 – Feira de Santana-BA  
Fone: (75) 224-8124 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

Feira de Santana, 24 de novembro de 2009.  
O f. CEP-UEFS nº 265/2009.

Senhor(a) Pesquisador(a): Maura Maria Guimarães de Almeida

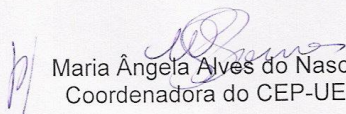
Tenho muita satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes ao seu Projeto de Pesquisa intitulado “**Fatores associados à adesão ao Papanicolau na Estratégia de Saúde da Família no município de Feira de Santana - BA**”, registrado sob **Protocolo N.º 120/2009 (CAAE 0127.0.059.000-09)**, satisfaz às exigências da *Res. 196/96*. Assim, seu projeto foi **Aprovado** podendo ser iniciada a coleta de dados com os sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c*, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano (**24/11/2010**) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,

  
Maria Ângela Alves do Nascimento  
Coordenadora do CEP-UEFS

**ANEXO B - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, BA, para a coleta de dados**

