MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO

# COBERTURA E ADEQUAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL E DO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NAS REGIÕES SUL E NORDESTE DO BRASIL

Michele da Silva Correa

Pelotas, 2012

**MICHELE DA SILVA CORREA**

# COBERTURA E ADEQUAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL E DO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NAS REGIÕES SUL E NORDESTE DO BRASIL

Dissertação apresentada ao programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.
Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Denise Silva da Silveira

Pelotas, 2012

**Folha de aprovação**

Autora: Michele da Silva Corrêa
Título: Cobertura e adequação da atenção pré-natal e do exame preventivo do câncer de colo do útero nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em:

_____
Drª Denise Silva da Silveira (Presidente)
Universidade Federal de Pelotas

_____
Drª Marilu Correa Soares(Titular)
Universidade Federal de Pelotas

_____
Dr ª Celene Maria Longo da Silva (Titular)
Universidade Federal de Pelotas

_____
Drª Elaine Thumé
(1ª Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

_____
Drª Maria Laura Vidal Carret
(2ª Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

**Agradecimentos**

A Deus pelo amparo nas horas dificeis, por me dar forças para superar as adversidades e mostrar o caminho certo a ser percorrido.

A minha filha Eduarda por entender os muito momentos de ausência e por se contetar com um beijo de boa noite quando almejava longas histórias.

Ao meu esposo Marcos acima de tudo por acreditar em mim, por me fazer entender que se eu quero eu posso.

A Maria por cuidar do meu anjinho enquanto eu estudava e por suas milagrosas orações.

A minha orientadora Denise pela “adoção”, companhia, dedicação, carinho, zelo e paciência em suas incansáveis explicações. Denise obrigada por estar sempre ao meu lado.

Ao Caco (Fernado Vinholes Siqueira) por estar sempre disposto a ajudar e por contribuições sempre pertinentes.

À minha família, pelo amor, apoio e paciência. Sem o apoio de vocês essa etapa não seria superada com tanto gosto.

À colega, amiga e companheira Carla por estar sempre ao meu lado, juntas formamos uma dupla “dinâmica”. Obrigada pela companhia e momentos de muita dedicação.

Ao pessoal do Departamento de Medicina Social pela atenção e disponibilidade durante esses dois anos.

A todos que de alguma maneira tiveram participação direta ou indireta neste estudo, o meu muito obrigado.

*"Se procurar bem você acaba encontrando.*
*Não a explicação (duvidosa) da vida,*
*Mas a poesia (inexplicável) da vida."*

*(Carlos Drummond de Andrade)*

## Resumo

**CORREA**, Michele da Silva. **Cobertura e adequação da atenção pré-natal e do exame preventivo do câncer de colo do útero nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.** 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A saúde da mulher é considerada como área de constante preocupação mundial no âmbito das políticas públicas de saúde. Os diferentes padrões de saúde das mulheres observados entre os países desenvolvidos e os subdesenvolvidos implicam em diferentes intervenções programáticas para reforçar as estratégias dos sistemas de saúde. Assim, as ações que envolvem a saúde da mulher devem contemplar a prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. Entre as ações de saúde direcionadas à mulher, a atenção pré-natal e o exame preventivo do câncer de colo do útero são as mais tradicionais e constituem-se como práticas que tem a capacidade de prevenir doenças e oportunizar o adequado diagnóstico e tratamento de intercorrências. Frente ao exposto, considerando a relevância do tema para as políticas públicas mundialmente voltadas à saúde da mulher, esse estudo busca conhecer a cobertura e adequação do pré-natal e do exame preventivo do câncer de colo do útero em mulheres de municípios com mais de 100 mil habitantes das regiões Sul e Nordeste do Brasil, na perspectiva da atenção básica de saúde. Destaco que nesse volume será apresentado apenas o estudo da cobertura e adequação do exame preventivo do colo do útero, ficando os resultados referentes ao pré-natal para posterior publicação. A investigação da cobertura e adequação do exame preventivo do câncer de colo uterino e fatores associados foi realizada através de um estudo transversal no ano de 2005, em uma amostra de 3939 mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos anteriores à realização da pesquisa. As mulheres residiam na área de abrangência de unidades básicas de saúde de 41 municípios, com mais de 100 mil habitantes, de sete estados do Brasil. Considerou-se exame citopatológico adequado quando realizado nos últimos três anos. A cobertura do exame foi de 75,3 %, não havendo diferença significativa entre as regiões. A prevalência de

adequação foi de 70,7% na amostra total, de 69,4%no Sul e de 71,8%; no Nordeste. A adequação do exame esteve positivamente associada com idade maior de 25 anos, maior escolaridade, realização de pré-natal na última gestação e ter consultado para exame ginecológico no último ano. Por outro lado a adequação foi menos freqüente entre as mulheres do estrato socioeconômico mais baixo e as primíparas. Os indicadores de cobertura e de adequação situaram-se abaixo dos parâmetros preconizados pela Organização Mundial de Saúde para o efetivo controle do câncer de colo uterino. Portanto, faz-se necessário fortalecer as ações preventivas ofertadas pelos serviços de saúde para os subgrupos de mulheres mais vulneráveis.

Palavras-chave: Pré-natal, Câncer de colo uterino, Cobertura, Adequação, Atenção Primária á Saúde.

## Abstract

### Coverage and adequacy of the prenatal care and do Pap test in the South and Northeast of Brazil.

Women's health is taken as a constant concern in the context of global public health policies. The different patterns of health of the woman observed between developed and developing countries imply in different programmatic interventions to strengthen health systems. Thus, actions that involve the health of women must include prevention, promotion, treatment and recovery of health of individuals and their families. Among the health actions directed to women, prenatal care and cervical cancer prevenction are the most traditionals and that have the ability to create best opportunities to prevent disease and the appropriate diagnosis and treatment of complications. Considering the relevance of the issue for public policy aimed at women's world health, this study seeks to know the coverage and adequacy of prenatal care and Pap test in women in cities with more than 100 thousand inhabitants of the South and Northeast regions of Brazil, in the perspective of primary health care. I emphasize that this volume will be displayed just the study of the coverage and adequacy of Pap test, leaving the results related to prenatal care for future publication. The investigation of the coverage and adequacy of Pap test and associated factors was carried out using a cross-sectional study in 2005 on a sample of 3939 women who had children in the last two years prior to the survey. Women living in areas covered by primary health care in 41 municipalities, with more than 100,000 people in seven states of Brazil. Pap test was considered adequate when performed in the last three years. The coverage of the examination was 75.3%, with no significant difference between regions. The prevalence of adequacy was 70.7% in the total sample, 69.4% in the South and 71.8%, in the Northeast. The adequacy of the Pap test was positively associated with age over 25 years, higher education, conducting pre-natal care in last pregnancy and have consulted for gynecological examination last year. On the other hand the adequacy was less frequently among

women of lower socioeconomic status and primiparous. The indicators of coverage and adequacy were below the parameters recommended by the World Health Organisation for the effective control of cervical cancer. Therefore, it is necessary to strengthen the preventive actions offered by the health services for vulnerable subgroups of women.

Keywords: Prenatal care, Uterine cervical cancer, Coverage, Adequacy, Primary Health Care.

## Lista de Quadros e Figuras


| | | |
|---|---|---|
| **Quadro 1** | Estudos epidemiológicos relevantes para a investigação da cobertura e adequação da atenção pré-natal. | Pg 25 |
| **Quadro 2** | Estudos epidemiológicos relevantes para a investigação cobertura e adequação do exame preventivo do câncer de colo uterino. | Pg 29 |
| **Quadro 3** | Cálculos de tamanho de amostra para o estudo da cobertura e adequação da atenção pré-natal e do exame preventivo do câncer de colo uterino. | Pg 37 |
| **Quadro 4** | Variáveis demográficas, socioeconômicas e reprodutivas a serem utilizadas no estudo. | Pg 38 |
| **Quadro 5** | Variáveis da atenção pré-natal e morbidades na última gestação. | Pg 38 |
| **Quadro 6** | Variáveis da prevenção do câncer de colo do útero. | Pg 39 |
| **Quadro 7** | Variável de contexto | Pg 39 |
| **Figura 1** | Modelo de análise para o estudo da adequação da atenção pré-natal nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. | Pg 47 |
| **Figura 2** | Modelo de análise para o estudo da adequação do exame preventivo do câncer de colo do útero nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. | Pg 48 |

## Lista de Abreviaturas e Siglas

| | |
|---|---|
| ABS | Atenção Básica à Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CP | Exame citopatológico de colo uterino |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| INCA | Instituto Nacional do Câncer |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PN | Pré-natal |
| PROESF | Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFPel | Universidade Federal de Pelotas |
| VDRL | Venereal Disease Research Laboratory |

## SUMÁRIO

**1 INTRODUÇÃO**..... 14

1.1 Delimitação do problema de pesquisa..... 15

1.1.1 Definição de Termos..... 16

1.2 Justificativa..... 17

**2 REFERENCIAL TEÓRICO** ..... 18

2.1 A atenção primária à saúde ..... 18

2.2 Saúde da mulher ..... 19

2.3 Atenção pré-natal ..... 20

2.4 Prevençào do câncer de colo uterino ..... 22

2.5 Estratégias de busca bibliográfica ..... 24

**3 OBJETIVOS** ..... 32

3.1 Objetivo geral ..... 32

3.2 Objetivos específicos..... 32

3.3 Hipóteses ..... 35

**4 METODOLOGIA** ..... 36

4.1 Delineamento ..... 36

4.2 População Alvo ..... 36

4.3 Amostragem ..... 36

4.4 Cálculo do tamanho da amostra ..... 37

4.5 Quadros de variáveis a serem utilizadas no estudo ..... 38

4.6 Definição dos desfechos ..... 39

4.7 Instrumento de coleta de dados ..... 40

4.8 Seleção e capacitação dos supervisores do estudo..... 40

4.9 Logistica ..... 41

4. 10 Estudo piloto ..... 44

4.11 Controle de qualidade ..... 44

4.12 Processamento de dados ..... 45

4.13 Análise de dados ..... 46

**5 ASPECTOS ÉTICOS ..... 49**

**6 CRONOGRAMA ..... 50**

**7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS ..... 51**

**8 FINANCIAMENTO..... 52**

**9 REFERÊNCIAS..... 53**

**10 RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.....** 62

**11 ARTIGO DA DISSERTAÇÃO..... 65**

**12 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 83**

**13 ANEXOS..... 84**

Anexo 1 – Questionário para coleta de dados das mulheres que tiveram filho nos últimos 2 anos..... 85

Anexo 2 – Carta de aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. 98

Anexo 3 – Carta de autorização do coordenador da pesquisa..... 99

Anexo 4 – Resumo do estudo “Cobertura e adequação do exame preventivo do câncer do colo do útero nas regiões Sul e Nordeste do Brasil” apresentado em congresso ..... 100

Anexo 5 – . Parecer do artigo submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem..... 101

Anexo 6 – Artigo 2 Composição das equipes de Centros de Atenção Psicosocial da região Sul do Brasil..... 102

# 1. INTRODUÇÃO

A saúde da mulher é considerada como área de constante preocupação mundial no âmbito das políticas públicas de saúde (CECATTI, 2005). Os padrões de saúde diferem muito entre os países desenvolvidos e os subdesenvolvidos, um exemplo é a taxa de mortalidade entre mulheres, que nos países desenvolvidos são baixas e a maioria ocorre após os 60 anos de idade, enquanto nos países subdesenvolvidos a população é em média mais jovem. Estes diferentes padrões implicam em diferentes intervenções programáticas para reforçar as estratégias dos sistemas de saúde (WHO, 2009).

As ações que envolvem a saúde da mulher devem contemplar a prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, eixos norteadores da atenção primária à saúde (APS) que desde 1978, com a Declaração de Alma-Ata, vem orientando às reformulações das políticas de saúde em todo o mundo e foi definida como principal estratégia para enfrentar e minimizar as iniquidades em saúde (ABRAHÃO, 2007; STARFIELD, 2002; WHO, 1978, 2008).

Entre as ações de saúde direcionadas à mulher, a atenção pré-natal e o exame preventivo do câncer de colo do útero são as mais tradicionais e constituem-se como práticas que tem a capacidade de prevenir doenças e oportunizar o adequado diagnóstico e tratamento de intercorrências (DIAS-DA-COSTA et al., 2003; DINKEVICH; OZUAH, 2002; INCA, 2011a; KILSZTAJN et al., 2003; MOSCICKI, 2008; WHO, 2006).

Nas últimas décadas, a saúde no Brasil passou por grandes mudanças na organização e oferta de serviços de saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). No SUS, a Atenção Primária em Saúde (APS), mais frequentemente denominada como Atenção Básica em Saúde (ABS), tem recebido destaque internacional através da implantação de programas estratégicos como o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF), ambos como objetivo de reorientar o modelo assistêncial (BRASIL, 2006; CAMPOS, 2005; CANESQUI; SPINELLI, 2006; CONIL, 2002; COSTA et al., 2009; LUCENA, et al., 2006; OPAS, 2006). Porém, para que este objetivo seja alcançado é necessário avaliar as ações de saúde produzidas .

No contexto da antenção pré-natal, estudos observacionais têm demonstrado melhores resultados na gradidez entre mulheres que recebem algum tipo de cuidado durante a gestação. No entanto, a qualidade da atenção varia de acordo com o status socioeconômico e etnia, tanto em paises ricos como em países pobres (VICTORA et al., 2010; VILLAR, 2008). Entre os índices de adequação para a investigação desta qualidade, os mais empregados consideram a combinação do inicio do pré-natal com o número de consultas realizadas (COUTINHO et al., 2006; SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001; VICTORA et al., 2010). Em se tratando da prevenção do câncer de colo uterino, o critério de adequação mais empregado considera a realização de pelo menos um exame citopatológico de colo uterino nos últimos três anos (DAY, 1986; INCA, 2011a; LEAL et al., 2005; QUADROS, 2004).

Frente ao exposto, considerando a relevância do tema para as políticas públicas mundialmente voltadas à saúde da mulher, esse estudo busca conhecer a cobertura e adequação do pré-natal e do exame preventivo do câncer de colo do útero em mulheres de municípios com mais de 100 mil habitantes das regiões Sul e Nordeste do Brasil, na perspectiva da atenção básica de saúde.

## 1.1 Delimitação do problema de pesquisa

O presente estudo tem como problema de pesquisa responder ao seguinte questionamento:

- Qual a cobertura e adequação da atenção pré-natal e do exame preventivo do câncer de colo do útero em mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos, residentes em áreas de abrangência de UBS das regiões Sul e Nordeste do Brasil?

### 1.1.1 Definição de Termos

Para melhor compreensão do texto apresentamos à seguir a definição dos termos utilizados ao longo deste projeto:

Adequação - suprimento qualificado de serviços e ações de saúde de acordo com julgamentos esperados apartir de critérios e indicadores em comparação com parâmetros ou padrões (SAMICO et al, 2010).

Atenção pré-natal - é o conjunto de cuidados e intervenções que uma mulher grávida recebe dos serviços de saúde com a finalidade de prevenir ou identificar e

tratar doenças que podem ameaçar a saúde do feto / recém-nascido e / ou a mãe (WHO, 2006).

Atenção Primária à Saúde – é a porta de entrada do serviço de saúde, responsável por fornecer atenção sobre o invividuo em todas as duas necessidades, problemas ou condições de saúde (STARFIELD, 2002).

Cobertura – designa a medida de quanto um serviço colocado à disposição da população, realmente cobre as necessidades potenciais desta população (PEREIRA, 2001).

Exame Preventivo do Câncer de Colo Uterino – estratégia de prevenção secundária ao câncer de colo do útero com o objetivo de detectar precocemente lesões de colo uterino antes de se tornarem invasivas, é realizado com técnicas de *screening* como a colpocitologia oncológica ou teste de Papanicolau. Esse procedimento consiste na coleta de células do colo do útero por esfoliação e posterior análise microscópica (INCA, 2011a; PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003).

VDRL - *venereal disease research laboratory* - é o teste sorológico de triagem para detecção da sífilis na gestante e deve ser realizado no primeiro e terceiro trimestre da gestação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

## 1.2 Justificativa

As mulheres são maioria da população mundial, e no Brasil representam aproximadamente 51% da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Comparativamente aos homens, as mulheres, tem menor escolaridade, menor probabilidade de ter um emprego remunerado e, quando o têm, seus rendimentos são menores que os dos homens, vivem mais (em média de seis a oito anos), porém adoecem com maior frequência (UN MILLENNIUM PROJECT, 2005; WHO, 2009; 2010).

Entre as principais causas de óbito feminino estão às neoplasias, em especial as de mama e colo uterino (INCA, 2011b). Apesar de não constar entre as principais causas de óbito, a mortalidade materna no Brasil também é bastante elevada, situando-se em 77,0 óbitos por 100 mil nascidos vivos no ano de 2009 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Este é um dado alarmante tendo em vista que a gestação e o parto são eventos fisiológicos e as principais complicações associadas a este período são por causas passíveis de prevenção (WHO, 2006).

O perfil de morbimortalidade e o potencial impacto da prevenção na saúde das populações dão sustentabilidade e justificam a realização do presente estudo, Os resultados obtidos poderão contribuir para a melhoria de tais práticas preventivas direcionadas a saúde da mulher no ambito da APS.

# 2. REFERENCIAL TEÓRICO

A regulamentação do SUS, através das Leis 8080/90 e 8142/90, estabelece princípios e direciona a implantação de sistema de atenção à saúde que priorize a universalidade, integralidade da atenção e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora em sua organização o principio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (BRASIL, 1990a, 1990b). No entanto, para a maioria dos municípios brasileiros a estruturação da rede de serviços básicos em saúde ainda representa um grande desafio (FACCHINI et al., 2006a).

## 2.1 A Atenção Primária à Saúde

O termo Atenção Primária à Saúde foi registrado pela primeira vez em 1920 no Relatório Dawson no qual se estabelecia a hierarquização e regionalização dos serviços de saúde no Reino Unido (LORD DAWSON, 1920). Contudo, tal advento só começou a ser implementado 50 anos depois em meio à guerra fria, culminado na Conferência de Alma-Ata em 1978 onde a APS edificou-se como um princípio para todos os sistemas de saúde do mundo (CONIL, 2008; FACCHINI; GARCIA, 2008; STARFIELD, 2002; WHO, 1978).

Nesta direção, Starfield (2002) descreve a APS como porta de entrada preferencial do serviço, para todas as necessidades e problemas, pois fornece atenção sobre o individuo (não direcionada para a enfermidade) e para todas as condições de saúde, exceto as muito incomuns ou raras. A APS vem sendo utilizada por vários países, inclusive pelo Brasil, com o objetivo de contribuir para organização dos sistemas locais e ainda reordenar o modelo assistencial (CAMPOS, 2005; CANESQUI ; SPINELLI, 2006; CONIL, 2002, 2008; COSTA et al., 2009; LUCENA et al., 2006; OPAS, 2006).

No cenário nacional, a reorganização do modelo assistencial se dá no final da década de 80, com o movimento da reforma constituinte que atinge seu ápice em 1988 com a Carta Constitucional, a qual estabelece a criação do SUS, onde a saúde é um direito de todo cidadão brasileiro e dever do estado (BRASIL, 1990a).

Em meio a tais transformações, no ano de 1991, surge o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com uma visão ativa de intervenção em

saúde, onde a família é vista como unidade do cuidado e é introduzida a noção de cobertura (VIANA; DAL POZ, 2005). Diante dos resultados positivos alcançados pelo PACS, no ano de 1994, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), o Ministério da Saúde (MS) propões a reorganização do modelo assistencial ao transpor a visão fragmentada do ser humano para uma compreensão integral nas dimensões individual, familiar e coletiva (ABRAHÃO, 2007; MARQUES; SILVA, 2004; CANESQUI E SPINELLI, 2006; COSTA et al, 2009). O PSF constitui-se como porta de entrada do atendimento e também como eixo articulador do sistema de saúde, favorecendo uma maior aproximação dos serviços à sociedade civil e promovendo sua participação efetiva na perspectiva de melhorar sua qualidade de vida.

No ano de 2006, com o intuito de enfrentar novos desafios e contribuir com mudanças efetivas na saúde, o PSF começa a ser trabalhado como uma estratégia e passa a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF propõe a reorganização do atendimento primário com ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e doenças, resolutividade na assistência e recuperação onde a qualidade do atendimento é um dos horizontes imediatos (CANESQUI E SPINELLI, 2006; COSTA et al, 2009).

## 2.2 Saúde da mulher

A saúde da mulher tem sido uma preocupação para as autoridades em todo o mundo (WHO, 2009, 2010; UM MILLENNIUM PROJECT, 2005). Em recente publicação, a Organização Mundial da Saúde declarou a saúde da mulher como uma prioridade urgente e enfatiza que a maior parte das mulheres no mundo vive em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (WHO, 2009).

No Brasil, a atenção à saúde da mulher vem sendo construída a partir de sucessivas políticas públicas de saúde, iniciando na década de 30, com um enfoque materno-infantil que limitava a saúde da mulher ao seu papel de mãe e as intervenções biológicas de tal evento, mantendo-se assim até a década de 70 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a). No inicio da década de 80, a saúde da mulher começa ser discutida no âmbito nacional com vistas a sua totalidade, chegando em 1984 à elaboração do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que identifica a necessidade de organizar ações e serviços para as mulheres através

de uma abordagem ampliada, que a ampare nos seus distintos ciclos de vida, (COSTA, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984).

Concomitante a isso ocorria no país o movimento da reforma constiuinte e a implantação do SUS com a inserção da saúde no texto constucional, que passa a ser reconhecida como direito da população e dever do estado. Este tem o compromisso de garantir os princípios do SUS a partir da descentralização da gestão entre união, estados e municípios Sendo assim a partir da década de 90 o PAISM incorpora as características da nova politica de saúde vigente no país (BRASIL, 1990a, 1990b; COSTA, 2004).

Dando seguimento aos avanços no âmbito da saúde no ano de 2007, é elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que tem como diretriz a atenção integral à saúde da mulher em todos os ciclos da vida, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades da população feminina e o controle das patologias mais prevalentes a esse grupo, respeitando as diferentes faixas etárias. Assim, estabele uma atenção integral que compreende a mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

### 2.3 Atenção pré-natal

A atenção pré-natal é o acompanhamento da mulher durante a gestação, possibilita o diagnóstico e tratamento de inúmeras complicações e auxilia na redução ou eliminação de fatores e comportamentos de risco passíveis de serem corrigidos (KILSZTAJN, 2003; LIMWATTANANON et al., 2010; SANTOS et al, 2000; WHO, 2006). Porém, somente realizar o pré-natal não garante uma assistência de qualidade que é fundamental para a redução da mortalidade materna e perinatal (CALDERON; CECATTI; VEGA, 2006; KOFFMAN; BONADIO, 2005; SERRUYA et al., 2004; VICTORA et al., 2010). O pré-natal está entre as ações programáticas mais ofertadas por serviços básicos de saúde, principalmente no Programa de Saúde da Família (FACCHINI et al, 2006a; PICCINI et al., 2007).

É consenso mundial a recomendação de iniciar o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre da gestação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; VILLAR; BERGSJØ, 2003). De acordo com o Ministério da Saúde (2006), o protocolo que

regulamenta o atendimento ao pré-natal de baixo risco no Brasil estabelece a captação precoce da gestante; a realização de no mínimo seis consultas, de exame clínico das mamas e do exame citopatológico de colo uterino; a verificação de pressão arterial e peso em todas as consultas; e a solicitação periódica de exames laboratoriais (dosagem de hemoglobina e hematócrito, VDRL, anti-HIV, glicemia de jejum, sorologia para hepatite B e toxoplasmose e urinálise). Consta também a realização da imunização antitetânica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No que tange a cobertura do pré-natal, estudos internacionais mostram ela difere muito entre países ricos e pobres variando de 80% nos ricos e 30% para o mais pobres (HOUWELING et al, 2007; HOSSEINPOOR et al, 2011). Em relação ao Brasil, a cobertura de pelo menos uma consulta pré-natal é praticamente universal alcançando, em média, 98% dos nascidos vivos (SINASC, 2009). No entanto, o emprego de indicadores de adequação das ações ofertadas tem sido amplamente utilizado para fins avaliativos. A maior parte dos indicadores são quantitativos e utilizam a combinação da idade gestacional do inicio do pré-natal e número de consultas realizadas, associadas ou não a procedimentos da rotina pré-natal como por exemplo a realização de um número mínimo de exames laboratoriais, da vacina antitetânica e suplementação vitamínica (COUTINHO et al., 2003, 2010; LUNET et al., 2008; SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001; CESAR ET AL. 2008; VICTORA et al., 2010).

Em Portugal, Lunet et al (2008) incluiram a suplementação vitamínica e minenal ao número de atendimentos e início precoce das consultas do pre-natal, encontrando 56,5 % de adequação do pré-natal (LUNET et al., 2008). Um estudo realizado em Juiz de Fora em 2003, que considerou acompanhamento pré-natal adequado ter iníciado no primeiro trimestre da gestação e a realização de no mínimo 6 consultas obteve apenas 27% de adequação. Quando foram acrescidos exames laboratoriais básicos ao critério inicial, a adequação foi encontrada em apenas 1,9% dos casos (COUTINHO et al, 2006). No Maranhão, um estudo com 2.075 mulheres em idade fértil no ano de 2009 encontrou 43,4% de pré-natal adequado: iniciar pré-natal no primeiro trimestre e realizar seis consultas (COSTA et al., 2010). Gonçalves et al. (2010) em Rio Grande, sul do Brasil, encontraram pouco mais de um quarto de pré-natal considerado adequado: primeira consulta realizada no primeiro trimestre, fazer seis ou mais consultas de pré-natal, realizar dois conjuntos de exames

laboratoriais e quatro procedimentos clínicos, recebimento de suplementação com ferro e imunização contra tétano neonatal em dia (GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009).

## 2.4 Prevenção do câncer de colo uterino

O câncer do colo do útero é um problema de saúde pública em várias regiões do mundo com aproximadamente 500 mil casos novos em 2008. No Brasil é o terceiro tipo de câncer mais frequente no sexo feminino, sendo responsável pelo óbito de aproximadamente 230 mil mulheres por ano (INCA, 2011b).

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo do útero podemos citar como o principal fator de risco a infecção pelo Papiloma Vírus Humana (HPV). A literatura apresenta outros fatores de risco como a idade (a partir de 20 a 29 anos), inicio precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, tabagismo, baixa condição socioeconômica, imunossupressão, uso prolongado de contraceptivos orais e a higiene íntima inadequada (INCA, 2011a, 2011b; DAVIM et al, 2005).

O câncer do colo uterino pode ser prevenido, se for detectado precocemente. Podemos classificar a prevenção ao câncer de colo uterino como prevenção secundária, pois consiste no diagnóstico precoce de lesões no colo uterino antes de se tornarem invasivas, a partir de técnicas de rastreamento ou *screening.* Dentre as técnicas de detecção a colpocitologia oncológica ou teste de Papanicolau é considerado o mais efetivo e eficiente a ser aplicado coletivamente em programas de rastreamento (PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003; MOSCICKI, 2009; OLIVEIRA; PINTO, 2007). A literatura destaca ainda que o câncer de colo uterino pode ter cura desde que seja detectado precocemente e que as mulherres tenham boas condições de vida e saúde para o enfrentamento da doença (MOURA et al, 2010).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) organizou no ano de 2002 o primeiro consenso para prevenção e controle do câncer do colo do útero a partir de acordos internacionais firmados principalmente entre Canadá e Estados Unidos. Atualmente se estabelece que: o rastreamento com o teste de Papanicolau deve ser ofertado a mulheres a partir do início da vida sexual em qualquer idade, mas prioritariamente

para mulheres de 25 a 64 anos de idade, com periodicidade anual entre os dois primeiros exames e, se os resultados forem negativos, a cada três anos (INCA, 2011a).

A Organização Mundial da Saúde estabelece que a cobertura do exame citopatológico deve alcançar 80% da população feminina para que se obtenha impacto epidemiológico na frequência e distribuição do câncer de colo uterino (WHO, 1998). Contudo, estudos mostram que tal cobertura ainda não atingiu o percentual recomendado (ALBUQUERQUE et al, 2009; CALDEIRA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2010; DIAS DA COSTA et al, 2003; GAKIDOU et al, 2008; PINHO et al, 2003; VRDOLJAK-MOZETI et al., 2010).

Pinho e França-Junior (2003) realizaram um estudo de revisão sobre a cobertura do teste em países da América da Norte, América Latina e Europa e encontraram discrepância nos resultados. Nos Estados Unidos e Canadá a prevalência na realização do teste alguma vez na vida variou de 13% a 97%. Já na Itália esta prevalência foi de 53%, na Inglaterra de 77% e, em países latinos como o México, a prevalência foi de apenas 30%. Entre as brasileiras, a prevalência encontrada foi de 68,9% na faixa etária dos 15 aos 49 anos de idade (PINHO, FRANÇA-JUNIOR, 2003).

Em um inquérito domiciliar de 16 cidades brasileiras (Belém, Manaus, Aracaju, Fortaleza, João Pessoa, Natal, Recife, Campo Grande, Distrito Federal, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Vitória, Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre), o percentual de mulheres que se submeteram ao exame citopatológico de colo uterino variou de 73,4% em João Pessoa a 92,9% em Vitória. Em São Luiz, 82,4% das mulheres de 25 a 49 anos realizaram o teste pelo menos uma vez na vida (OLIVEIRA et al, 2006).

Para adequação do exame citopatólogico, o indicador que tem sido mais empregado considera a realização de pelo menos um exame citopatológico nos últimos três anos (DAY, 1986; INCA, 2011a; LEAL et al., 2005; QUADROS et al, 2004). Szwarcwald et al. (2006) encontrou que 89% a 93% da amostra de mulheres estudas no estado do Rio de Janeiro havia realizado o exame com esta periodicidade (SZWARCWALD et al., 2006). Na cidade de Pelotas a cobertura de

realização do citopatológico nos últimos três anos foi de 72,2% em 2003 e de 68,8% em 2004 (DIAS-DA-COSTA et al, 2003; QUADROS et al., 2004).

## 2.5 Estratégias de busca bibliográfica

A revisão da literatura foi realizada com objetivo de encontrar trabalhos científicos sobre a prevenção em saúde da mulher especificamente quanto ao cuidado pré-natal e à prevenção do câncer de colo uterino.

As estratégias de busca utilizadas foram consulta em bases de dados eletrônicas, busca manual em periódicos indexados e leitura de dissertações e teses disponibilizadas através da Internet. Procedeu-se ainda a busca específica por títulos e autores a partir da lista de referências dos periódicos selecionados.

Foram rastreados estudos nos quais a cobertura e a adequação da atenção pré-natal e do exame preventivo do colo uterino foram as variáveis de interesse entre os anos de 2000 a 2010 no Brasil e no exterior. Os critérios para a classificação da adequação não foram definidos antecipadamente, principalmente por não existir um padrão de consenso, especialmente em se tratando do pré-natal. Portanto, todas as definições propostas pelos investigadores foram consideradas.

As bases de dados empregadas para rastreamento dos artigos foram BIREME, portal de revistas on-line Scielo, Pubmed / Medline e Lilacs, utilizando a combinação de descritores "*antenatal Care*", "*prenatal care*", "*uterine cervical cancer*", "*uterine cervical cancer prevention*", "*coverage*", "*screening*", "*prevention*", "*pap test*" "*pap smears*", "*adequacy*" e "*quality*"em língua inglesa, e seus respectivos correspondentes na língua portuguesa. Procedeu-se um primeiro rastreamento incluindo apenas a combinação das palavras-chave duas a duas. A seguir buscou-se identificar as duplicatas de resumos, excluir as referências de artigos sem resumo disponível e aqueles não especificamente relacionados ao tema de interesse

Utilizou-se como limites a escolha de artigos com resumos, estudos em humanos, sendo selecionados artigos clínicos, meta-análise, *guideline* prático, revisões, bibliografias, estudos comparativos, estudos de avaliação, artigos

históricos, artigos de jornais, estudos multicêntricos, estudos validados, nos idiomas: português, espanhol e inglês.

Os estudos epidemiológicos considerados relevantes para o presente estudo estão listados nos Quadros 1 e 2 a seguir.

**Quadro 1. Estudos epidemiológicos relevantes para a investigação da cobertura e adequação da atenção pré-natal.**

| Atenção Pré-natal (PN) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Autor/ Ano/ Estudo** | **Local** | **Amostra** | **Delineamento** | **Principais resultados** |
| SANTOS et al, 2000. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas-RS. | Brasil | 401 puérperas | Transversal | – O cuidado PN possibilita identificar fatores de risco, bem como diagnosticar possíveis complicações.<br>– Uma assistência PN adequada é fundamental para obtenção de bons resultados da gestação.<br>– Cobertura PN de 95%, sendo que 53,7% realizou entre 6 e 10 consultas e 71% relatou ter iniciado o PN no primeiro trimestre. |
| SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001. Atenção pré-natal na rede básica: avaliação da estrutura e do processo. | Brasil | 839 registros de pré-natal | Transversal | – Média de consultas: 5,3.<br>– Início do PN no 1° trimestre: 46%.<br>– PN adequado: 31% (n° de consultas, idade gestacional da 1°consulta e realização de exames laboratoriais). |
| VICTORA, 2001. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil e materna no Brasil. | Brasil | 192 artigos científicos | Revisão sistematizada | – Em nível nacional: cobertura e nível médio de consultas pré-natal elevados. |
| GAMA et al, 2002 Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. | Brasil | 3508 puérperas | Transversal | – Maior % de mães sem consulta PN na faixa etária de 20-34 anos. |
| TREVISAN et al, 2002. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. | Brasil | 702 puérperas | Tranversal | – A cobertura PN foi de 95,4%.<br>– Media de consultas no pré-natal foi de 6,2.<br>– 34,7% iniciaram PN no primeiro trimestre. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| KILSZTAJN et al, 2003 Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no estado de São Paulo, 2003. | Brasil | 683637 nascidos vivos entre janeiro 2000 e junho de 2001 no estado de SP | Trasversal | – A assistência PN permite o diagnóstico e tratamento de inúmeras complicações durante a gestação e a redução ou eliminação de fatores e comportamentos de risco corrigíveis.<br>– Observou-se redução na prevalência de baixo peso ao nascer com o aumento do numero de consultas.<br>– Prevalencia de baixo peso ao nascer 21,1% para grupo de 0 a 3 consultas e de 7,8% para grupo com 7 ou mais consultas. |
| ELIZONDO et al., 2003. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana | México | 403 mulheres | Transversal | – Média de consultas no pré-natal: 6,2.<br>– Início no primeiro trimestre: 48,6%.<br>– Realizaram pelo menos um exame VDRL: 71,6%. |
| SERRUYA et al, 2004 O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento | Brasil | 2.505.350 partos e 10.000.785 Consultas | Revisão | – A taxa de captação precoce das mulheres de área rural foi 45,7% e a urbana de 72,7%.<br>– As Regiões Nordeste e Norte apresentaram as menores taxas, de 51,9% e 55,7%, respectivamente. |
| RIBEIRO et al, 2004. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. | Brasil | 203 gestantes | Transversal | – 91% das gestantes realizaram de 4 a 6 consultas de pré-natal. |
| KOFFMAN & BONADIO, 2005 Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo | Brasil | 635 prontuários de pré-natal | Transversal | – A assistência PN de qualidade é fundamental para a redução da mortalidade materna e perinatal.<br>– Média de consultas foi de 6,5.<br>– 19,7% iniciaram o PN no 1° trimestre.<br>– 57,2% iniciaram PN no 2° trimestre. |
| FACCHINI et al, 2006 Desempenho do PSF no Sul e Nordeste do Brasil: Avaliação institucional e epidemiológica da ABS | Brasil | 3945 mulheres | Transversal | – O PN e a puericultura estão entre as ações programáticas mais ofertadas por serviços básicos, principalmente no PSF.<br>– Cobertura PN foi de 98%.<br>– 30% iniciaram o PN até a 12 semana. |
| COUTINHO et al, 2006 Adequação do processo de Assistência pré-natal entre usuárias do SUS em Juiz de Fora- MG | Brasil | 370 cartões de gestante | Transversal | – Cobertura do pré-natal: 99%.<br>– 6,4 consultas em média.<br>– 17,4 semanas no ínicio do PN.<br>– 29,7% iniciaram o PN no 1° trimestre. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| SZWARCWALD et al, 2006. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. | Brasil | 1871 mulheres | Transversal | – Cobertura PN de 6 ou mais consultas: 80% a 95%. |
| SPINDOLA; PENNA; PROGIANTI, 2006. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. | Brasil | 118 mulheres | Transversal | – 23,7% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação.<br>– A prevenção de complicações obstétricas e as ações educativas desenvolvidas no pré-natal são essenciais para o acompanhamento e orientação da mulher no ciclo gravídico-puerpera. |
| MALFATTI et al, 2006. Perfil das gestantes cadastradas nas equipes de saúde da família da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. | Brasil | 184 mulheres | Transversal | – 68,4% das gestantes iniciaram pré-natal no 1° trimestre.<br>– 78,2 % das gestantes realizaram pré-natal. |
| PICCINI et al 2007. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em UBS do Sul e Nordeste do Brasil | Brasil | 4078 mulheres | Transversal | – O Pré-natal é a ação programática mais ofertada na ABS, mas é pouco efetivo em ações individuais e coletivas. |
| VILLAR et al, 2008. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo. | Reino Unido | 10 estudos: 60000 mulheres | Revisão sistemática | – Intervenções eficazes podem ser realizadas com um número menor de consultas que atualmente é recomendado, sem que isso cause um aumento nos riscos de resultados adverso;<br>– O autor sugere uma redução para duas consultas. |
| LUNET et al., 2008. Adequacy of prenatal care as a major determinant of folic acid, iron, and vitamin intake during pregnancy. | Portugal | 836 mulheres | Transversal aninhado em estudo de caso-controle | – APNCU index com número de consultas de acordo com protocolo local.<br>– Atendimento inadequado foi definido como início do atendimento após o quarto mês de gestação ou com menos de 50% das visitas recomendadas<br>– 56,5 % PN adequado. |
| CESAR et al., 2008. The use of maternal and child health services in three population-based cohorts in Southern Brazil, 1982-2004. | Brasil | 6,011 nascimentos de 1982 5,304 de 1993 e 4,287 in 2004 | Coorte | – Cobertura pré-natal de 95,1% em 1982 e de 98,1% em 2004.<br>– Média de consultas no pré-natal: 6,7 em 1982 e 8,1 em 2004.<br>– Início do pré-natal após o 5º mês: 14,8% em 1982 e 7,0% em 2004. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| GONÇALVES et al., 2009<br>Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. | Brasil | 2557 puérperas | Transversal | – 73,5% das gestantes iniciaram o pré-natal no 1° trimestre da gestação;<br>– 25,3% realizaram dois exames VDRL. |
| LIMWATTANANON et al., 2009. Equity in maternal and child health in Thailand. | Tailândia | 3365 mulheres | Transversal | – Mulheres mais ricas tiveram maior probabilidade de receber cuidador pré-natal. |
| MINUCI, ALMEIDA, 2009.<br>Diferenciais intra-urbanos de peso ao nascer no município de São Paulo. | Brasil | 368.980 nascidos vivos | Transversal | – Observou-se redução estatisticamente significante da adequação do pré-natal com o aumento da vulnerabilidade para todas as categorias de pré-natal consideradas: 84,7% para o menor nível de vulnerabilidade e 50,0% para o maior. |
| ALVAREZ et al, 2010. Cumplimento de las actividades de promoción y prevención em el control prenatal em uma entidade de 1° nível, Manizales, años 2005-2007. | Colombia | 1245 prontuários de gestantes | Transversal | – Cobertura de pré-natal na Colombia é de 62%. |
| CALDEIRA et al., 2010. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de atenção primária. | Brasil | 599 mulheres | Transversal | – 6 ou + consultas de pré-natal: de 78,3% na ESF e de 73,5% nas demais UBS.<br>– 1° consulta de pré-natal no 1° trimestre: 69% ESF e 66% nas demais UBS. |
| COSTA et al., 2010. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. | Brasil | 2075 mulheres em idade fértil | Transversal | – Cobertura pré-natal de 85,6%<br>– Adequação do pré-natal: 43,4%. |
| COUTINHO et al., 2010. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. | Brasil | 370 cartões de pré-natal em 2002 e 1200 em 2004 | Tranversal | – Cobertura pré-natal de 99,0% em 2004.<br>– Média de consultas pré-natal: 6,4 em 2002 e 7,2 em 2004.<br>– Melhoria significativa da adequação do pré-natal. |
| MELO, MATHIAS, 2010. Spatial Distribution and Self-Correlation of Mother and Child Health Indicators in the State of Parana, Brazil | Brasil | 147207 nascimentos | Ecológico | – Cobertura pré-natal mais baixa em regios com indicadores socioeconômicos desfavoráveis e baixo níveil de desenvolvimento. |

**Quadro 2. Estudos epidemiológicos relevantes para a investigação da cobertura e adequação do exame preventivo do câncer de colo uterino.**

| Prevenção do Câncer do Colo Uterino | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Autor/ Ano/ Estudo** | **Local** | **Amostra** | **Delineamento** | **Principais resultados** |
| BENIA; TELLHEA, 2000. Estudio de los factores de riesgo para cancer de mama y cuello uterino em mujeres usuárias de três policlínicas barriales de Montevideo. | Uruguai | 152 mulheres | Transversal | – 40% das mulheres realizou exame de Papanicolau no último ano. |
| FERNANDES; NARCHI, 2002. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre exames de detecção precoce do câncer cérvico uterino e mama. | Brasil | 49 gestantes | Transversal | – 64% realizou Citopatológico a um ano ou menos.<br>– 8% nunca realizou o exame.<br>– 10% realizaram há 2 ou 3 anos atrás. |
| DIAS DA COSTA et al, 2003. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil | Brasil | 1122 mulheres de 20 a 69 anos de idade | Transversal | – 72% de cobertura do exame preventivo do câncer de colo uterino;<br>– 11% nunca realizaram o exame. |
| CESAR et al, 2003 Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil | Brasil | 1302 mulheres em idade fértil | Transversal | – Taxa de não realização de exame citopatológico: 57%. |
| PINHO et al, 2003. Cobertura e motivos para realização ou não do teste de Papanicolau no município de São Paulo. | Brasil | 1050 mulheres | Transversal | – 83,6% realizou o exame pelo menos uma vez na vida.<br>– 65,5% realizaram-no entre 1 e 3 anos.<br>– 77,3% realizou nos últimos 3 anos. |
| DAVIM et al, 2005 Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/ RN sobre o exame Papanicolau | Brasil | 120 mulheres | Transversal | – O principal fator de risco para desenvolver Ca do colo do útero é a infecção pelo HPV;<br>– As mulheres conhecem a importância do exame e a maioria o realiza anualmente.<br>– 60% da mulheres realiza CP anualmente. |
| SZWARCWALD et al, 2006 Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional | Brasil | 1871 mulheres | Transversal | – Realização de exame preventivo de colo uterino em mulheres de 18 a 69 anos nos últimos 3 anos: 89% a 93%. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| HACKENHAAR et al, 2006<br>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. | Brasil | 1404 mulheres | Transversal | – Realização de exame preventivo de colo uterino em mulheres de 18 a 69 anos nos últimos 3 anos: 83%. |
| SANTOS et al, 2007.<br>Alterações cérvico-uterinas em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde no município de Campinas- SP. | Brasil | 433 prontuários de mulheres com exame citopatológico alterado no ano de 2004 | Transversal | – 14% das mulheres da área de abrangência realizaram exame citopatológico. |
| DOMINGOS et al, 2007.<br>Câncer do colo do útero: comportamento preventivo do auto-cuidado à saúde. | Brasil | 116 mulheres | Transversal | – 46,6% realizou citopatológico anualmente.<br>– 12,1% nunca realizou o exame. |
| GAKIDOU et al, 2008<br>Coverage of Cervical Cancer Screening in 57 Countries: Low Average Levels and Large Inequalities. | EUA | 30 países em desenvolvimento | Transversal | – Cobertura 60%;<br>– Cobertura efetiva de 40% |
| BOTTARI; VASCONCELLOS; MENDONÇA, 2008.<br>Câncer cervico uterino como condição marcadora. Uma proposta de avaliação da atenção básica. | Brasil | 1 municipio | Estudo de caso | - 88,3% das mulheres consultaram nos últimos 3 anos e destas 93,3% realizaram exame citopatológico. |
| MELO et al, 2009.<br>Alterações citopatológicas e fatores de risco para ocorrência do câncer de colo uterino. | Brasil | 7443 mulheres de 25 a 59 anos | Transversal | - Cobertura de realização de exame citopatológico nos anos, podendo-se observar queda na cobertura do exame.<br>– 2001: 16,2%<br>– 2002: 17,3%<br>– 2003: 8,2%<br>– 2004: 7,7%<br>– 2005: 8,4%<br>– 2006: 7,6% |
| ALBUQUERQUE et al., 2009.<br>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. | Brasil | 258 mulherres de 18 a 69 anos | Transversal | - Cobertura de papanicolaou de 58,7%.<br>- Viver sem companheiro, não ter dado à luz e não ter realizado consulta médica no último ano mostraram associação com a não-realização do teste. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| VRDOLJAK-MOZETI et al., 2010. Cervical Cancer Screening Programme in Primorsko-Goranska County, Croatia – The Results of the Pilot Study | Croácia | 6000 | Transversal | - 71% realizou exame citopatológico nos últimos 2 anos. |
| BIM et al, 2010. Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. | Brasil | 885 mulheres a aprtir de 18 anos | Transversal | - Cobertura de 80% de realização na vida.<br>- Maior prevalência de realização na faixa etária de 29 a 38 anos e entre as mulheres de nível socioeconômico mais elevado. |
| CALDEIRA et al., 2010. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de atenção primária. | Brasil | 595 mulheres | Transversal | Realização de exame citopatológico no último ano: 63,3% na ESF e 54% nas demais UBS. |
| CIRINO et al. 2010. conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e hpv em adolescentes. | Brasil | 134 adolescentes entre 14 e 19 anos | Transversal | - 50,0% das adoelscentes haviam realizado exame citopatológico de colo uterino. |
| GONÇALVES et al. 2011. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. | Brasil | 445 | Transversal | – 56,6% realizaram CP alguma vez na vida.<br>– 95,3% referiram conhecer o exame. |

# 3 OBJETIVOS

## 3.1 Objetivo Geral

Analisar a cobertura e adequação da atenção pré-natal e do exame preventivo do câncer de colo uterino em mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos anteriores à realização do estudo, residentes em áreas de abrangência de UBS em duas regiões do Brasil.

## 3.2 Objetivos Específicos

### 3.2.1 Objetivos específicos para avaliar o cuidado pré-natal

Descrever a amostra de mulheres em termos demográficos, socioeconômicos, reprodutivos, do cuidado pré-natal e das morbidades na última gestação quanto a:

- Idade;
- Cor da pele;
- Escolaridade;
- Nível socioeconômico;
- Número de gestações;
- Número de filhos nascidos;
- Idade gestacional de início do pré-natal;
- Número de consultas realizadas no pré-natal;
- Realização de exames laboratoriais da rotina do pré-natal;
- Realização de vacina antitetânica;
- Ocorrência de morbidades clínicas durante o pré-natal.

Descrever a cobertura e adequação do exame preventivo do câncer de colo uterino em relação à região.

Avaliar a associação da adequação do exame preventivo do câncer de colo uterino em relação a variáveis independentes:

- Idade;
- Cor da pele;

- Escolaridade;
- Nível socioeconômico;
- Número de gestações;
- Número de filhos nascidos;
- Utilização da UBS da área de brangência para pré-natal.
- Morbidades referidas na última gestação;
- Modelo de atenção.

### 3.2.2 Objetivos Específicos para avaliar a realização do exame preventivo do câncer do colo do útero

Descrever a amostra em termos demográficos, socioeconômicos, reprodutivos,e de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero quanto a:

- Idade;
- Cor da pele;
- Escolaridade;
- Nível socioeconômico;
- Número de gestações;
- Realização de pré-natal na última gestação;
- Consulta na UBS da área de abrangência para exame ginecológico;
- Consulta na UBS da área de abrangência por outros motivos além do ginecológico;
- Conhecimento sobre o exame preventivo do câncer de colo uterino e sua periodicidade;
- Numero de exames preventivos do câncer de colo uterino feitos na vida;
- Tempo de realização do último exame preventivo do câncer de colo uterino;
- Local de realização do exame preventivo do câncer de colo uterino.

Descrever a cobertura e adequação do exame preventivo do câncer de colo uterino em relação à região.

Avaliar a associação da adequação do exame preventivo do câncer de colo uterino em relação a variáveis independentes:

- Idade;
- Cor da pele;
- Escolaridade;
- Nível socioeconômico;
- Número de gestações;
- Realização de pré-natal na última gestação;
- Consulta na UBS da área de abrangência para exame ginecológico;
- Consulta na UBS da área de abrangência por outros motivos além do ginecológico;
- Modelo de atenção da UBS área de abrangência.

## 3.3 Hipóteses

- A cobertura pré-natal estará ao redor de 95%, enquanto a realização de pelo menos um exame preventivo do câncer de colo uterino na vida será de aproximadamente 70%.
- O pré-natal estará adequado para aproximadamente 65% das mulheres em estudo.
- A adequação do pré-natal será maior para as mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos de cor branca, de maior escolaridade, de maior nível socioeconômico, com menor número de gestações e filhos.
- A adequação do pré-natal e se distribuirá de forma semelhante entre as mulheres que utilizam e as que não utilizam a UBS da sua área de abrangência.
- A realização de exame preventivo do câncer de colo uterino será adequada para pelo menos 75% das mulheres estudadas.
- A adequação do exame citopatológico será maior para as mulheres com idade acima de 20 anos, de cor branca, de maior escolaridade e de nível socioeconômico mais elevado.
- A adequação do exame preventivo do câncer de colo uterino se disribuirá de forma semelhante entre as mulheres que utilizam a UBS da área de abrangência.

# 4 METODOLOGIA

## 4.1 Delineamento

A epidemiologia foi o eixo metodológico do ELB PROESF-UFPEL, no qual o presente estudo faz parte. O delineamento do estudo da cobertura e adequação do cuidado pré-natal e do câncer de colo uterino foi do tipo transversal, com grupos de comparação utilizando medidas com múltiplos níveis de agregação, em relação às diferentes dimensões observadas, ou seja, estado, município e área de abrangência dos serviços de saúde (ROTHMAN, 1998).

## 4.2 População alvo

A população alvo do estudo esteve composta por mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos anteriores à pesquisa e residentes na área de abrangência de UBS de 41 municípios com mais de 100.000 habitantes nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.

## 4.3 Amostragem

O universo do estudo é constituído por 41 municípios com mais de 100.000 habitantes das Regiões Sul e Nordeste do Brasil. Destes, 17 estão localizados no Rio Grande do Sul, quatro em Santa Catarina, dois em Alagoas, três na Paraíba, dez em Pernambuco, dois no Piauí e três no Rio Grande do Norte. Os municípios incluídos no estudo constituem o Lote 2 Sul e Lote 2 Nordeste do termo de referência do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b). Neste universo foi realizada uma amostra estratificada por múltiplos estágios para selecionar unidades básicas de saúde, profissionais de saúde, usuários e indivíduos residentes na área de abrangência dos serviços (LEMESHOW, 1990; LEVY, 1980; LWANGA, 1991).

Buscando maior representatividade, o sorteio das UBS foi proporcional ao tamanho da rede básica de cada município. A partir de listas de UBS estratificadas segundo o modelo assistencial (PSF pré-PROESF, PSF pós-PROESF e não-PSF), se estabeleceu o sorteio da UBS em cada estrato e em cada município. Por meio

dos “Projetos de Adesão ao PROESF”, foram identificadas 855 UBS no Nordeste e 655 UBS no Sul. Em cada lote foram sorteadas, aleatoriamente, 120 UBS. No Sul, a amostra foi composta por 69 UBS do PSF e 51 UBSTradicionais, enquanto no Nordeste 79 eram do PSF e 41 Tradicionais. De modo a facilitar a comparação dos achados, as UBS dos três grupos foram pareadas, utilizando-se como critério o tamanho da área física.

A amostra de interesse para o presente estudo foi constituída de forma sistemática por mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos anteriores ao estudo e residentes na área de abrangência das UBS previamente selecionadas.

## 4.4 Cálculo do tamanho da amostra

A amostra final deste estudo foi composta por 3939 mulheres: 1826 mulheres no Sul e 2113 no Nordeste. Com essa amostra a margem de erro para as estimativas de prevalência dos desfechos foi de 1,5 pontos percentuais com um poder estatístico de 80% (Quadro 3).

**Quadro 3. Cálculos de tamanho de amostra para o estudo da cobertura e adequação da atenção pré-natal e do exame preventivo do câncer de colo uterino.**

| Margem de erro (pontos percentuais) | Cobertura | | | | Adequação | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pré-natal | CP* | | | Pré-natal | | CP* |
| | 95% | 65% | 70% | 80% | 30% | 65% | 75% |
| **1,0** | 1821 | 8664 | 8003 | 6109 | 8003 | 8664 | 7151 |
| **1,5** | 810 | **3869** | 3573 | 2724 | 3573 | **3869** | 3191 |
| **2,0** | 456 | 2180 | 2013 | 1534 | 2013 | 2180 | 1797 |

* CP = Exame citopatológico do colo uterino.

Para a análise das associações entre os desfechos e esposições de interesse o estudo tem poder de 80% para detectar como significativas razões de prevalências de 1,3 ou maiores para exposições que afetam 10 a 90% da população estudada, com nível de confiança de 95%.

## 4.5 Quadros de variáveis a serem utilizadas no estudo

### 4.5.1. Quadro 4. Variáveis demográficas, socioeconômicas e reprodutivas.

| Variável | Definição | Tipo de Variável |
|---|---|---|
| Idade | Idade em anos completos | Numérica discreta |
| Cor da pele | Branca<br>Parda<br>Preta | Categórica nominal |
| Escolaridade | Escolaridade em anos de estudo | Numérica discreta |
| Nível Socioeconômico ABEP | A, B, C, D, E | Categórica ordinal |
| Número de gestações | Número total de vezes que ficou grávida | Numérica discreta |
| Número de filhos nascidos | Número total filhos que teve | Numérica discreta |

### 4.5.2. Quadro 5. Variáveis da atenção pré-natal e morbidades na última gestação.

| Variável | Definição | Tipo de Variável |
|---|---|---|
| Realização alguma consulta | Não<br>Sim | Categórica Dicotômica |
| Realização do pré-natal na UBS da área de abrangência | Não<br>Sim | Categórica Dicotômica |
| Idade gestacional de início do pré-natal | Idade gestacional em semanas | Numérica Discreta |
| Total de consultas realizadas | Número de consultas | Numérica Discreta |
| Realização de exames laboratoriais de rotina para detecção de anemia (hemoglobina), de sífilis ( VDRL), de infecção de urina (exame comum de urina), de HIV/AIDS, de diabete (glicemia) e de Hepatite (HbsAg) | Número de exames realizados durante a gestação por tipo de exame | Numérica Discreta |
| Morbidade referida: anemia, infecção urinária, hipertensão | Não<br>Sim | Categórica Dicotômica |
| Realização de vacina antitetânica na última gestação | Não<br>Sim | Categórica Dicotômica |
| Doses de vacina antitetânica feitas na última gestação | Número de doses | Numérica Discreta |
| Realização da última dose de vacina antitetânicas há 5 anos ou menos antes da última gestação | Não<br>Sim | Categórica Dicotômica |

### 4.5.3. Quadro 6. Variáveis da prevenção do câncer do colo do útero.

| Variável | Definição | Tipo de Variável |
|---|---|---|
| Conhecimento do exame citopatológico de colo uterino | Não<br>Sim | Categórica Dicotômica |
| Realização exame citopatológico de colo uterino na vida | Não<br>Sim | Categórica Dicotômica |
| Tempo de realização do último exame citopatológico de colo uterino | Tempo em anos | Numérica Discreta |
| Realização do último exame citopatológico de colo uterino na UBS da área de abrangência | Não<br>Sim | Categórica Dicotômica |

### 4.5.4. Quadro 7. Variável de contexto.

| Variável | Definição | Tipo de Variável |
|---|---|---|
| Modelo de atenção da UBS da área de abrangência | PSF<br>Tradicional | Categórica Dicotômica |

## 4.6 Definição dos desfechos

O desfecho dicotômico “Realização de pré-natal na última gestação” para as mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos foi definido através da pergunta:

- “Com relação à gravidez do(a) <*último filho*>, a Sra. fez alguma consulta de pré-natal?”.

A adequação do pré-natal será o resultado da composição entre ter feito a primeira consulta no primeiro trimestre da gravidez (até a decima segunda semana), ter realizado seis ou mais consultas, pelo menos dois exames VDRL e vacinação antitetânica em dia (ZIEGEL; CRANLEY, 1980; BARROS et al., 2010).

O desfecho dicotômico “Ter realizado exame exame preventivo do câncer do colo de útero ou citopatológico na vida” foi determinado através da pergunta:

- “A Sra. já fez exame citopatológico alguma vez na vida?”.

O exame citopatológico de colo uterino será considerado adequado quando a mulher fez pelo o menos um exame nos últimos três anos (DAY, 1986).

## 4.7 Instrumento de coleta de dados

Os desfechos e as exposições de interesse integram o instrumento utilizado no Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família para o estudo das mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos. Os instrumentos utilizados pelo projeto do PROESF podem ser acessados na página da internet (http://www.epidemio-ufpel.org.br/proesf/index.htm).

Foram realizadas entrevistas individuais, domiciliares, onde se aplicou questionário estruturado, padronizado e pré-codificado, contendo as questões relevantes para o estudo, às mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos, após consentimento livre e esclarecido. As questões eram todas estruturadas e predominantemente fechadas (Anexo 1). As entrevistas foram realizadas por supervisores selecionados e capacitados especialmente para estas atividades pela equipe técnica do projeto.

Para a caracterização socioeconômica utilizou-se a renda per capita em salários mínimos e a classificação socioeconômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa / ABEP (RUTTER, 1988) esta última composta de informações sobre a escolaridade do chefe da família, da disponibilidade de empregada mensalista e sobre a posse de bens eletrodomésticos.

## 4.8 Seleção e capacitação dos supervisores do estudo

A seleção de supervisores do estudo teve início em janeiro de 2005, através de inscrições de pessoas de ambos os sexos, com ensino médio completo, disponibilidade para ausentarem-se da cidade por um longo período, condição fundamental para o trabalho de campo nos diferentes municípios.

Foi realizada uma busca de possíveis candidatos através de contato com outros pesquisadores do Centro de Pesquisas Epidemiológicas. Com este procedimento, foi possível iniciar as inscrições junto à secretaria. Na inscrição os candidatos deveriam preencher uma ficha onde constavam dados de identificação, dados relacionados à experiência prévia em pesquisa e disponibilidade de horário.

Com um total de 26 candidatos inscritos, iniciou-se a capacitação e posteriormente seleção de 15 supervisores. Os demais candidatos capacitados e não selecionados no primeiro momento ficaram como suplentes.

A capacitação dos supervisores começou em 24 de janeiro de 2005 e estendeu-se até o dia 28. Foi o último passo para a seleção final dos supervisores. Inicialmente foi realizada em 40 horas, com conteúdos relacionados às necessidades da pesquisa tais como:

- Apresentação sobre o Sistema Único de Saúde;
- Atenção Básica;
- Avaliação de Serviços;
- Instrumentos de Pesquisa;
- Estudos de Demanda;
- Logística de Trabalho Campo;
- Trabalho de Campo;
- Simulação em Território de Pesquisa;
- Revisão e Codificação de Instrumentos.

Outras atividades da capacitação incluíram leitura conjunta dos instrumentos e manuais de instruções; leitura explicativa dos questionários por parte de coordenadores da pesquisa.

No período entre a seleção e o início do trabalho de campo no mês de março, encontros semanais foram mantidos para dar seqüência à capacitação com os supervisores selecionados participando das revisões dos instrumentos de pesquisa e preparação final das necessidades operacionais para o início do trabalho de campo.

## 4.9 Logística

A coleta de dados na região sul (Lote 2 Sul), iniciou em 15 março de 2005 e foi finalizada em 19 de maio de 2005, com duração de 65 dias. Vários procedimentos foram realizados para facilitar a logística e para orientação do trabalho dos supervisores. São exemplos destes procedimentos duas oficinas realizadas com os representantes das UBS e secretários municipais de saúde no município de Porto Alegre (FACCHINI et al., 2006a). Além dessas atividades, visitas foram realizadas durante o trabalho de campo a alguns municípios para melhorar a pactuação entre os pesquisadores e o município e houve também a divulgação em veículos de comunicação (jornal e rádio).

O estudo começou respeitando uma trajetória pelos municípios com início pelo Lote Sul 2, em Pelotas em 15 de março de 2005 e término em Rio Grande em 19 de maio de 2005. Para cada município, uma dupla de supervisores era responsável pelo trabalho em 3 dias na UBS. Nas cidades com maior número de unidades, cada dupla foi responsável por mais de uma UBS e, portanto permaneceu mais tempo no município. Ao final de cada município os supervisores viajavam para o município seguinte dando continuidade ao trabalho de campo. A seqüência dos municípios no Rio Grande do Sul foi: Pelotas, Bagé, Santa Maria, Uruguaiana, Santa Cruz, Caxias, Alvorada, Cachoeirinha, Sapucaia, Gravataí, Viamão, Canoas, São Leopoldo, Novo Hamburgo, Porto Alegre, Passo Fundo (todos no RS), Lages (SC), Chapecó (SC), Criciúma (SC), Florianópolis e finalizando Rio Grande (RS).

Em treze municípios selecionados, os supervisores ficaram hospedados em hotel durante um período que variou de três a vinte dias para a realização do trabalho de campo. Para os municípios da grande Porto Alegre, a hospedagem foi na capital em função das facilidades operacionais para a equipe.

Logo após a chegada e hospedagem no município em estudo, os supervisores faziam um contato com o representante do Grupo Local de Avaliação em Saúde, formado na segunda oficina realizada em Porto Alegre, para ultimar os detalhes do trabalho de campo. Em seqüência, na UBS e na área de abrangência da cada unidade eram aplicados os instrumentos de pesquisa. O ponto inicial para a aplicação dos instrumentos era a UBS. Cada vértice do prédio era um ponto de inicio para um dos instrumentos populacionais.

Toda a área de abrangência deveria ser percorrida até encontrar o número determinado para cada amostra populacional. A direção do andar dentro da área foi sempre contornando pela direita toda a vez que necessário para o supervisor se manter na área de abrangência. Todos os domicílios deveriam ser visitados e somente uma pessoa deste responderia o instrumento. Nos domicílios selecionados, somente um indivíduo elegível (crianças, mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos, adultos e idosos) foi convidado a participar do estudo, explicando-se a sua finalidade e apresentando termo de consentimento informado. Nos domicílios em que se encontraram duas crianças ou duas mulheres elegíveis, a mais jovem foi entrevistada. Para os adultos e idosos esta regra se inverteu, sendo elegível o mais

velho. Todos os supervisores chegavam aos domicílios com crachá de identificação e carta de apresentação assinada pela coordenação da pesquisa.

Cada dupla de supervisores portava material completo para o seu trabalho, eram estimulados a realizar as 72 entrevistas populacionais, 18 de cada amostra independente, em 3 dias, tempo necessário para uma dupla realizar o trabalho completo em uma unidade. Para evitar qualquer tipo de constrangimento para os entrevistados, os supervisores eram orientados a realizar as entrevistas individualmente com cada um dos elegíveis para o estudo.

Para acompanhar o trabalho de campo foram programadas visitas por parte dos coordenadores do estudo em alguns municípios, foram realizadas reuniões para discussão de questões de interesse da pesquisa, das dúvidas surgidas e de codificação dos dados. Também foi estimulada a utilização dos manuais de instruções, do correto preenchimento da planilha de controle de entrevistas e o rigoroso respeito à metodologia estabelecida para a coleta de dados.

Nestes encontros, eram recebidos os questionários preenchidos dos diferentes municípios para posterior deslocamento para a sede do estudo na Universidade Federal de Pelotas. Durante todo o período de trabalho de campo, os coordenadores da pesquisa prestaram esclarecimentos para o andamento correto do trabalho, mantendo contato com os diversos municípios e permaneceram em constante colaboração e apoio aos supervisores.

Para o Lote Nordeste 2, a logística para o desenvolvimento do trabalho de campo iniciado em 03 de junho e concluído em 10 de agosto, foi à mesma, porém pela característica geográfica da região, o grande grupo de supervisores foi dividido em 2. Esta estratégia permitiu que um grupo se deslocasse a partir de Recife (PE) para o sul, ao estado de Alagoas e posteriormente pelo interior deste estado, de Pernambuco, do Piauí, até a cidade de Natal (RN), enquanto os demais se deslocavam pelo litoral até o mesmo ponto avançando pelos estados de Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte. De Natal, todo o grupo de supervisores retornou a Recife, (PE) para a finalização do trabalho e retorno à região Sul mais precisamente Pelotas.

Outra estratégia utilizada na logística do trabalho de campo foi à realização de mutirões de supervisores em áreas consideradas de risco, violência, drogas, etc. e,

em casos de grandes concentrações urbanas, como Porto Alegre (RS) e Recife (PE).

Para o retorno dos instrumentos à sede do projeto, duas estratégias foram utilizadas; a) Para a região sul a busca por parte dos coordenadores, dos instrumentos nos municípios previamente acertados, Porto Alegre (RS), Chapecó (SC), Criciúma (SC); b) Para a região nordeste, o envio das caixas contendo o material via correio para a sede do projeto na UFPEL.

Na região sul, todo o material de pesquisa era levado pelos supervisores, e eram repostos em pontos estratégicos para serem utilizados em outros municípios. Os coordenadores da pesquisa levavam até os supervisores nos encontros previamente agendados. Para a região nordeste, todos os instrumentos foram transportados para Recife por via terrestre e lá entregues aos representantes das 120 UBS presentes na segunda oficina de capacitação (FACCHINI, et al., 2006b). Sendo assim, ao chegar os supervisores aos municípios, os instrumentos já estavam na unidade prontos para a utilização na pesquisa.

## 4.10 Estudo Piloto

Em 27 de janeiro de 2005, como parte integrante da seleção e capacitação dos futuros supervisores, uma simulação em território de pesquisa foi realizada no município de Pelotas nas UBS Areal fundos, Centro Social Urbano do Areal e Vila Municipal que não fizeram parte da amostra, Nesta simulação, os candidatos a supervisores além de serem capacitados, testaram a aplicabilidade dos instrumentos em situação real, sendo que durante todo o trabalho eram acompanhados por um coordenador do estudo.

## 4.11 Controle de qualidade

O controle de qualidade foi realizado, por telefone, mediante aplicação de questionários reduzidos para alcançar, no mínimo, 5% dos domicílios selecionados. Estes questionários eram compostos por perguntas-chave para identificar possíveis erros ou respostas falsas.

Para padronizar e qualificar a coleta dos dados do controle de qualidade, uma pessoa especialmente treinada para este fim, realizou o contato telefônico. Não existindo a possibilidade de contato telefônico com a pessoa sorteada, uma busca

pelo endereço ou pela respectiva UBS, era realizada na tentativa de localizar e coletar os dados do entrevistado.

Para checagem imediata da consistência das informações, através de uma planilha, algumas respostas referidas pelo entrevistado no contato feito pelo supervisor eram comparadas com as repostas referidas no momento da aplicação do questionário de controle de qualidade. Outra estratégia aplicada foi a visita periódica de um dos coordenadores do estudo aos municípios, onde realizavam-se reuniões com os supervisores de campo para constatação de possíveis irregularidades na aplicação dos instrumentos e no respeito à metodologia estabelecida para a coleta de dados.

### 4.12 Processamento de dados

Os questionários, depois de revisados e codificados, na sede do PROESF na UFPel, foram digitados utilizando o software EPI-INFO versão 6 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos). As análises de consistência foram realizadas depois de completada a dupla digitação dos dados.

Para o presente estudo, será realizada a limpeza das variáveis local de realização do pré-natal, tempo de realização do exame citopatológico de colo uterino, número de exames realizados e doses de vacina antitetânica. A análise final dos dados se dará através do programa STATA 7.0.

### 4.13 Análise de dados

A análise de dados terá como objetivos:

- Descrever a amostra de mulheres em termos das variáveis demográficas, socioeconômicas, reprodutivas, do cuidado pré-natal e das morbidades na última gravidez e da realização do último exame preventivo do câncer de colo uterino, para todas as mulheres e por região.
- Descrever a cobertura da realização de pré-natal e do exame preventivo do câncer de colo uterino para toda a amostra de mulheres e por região.

- Descrever a adequação da atenção pré-natal e do exame preventivo do câncer de colo uterino para toda a amostra de mulheres, por região e em relação à utilização ou não de serviços de saúde da área de abrangência.

As análises descritivas incluirão cálculos de proporções e respectivos intervalos de confiança de 95%. A associação bruta entre o desfecho e as variáveis independentes será investigada com o uso de teste de Wald para heterogeneidade e tendência linear. A análise ajustada será realizada por Regressão de Poisson com estimativas robustas de variância (BARROS & HIRATAKA, 2003), com cálculo de razões de prevalências ajustadas, respectivos intervalos de confiança de 95% e valores de significância, segundo o pressuposto que exista uma relação hierárquica entre as variáveis estudadas - modelo de análise hierárquica. As Figuras 1 e 2 sintetizam as relações em estudo. A ordem das categorias representa os níveis hierárquicos de determinação com os desfechos de interesse.

| CONTEXTO | VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS |
|---|---|
| Modelo da Atenção da UBS da área de abrangência | Idad; Escolaridade; Cor da pele; Nível Socioeconômico ABEP |

| VARIÁVEIS REPRODUTIVAS | MORBIDADE REFERIDA NA ÚLTIMA GESTAÇÃO | VARIÁVEIS DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS |
|---|---|---|
| Número de gestações; Número de filhos nascidos | Anemia; Infecção do Trato Urinário; Hipertensão Arterial Sistêmica | Consultou na UBS da área de abrangência para pré-natal |

**ADEQUAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL**

**Figura 1** – Modelo de análise para o estudo da adequação da atenção pré-natal nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.

| CONTEXTO | VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS |
|---|---|
| Modelo da Atenção da UBS da área de abrangência | Idade, Escolaridade, Cor da pele, Nível Socioeconômico ABEP |

| VARIÁVEIS REPRODUTIVAS | VARIÁVEIS DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS |
|---|---|
| Número de gestações | Fez pré-natal na última gravidez<br>Consultou na UBS da área de abrangência para exame ginecológico<br>Consultou na UBS da área de abrangência por outro motivo além do ginecológico |

**ADEQUAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO**

**Figura 2** – Modelo de análise para o estudo da adequação do exame preventivo do câncer de colo do útero nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.

# 5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto envolveu exclusivamente realização de entrevistas, não incluindo coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. O estudo foi de risco ético mínimo, segundo parâmetros definidos pela Organização Mundial de Saúde na publicação “International ethical guidelines for medical research involving humans subjects” (CIOMS/WHO, 1993).

A participação dos indivíduos no estudo ocorreu através de consentimento informado. A confidencialidade da informação individual identificada e o direito de recusa em participar foram plenamente garantidos.

A proposta de pesquisa foi aprovada pela Universidade Federal de Pelotas: Colegiados do Departamento de Medicina Social, Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e Comitê de Ética da Faculdade de Medicina sob oficio nº 045/2004 (Anexo 2).

O uso dos dados coletados no Projeto Integrado de Capacitação e Pesquisa em Avaliação da Atenção Básica à Saúde foi autorizado pelo coordenador do estudo (Anexo 3).

# 6 CRONOGRAMA

## 6.1 Projeto Cobertura e adequação da atenção pré-natal e do exame preventivo do câncer do colo do útero nas Regiões Sul e Nordeste do Brasil.

| **Anos** | **2010** | | **2011** | | **2012** |
|---|---|---|---|---|---|
| Semestres | 1º | 2º | 1º | 2º | 1º |
| Revisão de literatura | | | | | |
| Elaboração do Projeto | | | | | |
| Limpeza dos dados | | | | | |
| Análise dos dados | | | | | |
| Redação | | | | | |
| Divulgação | | | | | |
| Defesa | | | | | |

## 7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

As principais formas de divulgação dos resultados do estudo serão:

- Dissertação de conclusão do curso de Mestrado em Enfermagem;
- Artigo para publicação em periódicos científicos;
- Resumo Executivo, baseado nos principais resultados do estudo, a ser distribuído à imprensa, gestores e trabalhadores de saúde;
- Participação em simpósios e seminários nacionais e internacionais.

## 8 FINANCIAMENTO

Este projeto não necessita de verba extra para sua realização. Faz parte do Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, com apoio do Ministério da Saúde, com especial destaque para a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção Básica e o Grupo de Acompanhamento dos Estudos de Linha de Base. O ELB-PROESF UFPel foi financiado pelo Ministério da Saúde, Bancico e o Mundial e Conselho Nacional de Desenvolvimento Cientifico e Tecnologico (CNPq; EDITAL 23/2006, processo número 409463/2006-0).

## 9 REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v.3, n.1, p.01-03, 2007.

ALBUQUERQUE, K. M.; FRIAS, P. G.; ANDRADE, C. L. T. A.; AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G.; SZWARCWALD, C. L. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** n.25, sup. 2, p. s301-s309, 2009.

ÁLVAREZ, J. S.; CABALLERO, F.; CASTAÑO C., JOSÉ J.; ESCOBAR, D. M.; FRANCO, Á. M.; GÓMEZ, P.; MOSQUERA, P. Cumplimiento de las actividades de promoción y prevención en el control prenatal en una entidad de 1º nivel, Manizales, años 2005-2007. **Arch. Med.** V.10, n.1, p. 19- 30, 2010.

BARROS, A.J.; HIRATAKA, V.N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison oh models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Med Res Methodol**, 3:21, 2003.

BARROS, F. C.; BHUTTA, Z. A.; BATRA, M.; HANSEN, T. N.; VICTORA, C. G.; RUBENS, C. E.; GAPPS Review Group. Global report on preterm birth and stillbirth (3 of 7): evidence for eff ectiveness of interventions. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v.10, sup. 1: S3, 2010.

BENIA, D. W.; TELLECHEA, G. Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo, 1997. **Rev Med Uruguay.** V. 16, p. 103-113, 2000.

BIM, C. R.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; PREVIDELLI, I. T. S. Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. **Rev Esc Enferm USP.** V.44, n.4, p. 940-946, 2010.

BOTTARI, C. M. S.; VASCONCELLOS, M. M.; MENDONÇA, M. H. M. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. **Cad. Saúde Pública.** v. 24, sup. 1, p. S111-S122, 2008.

BRASIL. Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. Brasília-DF. **Diário Oficial da União**. Ministério Da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

BRASIL. Lei nº. 8142 de 28 de dezembro de 1990.Diário Oficial da União. Brasília-DF. **Diário Oficial da União**. M. D. Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

BRASIL. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2006.

CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, R. M.; RODRIGUES, O. A. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. **Ciênc. Saúde Coletiva.** v.5, sup.2, p. 3139-3147, 2010.

CALDERON, I. M. P.; CECATTI, J. G.; VEGA C. E. P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.28, p. 310-315, 2006.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira Materno Infantil**, Recife, v.5, p. 63-69, dez, 2005.

CANESQUI, A.M.; SPINELLI, M.A.S. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. Cad.Saúde Publica, v.22, n.9, p.1881-1892, 2006.

CASTRO-JIMENEZ MA; VERA-CALA LM; POSSO-VALENCIA HJ. Epidemiología Del Cáncer De Cuello Uterino: Estado Del Arte **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología**, Colombia, v.58, n.1, p. 182-89, 2006.

CECATTI, J.G. Saúde da mulher: enfoque da evidência científica para a prevenção da morbidade e mortalidade materna. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil,** v.5, n.1, p.09-11, 2005.

CESAR, J. A. et al, Fatores Associados à não Realização de Exame Citopatológico de Colo Uterino no Extremo Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1365-1372, set./out. 2003.

CESAR, J. A.[I]; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I. S.; BARROS, A. J. D.; DIAS-DA-COSTA' J. S.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. The use of maternal and child health services in three population-based cohorts in Southern Brazil, 1982-2004. **Cad. Saúde Pública.** v.24, sup.3, p. S427-S436, 2008.

CIRINO, F. M. S. B.; NICHIATA, L. Y. I.; BORGES, A. L. V. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e hpv em adolescentes. **Esc. Anna Nery [online]**. v.14, n.1, p. 126-134, 2010.

CONIL E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Pograma Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**. v.18,n supl, p. 191-201, 2002.

CONIL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária á Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.1, p. S 7 - S 27, 2008.

COSTA, A. M. **Atenção Integral à Saúde das Mulheres:** QUO VADIS? Uma Avaliação da Integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil. 2004.196p. (Tese de doutorado), Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília.(DF), 2004.

COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M; FERREIRA, M. L. S. M.; REIS, J. R.; FRANCESCHINI, S. C. C. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm, Brasília**. v.62, n.1, p. 113-8, 2009.

COSTA, G. R. C.; CHEIN, M. B.C; GAMA, M. E. A.; COELHO, L. S. C.; COSTA, A. S. V.; CUNHA, C. L. F.; BRITO, L. M. O. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. **Rev Bras Enferm**. v. 63, n. 6, p. 63-66, 2010.

COUTINHO, T. et al. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v.28, n.5, p.310-315, 2006.

COUTINHO, T.; MONTEIRO, M. F. G.; SAYD, J. D.; TEIXEIRA, M. T. B.; COUTINHO, C. M.; COUTINHO, L. M. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Rev Bras Ginecol Obstet**. V. 32, n. 11, p. 563-569, 2010.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.;SILVA, R. A. R. S.; SILVA, D. A. R. S.. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolaou. **Rev da Esc Enferm USP**. v.39, n.3, p.296-302, 2005.

DAY, N. E. The epidemiological basis for evaluation of different screening policies. In: Screening for Cancer of the Uterine Cervix (M. Hakama, A. B. Miller & N. E. Day, ed.), **IARC Scientific Publications** 76, p.149-160, Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1986.

DIAS-DA-COSTA, J. S.; OLINTO, M. T. A.; GIGANTE, D. P.; MENEZES, A. M. B.; MACEDO, S.; BORBA, A. T. B.; MOTTA, G. L. S.; FUCHS, S. C. Cobertura do Exame Citopatológico na Cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.1, p.191-197, 2003.

DINKEVICH E, OZUAH PO. Well-child care: effectiveness of current recommendations. **Clin Pediatr,** v.4, p. 211-217, 2002.

DOMINGOS, A. C.P.; MURATA, I. M. H.; PELLOSO, S. M.; SCHIRMER, J.; CARVALHO, M. D. B. Câncer do colo do útero: comportamento preventivo de auto-cuidado à saúde. **Cienc Cuid Saude.** V.6, sup. 2, p. 397- 403, 2007.

ELIZONDO, M. E. G.; CASAS, R. M. S.; RIOS, E. V.; MARTINEZ, A. M. S.; ROCHA, G. M. N. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social Mexicana. **Revista española de salud pública**. v. 77, n.2, p, 267-274, 2003.

FACCHINI L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.;RODRIGUES, M. A. Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Ciencia Saude Coletiva**. v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006a.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S. **Projeto de Monitoramento e Avaliação dp Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF)**. Pelotas: UFPel, 2006b.

FACCHINI, L. A.; GARCIA, L. P. Evolução e Avanços da Saúde da Família e os 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: BRASIL. **Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde, Brasília: 2009.

FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama**. Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 48, n.2, p. 223-230, 2002.

GAMA, S. G. N.; SZWARCWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad. Saúde Pública.** v. 18, n.1, p. 153-161, 2002.

GAKIDOU, E.; NORDHAGEN, S.; OBERMEYER, Z. Coverage of cervical cancer screening in 57 countries: Low average levels and large inequalities. **PLoS Medicine**. v. 5, n.4, p. 863-8687, 2008.

GONÇALVES, C. V.; CESAR, J. A.; MENDONZA-SASSI, R. A. Qualidade e Equidade na Assistência à Gestante: um Estudo de Base Populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v.25, n.11, p.2507-2516, 2009.

GONÇALVES CL, DUARTE G, DIAS DA COSTA JS, QUINTANA SM, MARCOLIN AC. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. **Ciênc. Saúde Coletiva**. V.16, n. 5, p. 2501- 510, 2011.

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. **Rev Bras Epidemiol.** v. 9, n.1, p. 103- 111, 2006.

HOUSSEINPOR, A. R.; VICTORA, C. G.; BERGEN, N.; BARROS, A. J. D.; BOERMA, T. Towards universal health coverage: the role of withincountry wealth-related inequality in 28 countries in subSaharan Africa. **Bull World Health Organ**, 2011.

HOUWELING, T. A.; RONSMANS, C.; CAMPBELL, O.M.; KUNST, A. E. Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. **Bull World Health Organ**. 2007.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro: INCA; 2011a.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral das Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil** – Rio de Janeiro: INCA, 2011b.

KILSZTAJN, S.; ROSSBACH, A.; CARMO, M. S. N.; SUGAHARA, G. T. L. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Revista Saúde Pública**. v.37, n.3, p. 303-310, 2003.

KOFFMAN, M. D.; BONADIO I. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira Saúde Matern Infantil**. v.5, p.23-32, 2005.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; FRIAS, P.; SZWARCWALD, C. L. Estilos de vida saudáveis e acesso aos exames periódicos de saúde entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública.** v. 21, sup. 1, p. S78- S88, 2005.

LEMESHOW, S.; HOSMER, D. **Adequacy of sample size in health studies**. Chichester, 1990.

LEVY, P.; LEMESHOW, S. **Sampling for health professionals.** Belmont, 1980.

LIMWATTANANON, S.; TANGCHAROENSATHIEN, V.; PRAKONGSAI, P. Equity in maternal and child health in Thailand. **Bull World Health Organ.** n. 88, p. 420- 427, 2010.

LWANGA, S.; LEMESHOW, S. **Sample size determination in health studies: a practical manual**. Geneva, 1991.

LORD DAWSON OF PENN. Interin Report on the Future Provisions of Medical and Allied Services. United Kington Ministry of Health. **Consultative Council on Medical Allied Services**. London: Her Majesty Satationery Offices, 1920.

LUCENA, A. F.; PASKULIM, L. M. G.; SOUZA, M. F.; GUTIERREZ, M. G. R. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev Esc Enferm USP.** v.40, n.2, p.292-298, 2006.

LUNET, N.; RODRIGUES, T.; CORREIA, S.; BARROS, H. Adequacy of prenatal care as a major determinant of folic acid, iron, and vitamin intake during pregnancy. **Cad. Saúde Pública.** v. 24, n. 5, p. 1151-1157, 2008.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N.; MOURA, R.; BURGOS, M. S.; EHLE, L. D. Perfil das gestantes cadastradas nas equipes de saúde da Família da 13ª coordenadoria regional de saúde do estado do Rio grande do sul. **Texto Contexto Enferm.** v. 15, n. 3, p. 458- 463, 2006.

MARQUES, D.; SILVA, E. M. A Enfermagem e o Programa saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.57, n.5, p. 545-550, 2004.

MELO, S. C. C. S.; CARVALHO; L. P.; BARROS; M. D.; PELLOSO, S. M.; MARCON, S. S. Alterações citopatológicas e fatores de risco para ocorrência do câncer de colo uterino. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 30, n.4, p. 602- 608, 2009.

MELO, E. C.; MATHIAS; T. A. F. Spatial Distribution and Self-Correlation of Mother and Child Health Indicators in the State of Parana, Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.18, n.6, p. 1177- 1186, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, 2004a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Termo de referência para o estudo de linha de base nos municípios selecionados para o componente 1 do PROESF**. Brasília - DF. M. D. Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**, Brasília, 2009.

MINUCI, E. G.; ALMEIDA, M. F. Diferenciais intra-urbanos de peso ao nascer no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública.** v. 43, n. 2, p. 256-266, 2009.

MOSCICKI, A. B. HPV Vacines: Today and in the Future. **J Adolesc Health.** v.43,p.26-40, 2008.

MOURA, A. D. A. et al. Conhecimento e Motivações das Mulheres Acerca do Exame de Papanicolaou: Subsídios para a Prática de Enfermagem. **Rev. Rene.** v.11, n.1, p. 94-104, 2010.

OLIVEIRA, M. M.; PINTO, I. C. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v.7, n.1, p.31-38, 2007.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde; Ministério da Saúde. **Chamado à ação de Toronto:** 2006-2015. Rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas. Série D. Reuniões e Conferências. M. D. Saúde: Ministério da Saúde 2006.

PEREIRA, M. Serviços de saúde: marco de referências para o estudo do tema. In: **Epidemiologia, teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

PICCINI, R. X. et al. Efetividade da Atenção Pré-natal e de Puericultura em Unidades Básicas de Saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v.7, n.1, p.73-80, 2007.

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

PINHO, A. A.; JUNIOR, I. F.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública.** v. 19, sup. 2, p. S303- S313, 2003.

QUADROS, C.A.T., VICTORA C.G., COSTA, J.S.D. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. **Rev Panam Salud Publica**. v. 16,n. 4, p. 223–232,2004.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R.; PINTO, L. F. S.; SILVA, P. L. B. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, n. 2, p. 534- 545, 2004.

ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S. **Modern epidemiology**: Lippincott-Raven. U.S.A., 1998.

RUTTER M. Pesquisa de Mercado. São Paulo: Ática; 1988.

SALOMON D,.BREEN N, MCNEEL T. Cervical Cancer Screening Rates in the United States and the Potential Impact of Implementation of Screening Guidelines. **CA Cancer J Clin**. .v.57, n.2, p. 105-11, 2007.

SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.Interpretação e Análise das Informações: O Uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. In: **Avaliação em Saúde. Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SANTOS, I. S.; BARONI, R. C.; MINOTTO, I.; KLUMB, A. G. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.6, p.603-609, dez. 2000.

SANTOS, J. O.; SILVA, S.; SANTOS, C. F.; ARAÚJO, M. C. S; BUENO, S. D. Alterações cérvico-uterinas em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde no município de Campinas-SP. **REME rev. min. enferm**. v. 11, n. 4, p. 439-445, 2007.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. v. 4, n. 3, p. 269-279, 2004.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; DIAS-DA-COSTA, J. S. Atenção Pré-natal na Rede Básica: Uma Avaliação da Estrutura e do Processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.131-139, jan./fev. 2001.

SINASC – **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. Ministério da Saúde. Consultas pré-natal. Disponível em http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv. Acesso: em 10 de novembro de 2011.

SPINDOLA, T.; PENNA, L. H. G.; PROGIANTI, J. M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP.** v. 40, n. 3, p. 381 - 388, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde; 2002.

SZWARCWALD, C. L.; MENDONÇA, M. H. M.; ANDRADE, C. L. T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.11, n. 3, p. 643-655, 2006.

TREVISAN, M. R. et al. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.24, n.5, p.293-299, 2002.

UN MILLENNIUM PROJECT. **Who's got the power? Transforming health systems for women and children**. New York NY, Task Force on Child and Maternal Health, 2005.

VIANA, A. L. D; DAL POZ M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de saúde da família**. PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva.** v. 15 sup., p. 225-262, 2005.

VICTORA, C.G.; MATIJASEVICH, A.; SILVEIRA, M.; SANTOS, I.; BARROS, A.J.; BARROS, F.C. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care qualityin the public and private sector in Brazil. **Health Policy Plan**. v.25, n.4, p.253-261, 2010.

VILLAR, J. ; BERGSJØ, P. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. Genebra: Grupo de Investigación del Estudio de Control Prenatal de la OMS; 2003 Disponível em: http://who.int/reproductive-health/rhl. Acesso em 18 agosto de 2010.

VILLAR, J; et al. Patrones de Control Prenatal de Rutina para Embarazos de Bajo Riesgo**, La Biblioteca Cochrane Plus**. n.2, 2008.

VRDOLJAK-MOZETI, D.; OSTOJI, V. D.; STEMBERGER-PAPIC, S.; JANKOVIC, S.; GLIBOTIC-KRESINA, H.; BRNCIC-FISCHER, A.; BENIC-SALAMON, K. Cervical Cancer Screening Programme in Primorsko-Goranska County, Croatia – The Results of the Pilot Study . **Coll. Antropol.** v. 34, n. 1, p. 225- 232, 2010.

ZIEGEL, E,CRANLEY, M. Enfermagem Obstétrica. 7.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNICEF. Primary Health Care – Report of the internacional Conference on PHC, Alam-Ata, USSR, 6-12 Sep. 1978. WHO, Genebra. Health-for All Series nº 1 (inclui a Declaration of Alma-Ata).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Manual on the Prevention and Control of Common Cancers.** WHO Regional puiblications - Westerns Pacific Series nº 20),1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Family and community practices that promote child survival, growth and development.** A review of the evidence. . Geneva, World Health Organization, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Report 2008 – primary health care – now more than ever**. Geneva, World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Women and Health: Today's Evidence, tomorrow's agenda**. World Health Organization report. Geneva, Switzerland, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Gender, women and primary health care renewal: A discussion paper.** World Health Organization, July, 2010.

## 10 Relatório do trabalho de campo

O presente estudo foi um recorte de um projeto integrado de capacitação e pesquisa em avaliação da atenção básica à saúde, sob responsabilidade do Departamento de Medica Social, do Departamento de Enfermagem e do Centro de Pesquisa Epidemiológica da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, que integra o componente 3 (monitoramento e avaliação) do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) do Ministério da Saúde (ELB PROESF-UFPel).

O PROESF foi delineado para articular atividades de capacitação e pesquisa contemplando todos os 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, distribuídos nos estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rios Grande do Sul e Santa Catarina.

A coleta de dados do estudo foi realizada no ano de 2005, por 15 supervisores de campo, que aplicaram diferentes instrumentos de pesquisa durante 6 meses nas duas regiões estudadas. A totalidade dos instrumentos de pesquisa pode ser acessada na página do estudo disponível na internet, http://www.epidemio-ufpel.org.br/proesf/index.htm.

Para esta dissertação foi utilizado o banco de dados do PROESF que entrevistou mulheres que tiveram filhos nos últimos dois anos por possibilitar o estudo das práticas preventivas quanto ao pré-natal e à prevenção do câncer de colo uterino adotadas pelas mulheres ao longo da vida e na última gestação. A delimitação de um espaço temporal objetivou minimizar os possíveis erros adivindos do viés de memória. O questionário foi aplicado à mulheres elegíveis residentes em área de abrangência de unidades básicas de saúde por entrevistadores previamente treinados. As questões eram estruturadas e predominantemente fechadas, com presença de algumas questões abertas.

Inicialmente, as atividades do curso de mestrado envolveram a sensiblização com o ELB PROESF-UFPel por meio da leitura do Projeto da Pesquisa, dos Relatórios Finais de cada Região (Sul e Nordeste) e da compreensão dos instrumento de coleta de dados, o que permitiu a familiarização com as variáveis coletadas. Ao mesmo tempo iniciou-se intensa pesquisa sobre as temáticas de interesse: saúde da mulher, atenção primária à saúde, políticas públicas de saúde, atenção pré-natal e prevenção do câncer do colo uterino. Logo após foi

providenciado o consentimento do coordenador do ELB PROESF-UFPel em relação a utilização do banco de dados (ANEXO 3).

Após está etapa procedeu-se com a manipulação dos dados referentes ao estudo da cobertura e adequação do exame citopatológico. A operacionalização do desfecho foi definida por meio da seguinte pergunta: “A Sra. já fez exame citopatológico alguma vez na vida?”. Para as respostas positivas, foi realizada um nova questão: “Quando a Sra. fez este exame a última vez?”. Apartir das respostas a estas perguntas foi possível verificar tanto a cobertura do exame citopatológico na vida, quanto a adequação do exame. Considerou-se exame citopatológico adequado se a entrevistada relatou ter realizado pelo menos um exame nos últimos três anos, critério esse selecionado com base nas recomendações das autoridades nacionais e internacionais.

Dando seguimento ao estudo e a análise dos dados, foram selecionadas as variáveis independentes, de acordo com as características demográficas, socioeconômicas, reprodutivas e de prevenção do câncer do colo do útero. Todas as variáveis selecionadas se basearam em ampla revisão bibliográfica que fundamentou as possibilidades de associação com o desfecho de interesse. Após a conclusão das análises o passo seguinte foi a redação do artigo. O resumo deste estudo a partir das análises preliminares foi apresentado no II Congresso Nacional de Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG no mês de novembro de 2011 (Anexo 4).

Nesta fase, mediante a exigência do programa de pós-graduação de que o aluno tenha a publicação de um artigo com o orientador para só então poder defender sua dissertação, deu-se inicio a produção de um artigo a partir do banco de dados do estudo do CAPSUL. Optou-se por trabalhar com este banco de dados visto que a parte de revisão da literatura já havia sido trabalhada durante uma das disciplinas no curso. A análise dos dados e a realização do referido artigo só foi viabilizada após a realização do artigo “Cobertura e adequação do exame preventivo do câncer do colo do útero nas regiões Sul e Nordeste do Brasil”, pois já havia aprendido a manipular os programas estatísticos. Assim, primeiramente realizou-se a identificação das variáveis e as freqüências simples, que apontaram a necessidade da limpeza de algumas delas. Como o objetivo do artigo era estudar a composição das equipes de CAPs, agrupou-se os trabalhadores de acordo com a sua categoria profissional e, após esse agrupamento, os mesmos foram

reagrupados de acordo com a regulamentação da Portaria nº 336/GM 2002, que determina a composição mínima das equipes de CAPS I e II. Finalmente, ao término da seleção das variáveis, procedeu-se a analise dos dados programa Stata. Destaca-se que durante todas as etapas de elaboração do artigo foram articuladas com a revisão de literatura.

Durante a preparação desta dissertação, foram identificadas algumas vantagens e desvantagens de utilizar um banco de dados de uma pesquisa maior. Entre as vantagens cabe destacar a economia de tempo em relação à preparação do estudo, elaboração do banco de dados e instrumentos de pesquisa, preparação da logística, execução do campo propriamente dito, digitação dos dados e controle de qualidade. Por outro lado, avalio como desvantagem a perda da oportunidade para a execução das fases mencionadas, especialmente em se tratando de um estudo de grande porte como o ELB PROESF-UFPel. Mesmo assim, acredito que o conhecimento adquirido através da leitura na íntegra dos Projetos ELB PROESF-UFPel e CAPSUL e seus referidos produtos (relatórios e artigos já publicados).

Diante do exposto, considero que todas as fases percorridas para a elaboração do artigo final desta dissertação possibilitaram aprendizagem, vivência em pesquisa, aprofundamento das questões que envolveram o projeto do ELB PROESF-UFPel e um apreço muito grande pela epidemiologia e a atenção primária à saúde.

## 11 ARTIGO DA DISSERTAÇÃO

A seguir será apresentado o artigo produzido durante o mestrado.

- Artigo 1 - Cobertura e adequação do exame preventivo do câncer de colo do útero nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.
  Artigo no formato para submissão na revista Cadernos de Saúde Pública.

# COBERTURA E ADEQUAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NAS REGIÕES SUL E NORDESTE DO BRASIL.

# PAP TEST COVERAGE AND ADEQUACY IN THE SOUTH AND NORTHEAST OF BRAZIL.

*Michele da Silva Correa*[1]

*Denise Silva da Silveira*[1,2]

1- Universidade Federal de Pelotas, Brasil.

2- Secretaria Municipal de Saúde, Pelotas, Brasil.

**APOIO FINANCEIRO:** Ministério da Saúde do Brasil e Banco Mundial

**CONTATO**: M. S, Correa. Universidade Federal de Pelotas. Pracinha Hortencio Rosa, 562, Pelotas, RS, 96077-680, Brasil. michelescorrea@hotmail.com.

**TÍTULO CORRIDO:** Cobertura e Adequação do Exame Preventivo do Câncer de Colo do Útero

**RESUMO**:

O câncer de colo do útero é o segundo mais comum em mulheres no Brasil e no mundo e pode ser evitado através da detecção precoce de lesões precursoras da doença. O exame citopatológico de colo uterino ainda é considerado o mais efetivo e eficiente para se aplicar em programas de rastreamento. O objetivo deste estudo foi investigar a cobertura e a adequação do exame preventivo do câncer de colo uterino e verificar fatores associados. Foi realizado um estudo transversal no ano de 2005, em uma amostra de 3939 mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos anteriores à realização da pesquisa. As mulheres residiam na área de abrangência de unidades básicas de saúde de 41 municípios, com mais de 100 mil habitantes, de sete estados do Brasil. Considerou-se exame citopatológico adequado quando realizado nos últimos três anos. A cobertura do exame foi de 75,3 % (IC 95% 74,0 – 76,7), não havendo diferença significativa entre as regiões. A prevalência de adequação foi de 70,7% (IC 95% 69,3 – 72,1) na amostra total, de 69,4%no Sul e de 71,8%; no Nordeste (p=0,107). A adequação do exame esteve positivamente associada com idade maior de 25 anos, maior escolaridade, realização de pré-natal na última gestação e ter consultado para exame ginecológico no último ano. Por outro lado, a adequação foi menos freqüente entre as mulheres do estrato socioeconômico mais baixo e as primíparas. Os indicadores de cobertura e de adequação situaram-se abaixo dos parâmetros preconizados pela Organização Mundial de Saúde para o efetivo controle do câncer de colo uterino. Portanto, faz-se necessário fortalecer as ações preventivas ofertadas pelos serviços de saúde, especialmente para os subgrupos de mulheres mais vulneráveis.

**Palavras-chave**: Neoplasia do colo do útero, Esfregaço vaginal, Cobertura, Adequação, Atenção Primária à Saúde, Prevenção.

**ABSTRACT:**

Cervical cancer is the second most common in women in Brazil and in the world and can be avoided through early detection of precursor lesions of the disease. The cervical Pap test is still considered the most effective and efficient to apply in screening programs. The aim of this study was to investigate the coverage and adequacy of Pat test and identify factors associated. We conducted a cross-sectional study in 2005 on a sample of 3939 women who had children in the last two years prior to the survey. Women living in areas covered by primary health care in 41 municipalities, with more than 100,000 people in seven states of Brazil. Pap test was considered adequate when performed in the last three years. The coverage of the Pap test was 75.3% (CI 95% 74.0 – 76.7), with no significant difference between regions. The prevalence of adequacy was 70.7% (CI 95% 69.3 – 72.1) in the total sample, 69.4% in the South and 71.8%, in the Northeast (p=0.107). The adequacy of the Pap test was positively associated with age over 25 years, higher education, conducting pre-natal care in last pregnancy and have consulted for gynecological examination last year. In addition the adequacy was less frequently among women than lower socioeconomic status and primiparous. The indicators the coverage and adequacy were below the parameters recommended by the World Health Organisation for the effective control of cervical cancer.Therefore, it is necessary to strengthen the preventive actions offered by the health services, especially for vulnerable subgroups of women.

Keywords: Uterine cervical cancer, Pap Test, Coverage, Adequacy, Primary Health Care, Prevention.

**INTRODUÇÃO**:

O câncer do colo do útero é um importante problema de saúde pública e está ranqueado como o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres no mundo. É responsável pelo óbito anual de aproximadamente 230 mil mulheres[1] sendo mais de 80% ocorridas nos países em desenvolvimento [2].

A detecção precoce do câncer de colo uterino a partir de técnicas de rastreamento ou *screening* de lesões antes de se tornarem invasivas pode prevenir o aparecimento da doença. Dentre as técnicas de detecção, a colpocitologia oncológica, teste de Papanicolau ou citopatológico é considerado o exame mais efetivo e eficiente a ser aplicado coletivamente em programas de rastreamento [3,4,5,6,7]. Conforme a orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) no Brasil a temporalidade recomendada para realização do exame é a cada três anos em mulheres dos 25 aos 64 anos após dois exames negativos com intervalo anual [1].

Apesar de se conhecer os benefícios do exame preventivo do câncer do colo do útero a cobertura deste ainda é baixa de acordo com o preconizado pela OMS que é de 80% [8,9,10,11,12,13]. Com relação a adequação da periodicidade de realização de exame citopatológico, estudos tem demonstrado que esta também está abaixo dos indicadores desejáveis[14,15,16]. Fatores como a baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, ausência de filhos, não consultar com médico no último ano tem sido apontados por diversos autores como associados a não realização do exame citopatológico[17,18,19,20]. Características relacionadas ao serviço como a distância deste em relação ao usuário, dificuldades no transporte e aspectos burocráticos incluindo tempo de espera tanto para marcação como para o atendimento foram mencionadas por pesquisadores como barreiras para a realização do exame [8 15,21].

Este estudo tem como objetivo analisar a cobertura e a adequação da periodicidade do exame preventivo do câncer de colo uterino em mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos anteriores à realização do estudo, residentes em áreas de abrangência de UBS nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.

**MÉTODOS:**

Estudo de delineamento transversal com amostra de mulheres residentes nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí, que tiveram filho nos últimos dois anos anteriores à pesquisa realizada no ano de 2005. As mulheres residiam na área de abrangência de unidades básicas de saúde (UBS) de 41

municípios com mais de 100 mil habitantes. Os municípios incluídos no estudo compõem o Lote 2 Sul e Nordeste do Estudo de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) [22].

Uma amostra aleatória de 120 UBS foi sorteada em cada um dos lotes estudados, com distintas modalidades de atenção básica – Programa Saúde da Família (PSF) e tradicional. A partir de listas produzidas pelos municípios, as UBS foram selecionadas na razão de duas UBS do grupo PSF para uma UBS do grupo tradicional. A seleção da amostra nos municípios foi proporcional à capacidade instalada de sua rede básica, pareando as UBS por tamanho da área física. Na região Sul, obteve-se uma amostra de 69 UBS de PSF e 51 tradicionais. No Nordeste, a amostra foi constituída de 79 UBS de PSF e 41 tradicionais. As UBS sorteadas orientaram a seleção da amostra de mulheres da área de abrangência dos serviços.

A estratégia para delimitação da área de abrangência da UBS incluiu a obtenção prévia de seu mapa e uma estimativa populacional a partir das áreas censitárias do IBGE. A localização dos indivíduos na área delimitada ocorreu por meio de amostragem sistemática e incluiu apenas um indivíduo por domicílio. A amostra foi estimada em 2.100 indivíduos por lote (Sul e Nordeste, 4.200 indivíduos no total), de modo a alcançar poder estatístico de no mínimo 80% para eventos de prevalência aproximada de 25%. O número estimado de indivíduos para cada lote (2.100) foi dividido pelo número total de UBS (120 UBS/lote), obtendo-se a necessidade de entrevistar 18 mulheres na área de abrangência de cada uma das UBS.

Foram entrevistadas 3939 mulheres. Com essa amostra a margem de erro para as estimativas de prevalência dos desfechos foi de 1,5 pontos percentuais com um poder estatístico de 80%. Para a análise das associações entre os desfechos e exposições de interesse o estudo tem poder de 80% para detectar como significativas razões de prevalências de 1,3 ou maiores para exposições que afetam 10 a 90% da população estudada, com nível de confiança de 95%. A coleta de dados foi realizada por questionário, aplicado por 15 supervisores de campo após período de treinamento.

O desfecho dicotômico “Ter realizado exame preventivo do câncer do colo de útero ou citopatológico na vida” será determinado através da pergunta: - “A Sra. já fez exame citopatológico alguma vez na vida?”.

O exame citopatológico de colo uterino foi considerado adequado quando a mulher fez pelo o menos um exame nos últimos três anos[14].

Para classificação do nível socioeconômico foram utilizados os critérios de classificação socioeconômica do Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP).

As variáveis independentes incluídas nas análises para associações foram: (a) modelo de atenção da UBS da área de abrangência; (b) idade por grupo de risco para câncer de colo uterino (até 24 anos e 25 anos e mais); (c) cor da pele em dois grupos (branca e não branca); (d) escolaridade em tercis (0 a 5, 6 a 8, 9 e mais); (e) nível socioeconômico (Classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa- ABEP); (f) filhos nascidos (primiparidade sim e não); (g) fez pré-natal na última gestação (não e sim); (h) consultou na UBS da área de abrangência para exame ginecológico (não e sim). As análises levaram em consideração o desenho amostral seguindo um modelo hierárquico de determinação para o desfecho. As variáveis "a – e" fizeram parte do nível mais distal (Nível 1), "f – h" do nível proximal (Nível 2).

A análise inicialmente incluiu a freqüência das variáveis independentes e dos desfechos através do cálculo de proporções e respectivos intervalos de confiança de 95% para toda a amostra de mulheres e estratificada de acordo com a região. A prevalência do desfecho também foi calculada para o grupo das variáveis independentes. Os valores de significância foram testados utilizando-se os Testes de Wald para heterogeneidade e tendência linear. A análise ajustada foi realizada por regressão de Poisson com cálculos robustos de razões de prevalências ajustadas, intervalos de confiança de 95% e valores de significância usando os mesmos testes descritos acima, segundo o pressuposto que exista uma relação hierárquica entre as variáveis e o desfecho. Variáveis com valor de $p \leq 0,20$ foram mantidas no modelo de análise como estratégia para controle de possível confusão. As análises foram realizadas no pacote estatístico Stata 9.2.

Os preceitos éticos da pesquisa que envolve seres humanos da Resolução 196/96 foram obsevados. O estudo do PROESF foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, protocolo nº 045/2004.

* Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. Critério de classifi cação econômica Brasil. Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf [Acesso em 12 nov 2011]

**RESULTADOS**

A amostra deste estudo foi composta por 3939 mulheres: 1826 mulheres no Sul e 2113 no Nordeste. Confrontada com a amostra estimada, as perdas situaram-se ao redor de 6%.

A média de idade das mulheres estudadas foi de 25,7 anos (DP= 6,5), sendo superior no Sul (26,4; DP= 6,9) quando comparada a do Nordeste (25,1; DP= 6,1) (p<0,001). Em relação à escolaridade a média de anos de estudos foi de 7,3 (DP= 2,9) para toda amostra, sendo significativamente maior no Nordeste (Sul: 7,2 - DP=2,9; Nordeste: 7,4 - DP=2,9; p= 0,019). A Tabela 1 descreve a amostra em relação às variáveis independentes estudadas para todas as mulheres e por região. A proporção de mulheres da categoria idade de risco para câncer de colo uterino 25 anos e mais foi de 53,9% no Sul e 47,8% no Nordeste. Aproximadamente metade da amostra referiu ter a cor da pele branca, sendo esta prevalência significativamente maior no Sul (71,1%) do que no Nordeste (43,2%). O estrato socioeconômico mais prevalente foi o E (40,8%), com predomínio desta categoria na região Nordeste (51,9%). Quanto aos fatores reprodutivos 32,2% das mulheres eram primíparas, não havendo diferença significativa entre as regiões. Considerando a utilização de serviços de saúde no último ano, cerca de um quarto das mulheres havia realizado consulta na UBS da área de abrangência para exame ginecológico (Sul= 25,2%; Nordeste= 23,8%; p= 0,307) e 18% consultou por outros motivos além do ginecológico (Sul = 19,9%; Nordeste = 16,3%; p= 0,004).

Na investigação sobre o conhecimento do exame preventivo 91,1% do total da amostra respondeu que conhecia o teste (Sul = 90,1%; Nordeste= 91,9%; p= 0,059). Mesmo conhecendo o exame, 17,3% das mulheres relatou que nunca o havia realizado (Sul = 17,6%; Nordeste= 17,0%; p = 0,648). Com o intuito de dimensionar esse conhecimento as mulheres foram questionadas quanto à periodicidade recomendada para a realização do exame. Para 55,7% o exame deveria ser realizado mais de uma vez ao ano, 43,1% acreditavam que o exame deveria ser realizado anualmente e apenas 0,2% de três em três anos, sem diferenças significativas entre as regiões.

A Tabela 2 apresenta cobertura e a adequação do exame preventivo do câncer do colo uterino. A cobertura foi de 75,3% (IC 95%: 74,0-76,7), não apresentando diferença significativa entre as regiões (Sul: 74,3%; Nordeste: 76,2; p=0,115). A prevalência de adequação do exame foi de 70,7 % (IC= 69,3 – 72,1) para total da amostra, sendo 69,4% (IC= 67,3 – 71,6) Sul e 71,8 (IC= 69,9 – 73,7) para Nordeste.

A Tabela 3 apresenta a associação bruta e ajustada da amostra entre as mulheres com exame preventivo do câncer do colo uterino adequado e as variáveis independentes. Pôde-se verificar após a análise ajustada que a adequação do exame preventivo foi mais freqüente entre as mulheres com 25 anos ou mais (RP= 1,28; IC95%: 1,18. – 1,39); de maior escolaridade especialmente entre as de nove anos ou mais de estudo (RP= 1,26; IC95%: 1,13 - ,1,39); entre as que realizaram pré-natal na última gestação (RP= 1,68, IC95%: 1,16 – 2,43) e aquelas consultaram na UBS da área de abrangência para exame ginecológico no último ano (RP= 0,97, IC95%: 0,88 – 1,08). Por outro lado à adequação foi menos freqüente entre as mulheres de estrato socioeconômico E (RP= 0,75; IC95%: 0,68 – 0,82) e primíparas (RP= 0,89; IC95%: 0,81 – 0,98).

As Tabelas 4 e 5 apresentam os resultados das análises bruta e ajustada para as regiões Sul e Nordeste respectivamente. Observou-se que a adequação do exame preventivo foi positivamente associada à idade e a consultar na UBS da área de abrangência para exame ginecológico no último ano para ambas as regiões. Sendo que no Sul a escolaridade também teve associação positiva. De forma contraria as mulheres do nível socioeconômico E tiveram menor freqüência de adequação do exame nas duas regiões. No Nordeste a adequação foi igualmente menos frequente entre as primíparas.

A associação entre maior adequação do citopatológico e realização de pré-natal na última gestação ficou no limiar de significância nas duas regiões.

## DISCUSSÃO

Realizar periodicamente o exame citopatológico é a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer de colo uterino. A alta cobertura da população alvo é o componente mais importante no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) para a redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero [23].

O presente estudo revelou que mais de 90% das mulheres estudadas conheciam o exame preventivo do câncer de colo uterino, contudo para 99% destas mulheres constatou-se conhecimento inadequado quanto a periodicidade de realização do exame. Tal achado é semelhante ao encontrado em outros estudos[8,21,24]. Ressalta-se que apesar da quase totalidade das entrevistadas conhecerem o exame há uma discordância entre a periodicidade referida pela amostra de mulheres como ideal e a recomendada pela literatura, um exame a cada três anos após dois exames consecutivos normais leva a uma redução dos custos não havendo uma redução significativa nos potenciais beneficios [8,9,12,17].

A cobertura do exame citopatológico encontrada foi de 75% nas mulheres residentes na área de abrangência de UBS. Este achado é superior ao encontrado em outros estudos [13,15,16,25] e inferior ao parâmetro recomendado pela OMS para o efeivo controle do câncer de colo uterino, que é no mínimo de 80% [26].

Quanto à adequação observou-se que apenas 71% das mulheres realizaram o exame com periodicidade adequada, ou seja, um exame nos últimos três anos. Tal achado é menor que o encontrado em estudos anteriores [10,16,24,27,28] .

A idade das mulheres com maior prevalência de citopatológico adequado foi de 25 anos ou mais,esse dado é positivo visto que as autoridades nacionais recomendam que a idade para inicio da coleta do exame citopatológico seja a partir dos 25 anos [1] .

Assim como em outros estudos as mulheres com maior escolaridade e de maior nível socioeconômico tiveram mais chance de ter citopatológico adequado quando comparadas aquelas de menor escolaridade [11,29]. Sabendo que baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico fatores de risco para câncer do colo uterino [9,11,13,17,29] as mulheres mais vulneráveis foram exatamente as que menos realizaram o exame.

As mulheres com mais de um filho e que realizaram exame ginecológico no último ano tiveram maior probabilidade de ter a periodicidade do exame adequado. Resultado semelhante a este foi observado em um estudo no qual ter filhos e consultar com médico no último ano foram os fatores associados mais importantes para a realização do exame citopatológico. Neste estudo os autores sugeriram que a prática do exame associada à maternidade além de aumentar a possibilidade de acesso ao serviço durante a gestação a mulher sente necessidade adicionais de auto cuidado e prevenção [30].

Considerando os aspectos metodológicos do presente estudo é importante salientar que as mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos apresentam maior probabilidade de estarem com exame citopatológico atualizado em relação as que não tiveram filhos em igual período, portanto é possível que tanto a cobertura como a adequação sejam menores do que a demonstrada neste estudo.

Por fim, concluímos que este estudo atinge seu objetivo de descrever a cobertura e adequação do exame preventivo do colo do útero, em duas importantes regiões do Brasil. Seus resultados indicam que é necessário ampliar e fortalecer as ações preventivas ofertadas pelos serviços de saúde, especialmente para subgrupos de mulheres mais vulneráveis.

**REFERÊNCIAS**

1- Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

2- World Health Organization. Comprehensive cervical câncer control: a guide to essential practice. Geneva: World Health Organization; 2007.

3- Pinho AA, França-junior I. Prevenção de câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização de teste de Papanicolau. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil. 2003; 3: 95-112.

4- Castro-jiménez MA, Vera-cala LM, Posso-valencia HJ. Epidemiología Del Cáncer De Cuello Uterino: Estado Del Arte. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2006, 57(1): 182-189.

5- Oliveira MM, Pinto IC. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2007,7(1):31-38.

6- Salomon D,.Breen N, Mcneel T. Cervical Cancer Screening Rates in the United States and the Potential Impact of Implementation of Screening Guidelines. CA Cancer J Clin. 2007, 57(2): 105-11.

7- Moscicki AB. HPV Vacines: Today and in the Future. J Adolesc Health. 2008,43: 26-40.

8- Pinho AA, Junior IF, Schraiber LB, D'oliveira AF. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. Cad. Saúde Pública.2003; 19(2): S303- 13.

9- Quadros CAT, Victora CG, Costa JSD. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. Rev Panam Salud Publica. 2004;16(4):223–32.

10- Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame Papanicolau no Brasil e seus determinantes: uma revisão sistematizada da literatura. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(8): 485-92.

11- Oliveira MMHN, Silva AAM, Brito LMO, Coimbra LC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaau em São Luiz, Maranhão. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2006; 9: 325-34.

12- Neto JFR, Figueiredo MFS, Siqueira LG. Exame citopatológico do colo do útero: fatores associados a não realização em ESF. Rev. Eletr. Enf.2008; 10(3): 610-21.

13- Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLTA, Aquino EML, Menezes G, Szwarcwald CL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. Cad, Saúde Pública. 2009; 25(2): S301-9.

14- DAY, N. E. The epidemiological basis for evaluation of different screening policies. In:

Screening for Cancer of the Uterine Cervix (M. Hakama, A. B. Miller & N. E. Day, ed.), IARC Scientific Publications 76, p.149-160, Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1986.

15- Dias-da-costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Borba AT, Motta GLS, Fuchs SC. Cobertura do Exame Citopatológico na Cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(1): 191-7.

16- Leal MC, Gama SGN, Frias P, Szwarcwald CL. Estilos de vida saudáveis e acesso aos exames periódicos de saúde entre mulheres brasileiras. Cad. Saúde Pública. 2005; 21(1): S78-S88.

17- Hackenhaar AA, Cesar JA, Domingues MR. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. Rev. Bras Epidemiol. 2006; 9(1): 103-11.

18- Amorin VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(11): 2329-38.

19- Cruz LMB, Loureiro RP. Comunicação na Abordagem Preventiva do Câncer do Colo do Útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. Saúde Soc. São Paulo. 2008; 17(2): 120-31.

20- Cirino FMSB, Nichiata LYI, Borges ALV. Conhecimento, Atitude e Práticas na Prevenção do Câncer. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010; 14(1): 126-34.

21- Gonçalves CL, Duarte G, Dias da Costa JS, Quintana SM, Marcolin AC. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. Ciênc. Saúde Coletiva. 2011;16(5): 2501-510.

22- Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. Ciencia Saúde Coletiva. 2006; 11(3): 669-81.

23- World Health Organization. Programmes and projects. Cancer. Screening and early detection of cancer. [acesso em 08 fev 2011]. Disponível em : http://www.who.int/cancer/detection/cytologyscreen/en/index.htm

24- Fernandes RAQ, Narchi NZ. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. Revista Brasileira de Cancerologia. 2002; 48(2): 223-30.

25- Gakidou E, Nordhagen S, Obermeyer Z. Coverage of cervical cancer screening in 57 countries: Low average levels and large inequalities. PLoS Medicine.2008, 5 (4): 863-68.

26- World Health Organization. World Cancer Report 2008. Geneva: World Health Organization, 2008.

27- Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. Ciência & saúde coletiva. 2006; 11(3): 643-55.

28- Bottari CMS, Vasconcellos MM, Mendonça MHM. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(1): S111-22.

29- Cesar JA, Horta BL, Gomes G, Houlthausen RS, Willrich RM, Kaercher A, Iastrenski FM. Fatores Associados à não Realização de Exame Citopatológico de Colo Uterino no Extremo Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(5): 1365-72.

30- Novaes HMD, Braga PE, Schout D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003.

**Tabela 1. Características do contexto, sociodemográficas, reprodutivas, de utilização de serviços e do conhecimento sobre o exame preventivo do câncer de colo uterino da amostra de mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, 2005.**

| Variáveis | Total | Sul | NE | P |
|---|---|---|---|---|
| | N (%) | N (%) | N (%) | |
| **Contexto** | | | | |
| **Modelo de atenção da UBS da área de abrangência** | | | | <0,001 |
| Tradicional | 1372 (34,8) | 744 (40,7) | 628 (29,7) | |
| PSF | 2567 (65,2) | 1082 (59,3) | 1485 (70,3) | |
| **Demográficas** | | | | |
| **Idade de risco para câncer de colo uterino** | | | | |
| Até 24 | 1945 (49,4) | 842 (46,1) | 1103 (52,2) | <0,001 |
| 25 e mais | 1993 (50,6) | 984 (53,9) | 1009 (47,8) | |
| **Cor da pele** | | | | |
| Branca | 2212 (56,2) | 1299 (71,1) | 913 (43,2) | <0,001 |
| Não branca | 1726 (43,8) | 527 (28,9) | 1199 (56,8) | |
| **Socioeconômicas** | | | | |
| **Escolaridade em tercis** | | | | |
| 0 a 5 anos | 1218 (30,9) | 593 (33,9) | 625 (32,1) | 0,004 |
| 6 a 8 anos | 1277 (32,4) | 641 (36,6) | 636 (32,6) | |
| 9 e mais | 1203 (30,4) | 516 (29,5) | 687 (35,3) | |
| **Nível socioeconômico ABEP*** | | | | <0,001 |
| BC | 1010 (26,9) | 646 (36,7) | 364 (18,2) | |
| D | 1216 (32,3) | 617 (35,1) | 599 (30,0) | |
| E | 1534 (40,8) | 497 (28,2) | 1037 (51,9) | |
| **Reprodutivas** | | | | |
| **Primiparidade** | | | | 0,263 |
| Não | 2670 (67,8) | 1253 (68,7) | 1417 (67,1) | |
| Sim | 1266 (32,2) | 570 (31,3) | 696 (32,9) | |
| **Utilização de serviços de saúde** | | | | 0,831 |
| **Fez pré-natal na última gestação** | | | | |
| Não | 97 (2,5) | 46 (2,5) | 51 (2,4) | |
| Sim | 3840 (97,5) | 1779 (97,5) | 2061 (97,6) | |
| **Consulta na UBS da área de abrangência para exame ginecológico#** | | | | |
| Não | 2958 (75,5) | 1352 (74,8) | 1606 (76,2) | 0,307 |
| Sim | 958 (24,5) | 456 (25,2) | 502 (23,8) | |
| **Consulta na UBS da área de abrangência por outros motivos além do ginecológico#** | | | | 0,004 |
| Não | 3215 (82,0) | 1459 (80,1) | 1756 (83,7) | |
| Sim | 706 (18,0) | 363 (19,9) | 343 (16,3) | |
| **Cuidado ginecológico** | | | | |
| **Conhecimento sobre o exame preventivo** | | | | |
| Não | 352 (8,9) | 180 (9,9) | 172 (8,1) | 0,059 |
| Sim | 3585 (91,1) | 1645 (90,1) | 1940 (91,9) | |
| **Realização do ultimo exame preventivo na UBS da área de abrangência** | | | | 0,122 |
| Não | 1826 (61,8) | 812 (60,3) | 1014 (63,1) | |
| Sim | 1127 (38,2) | 534 (39,7) | 593 (36,9) | |

*** ABEP: Associação Brasileira de Empresas de pesquisa.**
**# UBS: Unidade Básica de Saúde.**

**Tabela 2. Cobertura e adequação do exame preventivo do câncer de colo uterino da amostra de mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, 2005.**

| **Variável** | Total | | Sul | | Nordeste | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % IC 95% | N | % IC 95% | N | % IC 95% | p |
| **Cobertura** | 3935 | 75,3 (74,0 – 76,7) | 1823 | 74,3 (72,3 – 76,3) | 2112 | 76,2 74,4 – 78,0 | 0,155 |
| **Adequação** | 2964 | 70,7 (69,3 – 72,1) | 1796 | 69,4 (67,3 – 71,6) | 2057 | 71,8 (69,9 – 73,7) | 0,107 |

**Tabela 3. Prevalência de adequação do exame preventivo do câncer do colo uterino conforme as variáveis independentes, análise bruta e ajustada da amostra de mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, 2005.**

| Variável (Nível) | Análise Bruta | | | Análise Ajustada | |
|---|---|---|---|---|---|
| | % | RP(IC95%) | P | RP(IC95%) | P |
| **Modelo de atenção** | | | 0,849 | | 0,747 |
| Tradicional | 71,1 | 1 | | 1 | |
| PSF | 70,5 | 0,99 (0,92 – 1,07) | | 1,01 (0,93 – 1,10) | |
| **Idade de risco para câncer** | | | <0,001 | | <0,001 |
| Até 24 anos | 61,9 | 1 | | 1 | |
| 24 anos e mais | 79,2 | 1,28 (1,19 - 1,38) | | 1,28 (1,18 – 1,39) | |
| **Cor da pele** | | | 0,030 | | 0,886 |
| Branca | 73,3 | 1 | | 1 | |
| Não branca | 67,3 | 0,92 (0,85 – 0,99) | | 0,99 (0,92 – 1,08) | |
| **Escolaridade** | | | <0,001 | | <0,001[T] |
| 0 – 5 anos | 62,2 | 1 | | 1 | |
| 6 – 8 anos | 70,9 | 1,14 (1,03 – 1,26) | | 1,14 (1,03 – 1,26) | |
| 9 anos e mais | 82,8 | 1,33 (1,21 – 1,46) | | 1,26 (1,13 – 1,39) | |
| **Nível socioeconômico** | | | <0,001 | | 0,006[T] |
| BC | 81,6 | 1 | | 1 | |
| D | 74,6 | 0,91 (0,83 – 1,00) | | 0,98 (0,89 – 1,08) | |
| E | 60,9 | 0,75 (0,68 – 0,82) | | 0,86 (0,78 – 0,96) | |
| **Primiparidade** | | | 0,003 | | 0,017 |
| Não | 73,5 | 1 | | 1 | |
| Sim | 64,8 | 0,88 ( 0,81 – 0,96) | | 0,89 (0,81 – 0,98) | |
| **Fez pré-natal na última gestação** | | | <0,001 | | 0,006 |
| Não | 35,1 | 1 | | 1 | |
| Sim | 71,6 | 2,04 (1,45 – 2,87) | | 1,68 (1,16 – 2,43) | |
| **Consulta na UBS da área de abrangência para exame ginecológico*** | | | <0,001 | | <0,001 |
| Não | 65,8 | 1 | | 1 | |
| Sim | 86,1 | 1,07 (1,04 – 1,11) | | 1,29 (1,16 – 2,43) | |
| **Consulta na UBS da área de abrangência por outros motivos além do ginecológico*** | | | 0,914 | | 0,599 |
| Não | 70,8 | 1 | | 1 | |
| Sim | 70,4 | 0,99 (0,90 – 1,10) | | 0,97 (0,88 – 1,08) | |

[T] Teste de tendência linear.
* Unidade Básica de Saúde.

**Tabela 4. Prevalência de adequação do exame preventivo do câncer do colo uterino conforme as variáveis independentes, análise bruta e ajustada da amostra de mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos nas regiões Sul do Brasil, 2005.**

| Variável (Nível hierárquico) | Análise Bruta | | | Análise Ajustada | |
|---|---|---|---|---|---|
| | % | RP(IC95%) | P | RP(IC95%) | P |
| **Modelo de atenção (1)** | | | 0,757 | | 0,839 |
| Tradicional | 70,2 | 1 | | 1 | |
| PSF | 68,9 | 0,98 (0,88 – 1,10) | | 1,01 (0,90 – 1,14) | |
| **Idade de risco para câncer (1)** | | | <0,001 | | <0,001 |
| Até 24 anos | 60,5 | 1 | | 1 | |
| 24 anos e mais | 77,1 | 1,27 (1,14 – 1,42) | | 1,29 (1,15 – 1,45) | |
| **Cor da pele (1)** | | | 0,328 | | 0,780 |
| Branca | 70,7 | 1 | | 1 | |
| Não branca | 66,4 | 0,94 (0,83 – 1,06) | | 1,02 (0,89 – 1,16) | |
| **Escolaridade (1)** | | | <0,001 | | <0,001 |
| 0 – 5 anos | 58,8 | 1 | | 1 | |
| 6 – 8 anos | 70,1 | 1,19 (1,04 – 1,37) | | 1,19 (1,02 – 1,38) | |
| 9 anos e mais | 84,5 | 1,45 (1,25 – 1,66) | | 1,35 (1,15 – 1,57) | |
| **Nível socioeconômico (1)** | | | <0,001 | | 0,018 |
| BC | 80,5 | 1 | | 1 | |
| D | 71,8 | 0,89 (0,78 – 1,01) | | 0,98 (0,86 – 1,12) | |
| E | 54,0 | 0,67 (0,58 – 0,78) | | 0,80 (0,68 – 0,95) | |
| **Primiparidade (2)** | | | 0,362 | | 0,319 |
| Não | 70,6 | 1 | | 1 | |
| Sim | 66,7 | 0,94 (0,84 – 1,07) | | 0,93 (0,80 – 1,07) | |
| **Fez pré-natal na última gestação (2)** | | | 0,004 | | 0,056 |
| Não | 33,3 | 1 | | 1 | |
| Sim | 70,3 | 2,11 (1,27 – 3,51) | | 1,65 (0,99 – 2,75) | |
| **Consulta na UBS da área de abrangência para exame ginecológico* (2)** | | | <0,001 | | <0,001 |
| Não | 64,6 | 1 | | 1 | |
| Sim | 84,2 | 1,30 (1,15 – 1,50) | | 1,31 (1,16 – 1,48) | |
| **Consulta na UBS da área de abrangência por outros motivos além do ginecológico* (2)** | | | 0,651 | | 0,947 |
| Não | 69,0 | 1 | | 1 | |
| Sim | 71,3 | 1,03 (0,90 – 1,19) | | 0,99 (0,86 – 1,15) | |

[1] Teste de tendência linear.
* Unidade Básica de Saúde.

**Tabela 5. Prevalência de adequação do exame preventivo do câncer do colo uterino conforme as variáveis independentes, análise bruta e ajustada da amostra de mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos nas regiões Nordeste do Brasil, 2005.**

| Variável (Nível hierárquico) | Análise Bruta | | | Análise Ajustada | |
|---|---|---|---|---|---|
| | % | RP(IC95%) | P | RP(IC95%) | P |
| **Modelo de atenção (1)** | | | 0,918 | | 0,942 |
| Tradicional | 72,1 | 1 | | 1 | |
| PSF | 71,7 | 0,99 (0,89 – 1,11) | | 1,00 (0,89 – 1,13) | |
| **Idade de risco para câncer (1)** | | | <0,001 | | <0,001 |
| Até 24 anos | 63,1 | 1 | | 1 | |
| 24 anos e mais | 81,4 | 1,29 (1,16 – 1,42) | | 1,28 (1,15 – 1,43) | |
| **Cor da pele (1)** | | | 0,014 | | 0,311 |
| Branca | 77,0 | 1 | | 1 | |
| Não branca | 67,8 | 0,88 (0,79 – 0,97) | | 0,94 (0,85 – 1,06) | |
| **Escolaridade (1)** | | | 0,001 | | 0,065[T] |
| 0 – 5 anos | 65,5 | 1 | | 1 | |
| 6 – 8 anos | 71,6 | 1,09 (0,95 – 1,25) | | 1,08 (0,94 – 1,25) | |
| 9 anos e mais | 81,5 | 1,24 (1,09 – 1,41) | | 1,15 (0,99 – 1,33) | |
| **Nível socioeconômico (1)** | | | <0,001 | | 0,045[T] |
| BC | 83,6 | 1 | | 1 | |
| D | 77,5 | 0,92 (0,80 – 1,07) | | 0,97 (0,84 – 1,13) | |
| E | 64,3 | 0,77 (0,67 – 0,88) | | 0,86 (0,74 – 1,01) | |
| **Primiparidade (2)** | | | <0,001 | | 0,017 |
| Não | 76,1 | 1 | | 1 | |
| Sim | 63,3 | 0,83 (0,74 – 0,93) | | 0,86 (0,76 – 0,97) | |
| **Fez pré-natal na última gestação (2)** | | | 0,004 | | 0,059 |
| Não | 36,7 | 1 | | 1 | |
| Sim | 72,7 | 1,98 (1,24 – 3,14) | | 1,66 (0,98 – 2,82) | |
| **Consulta na UBS da área de abrangência para exame ginecológico* (2)** | | | <0,001 | | <0,001 |
| Não | 66,8 | 1 | | 1 | |
| Sim | 87,8 | 1,31 (1,17 – 1,47) | | 1,28 (1,14 – 1,45) | |
| **Consulta na UBS da área de abrangência por outros motivos além do ginecológico* (2)** | | | 0,584 | | 0,580 |
| Não | 72,2 | 1 | | 1 | |
| Sim | 69,5 | 0,96 (0,83 – 1,10) | | 0,96 (0,83 – 1,11) | |

[T] Teste de tendência linear.
* Unidade Básica de Saúde.

## 12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo envolveu uma amostra de mulheres residentes em áreas de abrangência de Unidades Básicas em duas regiões do país, com uma abrangência significativa para um tema pouco explorado na literatura nacional quando o foco é a adequação. O estudo foi realizado com tamanho de amostra que garantiu um alto poder estatístico, para as análises propostas.

Os seus resultados possibilitaram conhecer informações relacionadas tanto às características demográficas, socioeconômicas e reprodutivas das mulheres estudadas, quanto às da prevenção do câncer de colo do útero e do modelo de atenção da UBS da área de abrangência de sua moradia. Apresenta também as associações entre o desfecho estudado e as variáveis independentes, fornecendo dados relevantes aos gestores de saúde para a organização do sistema de saúde.

O estudo mostra que a cobertura do exame preventivo do câncer de colo do útero, apesar de superar a hipótese levantada, ainda está baixo do parâmetro de 80% considerado o mínimo necessário para o efetivo controle desta doença.

No que se refere adequação do exame a prevalência situou-se abaixo da esperada e esteve positivamente associada com idade maior de 25 anos, maior escolaridade, realização de pré-natal na última gestação e ter consultado para exame ginecológico na UBS da área de abrangência no último ano. Por outro lado a adequação foi menos freqüente entre as mulheres do estrato socioeconômico mais baixo e as primíparas.

Por fim, concluímos que este estudo atinge seu objetivo de descrever a cobertura e adequação do exame preventivo do colo do útero, em duas importantes regiões do Brasil. Certamente contribuirá para o avanço no conhecimento da preveção do câncer de colo uterino, preenchendo uma lacuna até então existente na literatura nacional quanto a adequação do exame. Caracteriza-se ainda como um estudo de linha de base, em relação a temática, para a comparação com estudos futuros.

## 13. ANEXOS

Anexo 1. Questionário para coleta de dados das mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos anteriores à pesquisa.

Anexo 2. Carta aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

Anexo 3. Carta de autorização do coordenador da pesquisa.

Anexo 4. Resumo do estudo “Cobertura e adequação do exame preventivo do câncer de colo do útero nas regiões Sul e Nordeste do Brasil” apresentado em congresso.

Anexo 5. Parecer do artigo submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem .

Anexo 6. Artigo 2 Composição das equipes de Centros de Atenção Psicosocial da região Sul do Brasil, submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem .

## Anexo 1. Questionário para coleta de dados

| | |
|---|---|
| **Universidade Federal de Pelotas**<br>**Centro de Pesquisas Epidemiológicas**<br><br>**Monitoramento e Avaliação do**<br>**Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)**<br><br>**QUESTIONÁRIO M**<br>**MULHERES QUE TIVERAM FILHO NOS ÚLTIMOS 2 ANOS** | **NÃO ESCREVER NESTA COLUNA** |
| **BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO** | |
| M1. Estado: __<br>M2. Município: _____<br>M3. Unidade Básica de Saúde(UBS): _____<br>M4. Número de identificação: __ __ __ __ __ __ __ | *MLOTE* __ __ __<br><br>*MQUESDO* __ __ __ __ __ __ __ |
| M5. UBS Grupo: (1) PSF pré-PROESF (2) PSF pós-PROESF (3) Mista<br>(4) AB tradicional (5) Outra _____ | *MGRUPO* __ |
| M6. Nome do(a) entrevistador (a):_____ | *MENTN* __ __ |
| M7.Horário de início da entrevista: __ __ : __ __ hs | *MHO1* __ __ : __ __ |
| **M8. Qual é o seu nome?**_____<br>**M9.** Endereço: _____<br>_____<br>**M10. Qual o telefone pata contato?** ( ) _____ | |
| **BLOCO B - INFORMAÇÕES MATERNAS** | |
| **M11. Qual a sua idade?** __ __ anos | *MID* __ __ |
| M12. Cor da mulher (observar): (1) Branca (2) Parda (3) Preta ( ) Outra:_____ | *MCOR* __ |
| **M13. A Sra sabe ler e escrever?**<br>(0) Não (1) Sim (2) Só assina o nome | |

| | |
|---|---|
| SE NÃO OU SÓ ASSINA O NOME PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR À PERGUNTA M15 | |
| **M14. Qual o seu último ano de estudo? _____**<br>___ ___ anos de estudo (88)NSA (99) IGN | *MESCMU __ __* |
| ***"Vamos começar conversando sobre sua(s) gravidez(es)".*** | |
| **M15. Quantas vezes na sua vida a Sra. ficou grávida?** __ __ vezes | *MGEST __ __* |
| **M16. Quantos filhos nasceram?** __ __ filhos | *MNASC__ __* |
| **M17. Qual o nome do seu(sua) último(a) filho(a)? _____** | |
| **M18. Qual a idade do(a) <***nome da criança***>?** __ __ meses | *MCRID __ __* |
| **M19. Com relação à gravidez do(a)** *<nome da criança>***, a Sra fez alguma consulta de pré-natal?**<br>(0) Não (1) Sim<br>SE NÃO FEZ PRÉ-NATAL PULAR PARA A QUESTÃO M42 | *MPREN __* |
| ***"Agora vamos falar sobre o pré-natal do(a)*** *<nome da criança>* ***".*** *Primeiramente pergunte:* ***"A Sra. está com o cartão ou carteira do pré-natal? Posso olhar?"*** *Se a entrevistada tem o cartão do pré-natal anotar as informações pedidas no local correspondente (Cartão). Posteriormente, pergunte a entrevistada as mesmas informações e registre na local correspondente (Mulher).* | |
| **M20. A Sra tem o cartão do pré-natal?**<br>(0) Não (1) Sim (8) NSA | *MCARPN __* |
| **M21. Em que mês da gravidez a Sra. fez a primeira consulta de pré-natal?**<br>__ mês __semanas (Cartão) __ mês __semanas (Mulher)<br>(88) NSA (99) IGN | *MMESPNC __ __*<br>*MMESPNM __ __* |
| **M22. Durante o pré-natal do(a)** *<nome da criança>* **quantas vezes a Sra. consultou em outro local que não o** *<Posto de Saúde da abrangência>***?**<br>__ __ vezes (Cartão) __ __ vezes (Mulher) (88) NSA (99) IGN | *MLOCPNC1 __ __*<br>*MLOCPNM1 __ __* |
| **M23. Durante o pré-natal do(a)** *<nome da criança>* **quantas vezes a Sra. consultou no** *<Posto de Saúde da abrangência>***?**<br>__ __ vezes (Cartão) __ __ vezes (Mulher) (88) NSA (99) IGN | *MLOCPNC2 __ __*<br>*MLOCPNM2 __ __* |

| | |
|---|---|
| SE NÃO CONSULTOU DURANTE O PRÉ-NATAL NO POSTO DE SAÚDE DA ABRANGÊNCIA APLIQUE A QUESTÃO M24 E PULE PARA A QUESTÃO M41<br>SE CONSULTOU PELO MENOS UMA VEZ DURANTE O PRÉ-NATAL NO POSTO DE SAÚDE DA ABRANGÊNCIA PULE PARA A QUESTÃO M25 | |
| **M24. Por que não consultou no** *<Posto de Saúde da abrangência>***durante o pré-natal do(a)** *<nome da criança>***?**<br>_____<br>_____<br>_____<br>(88) NSA | *MPNABNAO* __ __ |
| **M25. Durante o pré-natal no** *<Posto de Saúde da abrangência>* **quantas vezes a Sra. consultou com o mesmo médico?**<br>__ __ vezes (88) NSA (99) IGN | *MPNMMED* __ __ |
| **M26. Qual sua opinião sobre o atendimento pré-natal no** *<Posto de Saúde de abrangência>***?**<br>_____<br>_____ (88) NSA | *MOPIPN* __ __ |
| **M27. Avalie, na escala abaixo, sua satisfação com o atendimento pré-natal do** *<Posto de Saúde de abrangência>*?<br>0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10<br>Ruim Ótimo (88,8) NSA | *MESCPN* __ __ , __ |
| **M28. Durante o pré-natal no** *<Posto de Saúde da abrangência>* **a Sra. foi informada sobre a importância de iniciar a amamentação ao peito dentro da primeira hora de vida do(a)** *<nome da criança>***?**<br>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | *MALHOR* __ |
| **M29. Durante o pré-natal do(a)** *<nome da criança>* **no** *<Posto de Saúde da abrangência>* **a Sra. foi ouvida quanto as suas preocupações ou problemas com a amamentação ao peito?**<br>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | *MALPRO* __ |
| **M30. Durante o pré-natal do(a)** *<nome da criança>* **no** *<Posto de Saúde da abrangência>* **a Sra. foi orientada sobre como resolver dificuldades ou problemas com relação a amamentação ao peito?**<br>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | *MALREPR* __ |

| | |
|---|---|
| **M31. Durante o pré-natal do(a)** *<nome da criança>* **no** *<Posto de Saúde da abrangência>* **a Sra. recebeu orientações sobre posições da criança e da mãe para o aleitamento materno?**<br>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | *MALPOSI* __ |
| **M32. Durante o pré-natal do(a)** *<nome da criança>* **no** *<Posto de Saúde da abrangência>* **a Sra. recebeu orientações sobre como extrair o leite do peito ?**<br>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | *MALEXT* __ |
| **M33. Durante o pré-natal do(a)** *< nome da criança>* **no** *<Posto de Saúde da abrangência>* **a Sra. recebeu informações sobre as vantagens da amamentação exclusiva ao peito até os 6 meses de vida?**<br>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | *MAL6M* __ |
| **M34. Durante o pré-natal do(a)** *< nome da criança>* **no** *<Posto de Saúde da abrangência>* **a Sra. recebeu informações para continuar amamentando até os 2anos de idade ou mais?**<br>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | *MAL2A* __ |
| **M35. Durante o pré-natal do(a)** *<nome da criança>* **no** *<Posto de Saúde da abrangência>* **a Sra. foi encorajada a amamentar ao peito sempre que a criança quisesse, sem horário marcado?**<br>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | *MALIVR* __ |
| **M36. Durante o pré-natal do(a)** *<nome da criança>* **no** *<Posto de Saúde da abrangência>* **a Sra. foi informada sobre a importância da criança sugar o peito para a produção do leite?**<br>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | *MALSUC* __ |
| **M37. Durante o pré-natal do(a)** *<nome da criança>* **no** *<Posto de Saúde da abrangência>* **a Sra. foi avisada dos prejuízos do uso de mamadeiras para as crianças durante a amamentação ao peito?**<br>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | *MALMAMD* __ |
| **M38. Durante o pré-natal do(a)** *<nome da criança>* **no** *<Posto de Saúde da abrangência>* **a Sra. foi avisada dos prejuízos do uso de chupetas ou bico para as crianças durante a amamentação ao peito?**<br>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | *MALBICO* __ |
| **M39. Durante o pré-natal do(a)** *<nome da criança>* **a Sra. recebeu algum suporte ou apoio para amamentar através de reuniões ou grupos de gestantes no** *<Posto de Saúde da abrangência>* **ou de visitas domiciliares?**<br>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | *MALAPPN* __ |

| | |
|---|---|
| **M40. Imediatamente após o parto do(a)** *<nome da criança>* **a Sra. recebeu algum suporte ou apoio para amamentar através de reuniões ou grupos de gestantes no** *<Posto de Saúde da abrangência>* **ou de visitas domiciliares?** | *MALAPPP* __ |
| (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | |
| *As perguntas a seguir devem ser aplicadas independente do local onde fez pré-natal Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre exames que a Sra. possa ter feito durante a gravidez do(a) <nome da criança>.* | |
| **M41. A Sra fez algum exame:** | |
| **Para ver se estava com anemia (hemoglobina ou Hb)?** | |
| ___ vezes (Cartão) (8) NSA (9) IGN | *MNANEC* __ |
| ___ vezes (Mulher) (9) IGN | *MNANEM* __ |
| **Para ver se estava com sífilis (VDRL)?** | |
| ___ vezes (Cartão) (8) NSA (9) IGN | *MNSIFC* __ |
| ___ vezes (Mulher) (9) IGN | *MNSIFM* __ |
| **De urina (Exame Comum de Urina / ECU / EQU) ?** | |
| ___ vezes (Cartão) (8) NSA (9) IGN | *MNEQUC* __ |
| ___ vezes (Mulher) (9) IGN | *MNEQUM* __ |
| **Exame de HIV/AIDS?** | |
| ___ vezes (Cartão) (8) NSA (9) IGN | *MNHIVC* __ |
| ___ vezes (Mulher) (9) IGN | *MHIVM* __ |
| **Para ver o açúcar no sangue (de Diabete / de glicose no sangue / de glicemia)?** | |
| ___ vezes (Cartão) (8) NSA (9) IGN | *MNGLIC* __ |
| ___ vezes (Mulher) (9) IGN | *MNGLIM* __ |
| **Para ver se tinha hepatite?** | |
| ___ vezes (Cartão) (8) NSA (9) IGN | *MNHEPC* __ |
| ___ vezes (Mulher) (9) IGN | *MNHEPM* __ |
| **Ultra-som ou ultrassonografia?** | |
| __ __ vezes (Cartão) (8) NSA (9) IGN | *MNUSGC* __ __ |
| __ __ vezes (Mulher) (9) IGN | *MNUSGM* __ __ |
| **M42. A Sra sabia qual era o seu tipo de sangue quando estava grávida do(a)** *<nome da criança>***?** | |
| Cartão (0) Não (1) Sim (8( NSA (9) IGN | *MGSC* __ |
| Mulher (0) Não (1) Sim (9) IGN | *MGSM* __ |

| | |
|---|---|
| **M43. A Sra. fez vacina contra tétano (antitetânica) nesta gravidez?** | |
| ___ doses (Cartão) (8) NSA (9) IGN | *MNVAPNC* __ |
| ___ doses (Mulher) (9) IGN | *MVAPNM* __ |
| **M44. Quantas doses da vacina contra o tétano a Sra. tinha antes desta gravidez?** ___ doses | *MNVAPRC* __ |
| ___ doses (Cartão) ___ doses (Mulher) (9) IGN | *MNVAPRM* __ |
| SE A RESPOSTA FOR ZERO DOSE OU NÃO SABE TANTO PARA O REGISTRO DO CARTÃO QUANTO PARA A REFERÊNCIA DA MULHER, PULAR PARA A PERGUNTA M46 | |
| **M45. Há quanto tempo fez a última dose da vacina antes do pré-natal do(a)** *<nome da criança>***?** | |
| Há mais de 5 anos (Cartão) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | *M5AVATC* __ |
| Há 5 anos ou menos (Cartão) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | *M4AVATC* __ |
| Há mais de 5 anos (Mulher) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | *M5AVATM* |
| Há 5 anos ou menos (Mulher) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN | *M4AVATM* |
| ***Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre problemas de saúde que possam ter acontecido durante a gravidez do(a) <nome da criança>.*** | |
| **M46. A Sra. teve anemia na gravidez do(a)** *<nome da criança>***:** | *MPNANE* __ |
| (0) Não → PULE PARA M51 (1) Sim (9) IGN→ PULE PARA M51 | |
| **M47. Foi lhe receitado algum remédio para tratar anemia?** | *MPNANER* __ |
| (0) Não → PULE PARA M51 (8) NSA | |
| ( ) Sim. Quem receitou? (1) Médico do *<Posto de Saúde da abrangência>* | |
| (2) Médico de outro local | |
| **M48. A Sra. deixou de tomar o remédio para tratar anemia?** | *MANENR* __ |
| (0) Não (1) Sim → PULE PARA M 50 (8) NSA | |

| | |
|---|---|
| **M49. A Sra. conseguiu o remédio para tratar anemia de graça?**<br>(0) Não (1) Sim, sempre ou quase sempre *no <Posto de Saúde da abrangência>*<br>(2) Sim, sempre ou quase sempre em outro Posto de Saúde<br>(3) Sim, sempre ou quase sempre de outro modo<br>(8) NSA | *MANERG* __ |
| **M50. Por que a Sra. não tomou o remédio para tratar anemia?**<br>(0) Não quis (1) Esqueceu (2) Não tinha no Posto de Saúde da abrangência<br>(3) Não tinha em outro Posto de Saúde ( )Outro:_____ (8) NSA | *MANENU* __ |
| **M51. A Sra. teve infecção de urina na gravidez do(a)** *<nome da criança>***:**<br>(0) Não → PULE PARA M56 (1) Sim (9) IGN → PULE PARA M56 | *MPNIU* __ |
| **M52. Foi lhe receitado algum remédio para tratar infecção de urina?**<br>(0) Não → PULE PARA M56 (8) NSA<br>( ) Sim. Quem receitou? (1) Médico do *<Posto de Saúde da abrangência>*<br>(2) Médico de outro local | *MPNIUR* __ |
| **M53. A Sra. deixou de tomar o remédio para tratar infecção de urina?**<br>(0) Não (1) Sim → PULE PARA M55 (8) NSA | *MNIUR* __ |
| **M54. A Sra. conseguiu o remédio para tratar infecção de urina de graça?**<br>(0) Não (1) Sim, sempre ou quase sempre *no <Posto de Saúde da abrangência>*<br>(2) Sim, sempre ou quase sempre em outro Posto de Saúde<br>(3) Sim, sempre ou quase sempre de outro modo<br>(8) NSA | *MIURG* __ |
| **M55. Por que a Sra. não usou o remédio para tratar infecção de urina?**<br>(0) Não quis (1) Esqueceu (2) Não tinha no Posto de Saúde da abrangência<br>(3) Não tinha em outro Posto de Saúde ( )Outro:_____ (8) NSA | *MIUNU* __ |
| **M56. A Sra. teve pressão alta na gravidez do(a)** *<nome da criança>***:**<br>(0) Não → PULE PARA M61 (1) Sim (9) IGN → PULE PARA M61 | *MPNPA* __ |
| **M57. Foi lhe receitado algum remédio para tratar pressão alta?**<br>(0) Não → PULE PARA M61 (8) NSA<br>( ) Sim. Quem receitou? (1) Médico do *<Posto de Saúde da abrangência>*<br>(2) Médico de outro local | *MPNPAR* __ |

| | |
|---|---|
| **M58. A Sra. deixou de tomar o remédio para tratar pressão alta?**<br>(0) Não (1) Sim → PULE PARA M60 (8) NSA | *MPAR* __ |
| **M59. A Sra. conseguiu o remédio para tratar pressão alta de graça?**<br>(0) Não (1) Sim, sempre ou quase sempre *no <Posto de Saúde da abrangência>*<br>(2) Sim, sempre ou quase sempre em outro Posto de Saúde<br>(3) Sim, sempre ou quase sempre de outro modo<br>(8) NSA | *MPARG* __ |
| **M60. Por que a Sra. não usou o remédio para tratar pressão alta?**<br>(0) Não quis (1) Esqueceu (2) Não tinha no Posto de Saúde da abrangência<br>(3) Não tinha em outro Posto de Saúde ( )Outro:_____ (8) NSA | *MPANU* __ |
| ***Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre métodos ou maneiras para evitar filhos ou evitar ficar grávida*** | |
| **M61. O que a Sra. usa para evitar filhos (não ficar grávida)?** | |
| Não usa método algum (não se cuida) (0) Não (1) Sim→ PULE PARA M66 | *MNADA* __ |
| Pílula (0) Não (1) Sim→ APLIQUE M62 a M65 | *MPIL* __ |
| Injeção (0) Não (1) Sim→ APLIQUE M62 a M65 | *MINJ* __ |
| Tabelinha (0) Não (1) Sim | *MTAB* __ |
| Camisinha (0) Não (1) Sim | *MCAMIS* __ |
| DIU (0) Não (1) Sim | *MDIU* __ |
| Fez ligadura (0) Não (1) Sim | *MLIG* __ |
| Foi histerectomizada (retirada do útero) (0) Não (1) Sim | *MHISTR* __ |
| Ele se cuida (coito interrompido) (0) Não (1) Sim | *MINTER*__ |
| Ele fez vasectomia (0) Não (1) Sim | *MVAS* __ |
| *As perguntas do próximo bloco (M62 a M65) só deverão ser respondidas por mulheres que utilizam pílula anticoncepcional ou injeção como método anticoncepcional.* | |
| **M62. Como a Sra. consegue a pílula ou a injeção que usa?**<br>(1) Compra<br>(2) É fornecida pelo *<Posto de Saúde da abrangência>*<br>(3) É fornecida em outro posto de saúde<br>( ) Outro modo:_____<br>(8) NSA | *MACOND* __ |

| | |
|---|---|
| **M63. Nos últimos 30 dias a Sra. deixou de usar a pílula ou injeção que precisava por falta de fornecimento do posto de saúde?**<br>(1) Não. O <*Posto de Saúde da abrangência*> forneceu<br>(2) Não. Consegui em outro posto de saúde<br>(3) Não. Comprei ou consegui de outro modo<br>(4) Sim (8) NSA | *MUACO30* __ |
| **M64. Onde a Sra. recebeu orientação para usar a pílula ou a injeção?**<br>(1) <*Posto de Saúde da abrangência*> (2) Outro local<br>(8) NSA (9) IGN | *MACORI1* __ |
| **M65. Quem lhe deu a orientação sobre como usar a pílula ou a injeção?**<br>(1) Médico ginecologista<br>(2) Médico do PSF<br>(3) Médico de outro tipo de posto de saúde<br>(4) Outro profissional de saúde (enfermeira, assistente social, etc)<br>(8) NSA (9) IGN<br>*As perguntas do próximo bloco (M66 a M69) só deverão ser respondidas por mulheres que não utilizam método anticoncepcional* | *MACOQ1* __ |
| **M66. Porque não usa método anticoncepcional?** _____<br>_____ | *MACOMNAO* __ __ |
| **M67. Alguma vez a Sra. recebeu orientação de um profissional de saúde do setor público (Posto de Saúde) sobre métodos anticoncepcionais ou maneira de evitar filhos?**<br>(0) Não (1) Sim (8) NSA<br><u>SE NÃO PULE PARA A PERGUNTA M70</u> | *MNADOR* __ |
| **M68. Onde a Sra. recebeu orientação?**<br>(1) <*Posto de Saúde da abrangência*> (2) Outro local<br>(8) NSA (9) IGN | *MAOND2* __ |
| **M69. Quem lhe deu a orientação sobre métodos anticoncepcionais ou maneira de evitar filhos?**<br>(1) Ginecologista<br>(2) Médico do PSF<br>(3) Outro médico<br>(4) Outro profissional de saúde (enfermeira, assistente social, etc) (8) NSA (9) IGN | *MNAQUE* __ |

| | |
|---|---|
| ***Farei agora algumas perguntas sobre saúde da mulher*** | |
| **M70. Desde** *<um ano atrás>* **quantas vezes a Sra. consultou para fazer exame ginecológico (ou por baixo) no** *<Posto de Saúde da abrangência>***?**<br>___ ___ vezes (99) IGN<br><br><u>SE NÃO CONSULTOU NO POSTO DE SAÚDE DA ABRANGÊNCIA PARA EXAME GINECOLÓGICO OU NÃO SABE APLIQUE A QUESTÃO M71 E PULE PARA A QUESTÃO M77</u> | *MGIABR __ __* |
| **M71. Por que não consultou no** *<Posto de Saúde da abrangência>* **para exame ginecológico desde** *<um ano atrás>***?**<br>_____<br>_____<br>(88) NSA | *MGIABNAO __ __* |
| **M72. Qual sua opinião sobre o atendimento ginecológico no** *<Posto de Saúde de abrangência>***?**<br>_____<br>_____ | *MOPIAGI __* |
| **M73. Avalie, na escala abaixo, sua satisfação com o atendimento ginecológico do** *<Posto de Saúde de abrangência>*?<br>0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10<br>Ruim Ótimo (88,8) NSA | *MESCAGI __ __ , __* |
| **M74. Desde < *doze meses atrás* > quantas vezes a Sra. consultou com o mesmo médico para fazer exame ginecológico no <*Posto de Saúde de abrangência*>?**<br>___ ___consultas (88)NSA (99) IGN | *MGIMMED __ __* |
| **M75. Quanto tempo demorou para a Sra conseguir a última consulta ginecológica?**<br>__ __ __ dias (000) Mesmo dia (888) NSA (999) IGN | *MGINDEM __ __ __* |
| **M76. Em alguma de suas consultas ginecológicas desde < *doze meses atrás* > no** *<Posto de Saúde da abrangência>* **suas mamas foram examinadas?**<br>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9)IGN | *MEXMAMA __* |
| **M77. A Sra. conhece o exame para evitar o câncer do colo do útero ou o exame de pré-câncer ou papanicolaou?**<br>(0) Não → PULE PARA M82 (1) Sim (8) NSA | *MCP __* |

| | |
|---|---|
| **M78. A Sra. já fez este exame alguma vez na vida?**<br>(0) Não → PULE PARA M81 (1) Sim (8) NSA | *MFEZCP__* |
| **M79. Quando a Sra. fez este exame a última vez?**<br>__ __ ano(s) __ __ meses __ __dias (88) NSA (99) IGN | *MCPAN __ __*<br>*MCPMES __ __*<br>*MCPDIA __ __* |
| **M80. Na última vez que a Sra. fez o exame, ele foi realizado no** *<Posto de Saúde de abrangência >***?**<br>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9)IGN | *MCPABR __* |
| **M81. A Sra. sabe de quanto em quanto tempo a mulher deve fazer este exame?**<br>(1) Mais de uma vez ao ano (4) De 3 em 3 anos<br>(2) De ano em ano (5) Intervalos maiores<br>(3) De 2 em 2 anos (8) NSA (Não conhece o exame) (9) IGN | *MFRECP __* |
| **M82. A Sra. tem mãe, irmã(s), filha(s) ou outros familiares que tenham tido câncer de mama?**<br>Mãe: (0) Não (1) Sim (9) Não sabe<br>Irmã: (0) Não (1) Sim (9) Não sabe<br>Filha: (0) Não (1) Sim (9) Não sabe | <br>*MMAE __*<br>*MIRMA __*<br>*MILHA __* |
| **M83. A Sra. já fez mamografia (Raio X das mamas)?**<br>(00) Não ( ) Sim. Quantas vezes até hoje? _____ vezes (99) IGN | *MMAMOG __ __* |
| **M84. Desde** *<três meses atrás>* **quantas vezes a Sra. consultou por outros motivos além dos ginecológicos no** *<Posto de Saúde de abrangência>***?**<br>___ ___ vezes (88) NSA (99)IGN<br><u>SE NÃO CONSULTOU POR OUTROS MOTIVOS NO POSTO DA ABRANGÊNCIA APLIQUE A QUESTÃO M85 E PULE PARA A QUESTÃO M89</u><br><u>SE CONSULTOU PELO MENOS UMA VEZ POR OUTROS MOTIVOS NO POSTO DE SAÚDE DA ABRANGÊNCIA PULE A QUESTÃO M85.</u> | *MC3ABR __ __* |
| **M85. Por que não consultou no** *<Posto de Saúde da abrangência>* **por outros motivos além dos ginecológico desde** *<um ano atrás>***?** (88) NSA<br>_____<br>_____ | *MGIABNAO __ __* |

| | |
|---|---|
| **M86. Desde** < *três meses atrás* > **quantas vezes a Sra. consultou com o mesmo médico por outros motivos além dos ginecológicos no** <*Posto de Saúde de abrangência*>**?**<br>___ ___ vezes (88) NSA (99)IGN | *MC3MED*<br>__ __ |
| **M87. Qual sua opinião sobre o atendimento do** <*Posto de Saúde de abrangência*> para as consultas por outros motivos além dos ginecológicos**?**<br>_____<br>_____(88) NSA | *MOPIAOUT*<br>__ __ |
| **M88. Avalie, na escala abaixo, sua satisfação com o atendimento por outros motivos além dos ginecológicos no** <*Posto de Saúde de abrangência*>**?**<br>0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10<br>Ruim Ótimo (88,8) NSA | *MESCOU*<br>__ __ , __ |

**BLOCO C – INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS**

**AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A SUA CASA E AS PESSOAS QUE MORAM COM A SRA.**

| | |
|---|---|
| **M89. O domicílio apresenta água encanada?**<br>(0) Não (1) Sim, dentro de casa (2) Sim, no pátio | *MAGUA* __ |
| **M90. Quantos banheiros (vaso sanitário com descarga) tem o domicílio?**<br>(0) nenhum ____ banheiros | *MBAN* __ |
| **M91. Qual é o destino do lixo?**<br>(1) É recolhido pelo caminhão (2) É enterrado (3) É queimado<br>(4) É jogado fora do pátio ( ) Outro:<br>_____ | *MLIXO* __ |
| **M92. Tipo de casa (observar ou perguntar):**<br>(01) Tijolo c/ reboco (02) Tijolo s/ reboco (03) Apartamento<br>(04) Mista (madeira e tijolo) (05) Madeira regular (06) Madeira irregular<br>(07) Papelão ou lata (08) Barro (09) Palha<br>(10) Lona ( ) Outra: _____ | *MTIPCAS*<br>__ __ |

**AGORA GOSTARÍAMOS DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ELETRODOMÉSTICOS QUE A SRA TEM EM CASA, OS ELETRODOMÉSTICOS CONSIDERADOS SÃO OS QUE ESTÃO EM CONDIÇÕES DE USO.**
**A SRA. DEVERÁ DIZER SE POSSUI E A QUANTIDADE DOS ELETRODOMÉSTICOS PERGUNTADOS**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **M93. O(A) Sr(Sra.) têm em casa:** | | | | | | | | |
| **Televisão colorida?** | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) ou mais | *MABTV __* |
| **Rádio?** | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) ou mais | *MABRAD __* |
| **Automóvel (carro)?** | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) ou mais | *MABCAR __* |
| **Empregada mensalista?** | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) ou mais | *MABEMP __* |
| **Aspirador de pó?** | (0) | (1) | | | | | | *MABASP __* |
| **Geladeira?** | (0) | (1) | | | | | | *MABGELA __* |
| **Videocassete ou DVD ?** | (0) | (1) | | | | | | *MABVID __* |
| **Lavadora de roupa (não considerar tanquinho)?** | (0) | (1) | | | | | | *MABLAVA __* |
| **M94. Quantas são as pessoas que moram na casa?** __ __ pessoas | | | | | | | | *MMORA __ __* |

**AGORA GOSTARÍAMOS DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS A RESPEITO DA RENDA FAMILIAR**

| | |
|---|---|
| **M95. No <u>mês passado</u>, quanto ganharam as pessoas que moram aqui? (trabalho ou aposentadoria)** | *MRP1 __ __ __ __ __* |
| Pessoa 1 R$__ __ __ __ __ __ , __ __ por mês | *MRP2 __ __ __ __ __* |
| Pessoa 2 R$__ __ __ __ __ __ , __ __ por mês | *MRP3 __ __ __ __ __* |
| Pessoa 3 R$__ __ __ __ __ __ , __ __ por mês | *MRP4 __ __ __ __ __* |
| Pessoa 4 R$__ __ __ __ __ __ , __ __ por mês | *MRP5 __ __ __ __ __* |
| Pessoa 5 R$__ __ __ __ __ __ , __ __ por mês | |
| (99999) IGN - não respondeu / não sabe | |
| **M96. No mês passado, a família teve outra fonte de renda (aluguel ou pensão, etc..) que não foi citada acima?** | *MRP6 __ __ __ __ __* |
| (0) Não ( )Sim. Quanto? R$__ __ __ __ __ __ , __ __ por mês | |
| **M97. Qual o último ano de estudo do(a) chefe da família?** | *MESCHE __ __* |
| ___ ___ anos de estudo (88)NSA | |
| M98. Horário do término da entrevista: __ __ : __ __ hs | *MHO2 __ __:__ __* |
| M99. Data da entrevista: _____/_____/_____ | *MD___/____/ ____* |

**Anexo 2 - Carta aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas**

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício nº 045/2004 Pelotas, 17 de setembro de 2004.

Ilm. Sr.
Prof. Luís Augusto Facchini

Gostaríamos de comunicá-lo que seu projeto de pesquisa intitulado: **"Monitoramento e avaliação do programa de expansão e consolidação do Programa de Saúde da Família –lote 2 região Sul"** foi aprovado por este Comitê em reunião do dia 13/09/04.

Sendo o que se apresenta para o momento, subscrevemo-nos

Atenciosamente.

Prof. Dr. José Augusto Assumpção Crespo Ribeiro
Coordenador do CEP/FM-UFPel

Prof. Dr. José Augusto Crespo Rib...
Coordenador do CEP/FM/UFPEL

## Anexo 3 - Carta de autorização do coordenador da pesquisa

**Anexo 3 - Carta de autorização do coordenador da pesquisa**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**
**CENTRO DE PESQUISAS EPIDEMIOLÓGICAS**
**FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**
**FACULDADE DE ENFERMAGEM – DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

Pelotas, 16 de fevereiro de 2011.

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que Michele da Silva Correa, pós-graduanda do curso de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas está autorizada a utilizar parte dos dados coletados na pesquisa Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Código COCEPE 4.06.01.141) para elaborar a sua dissertação de mestrado intitulada "**COBERTURA E ADEQUAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL E DO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NAS REGIÕES SUL E NORDESTE DO BRASIL**". Ressalto que esta dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a aluna está ciente do compromisso de publicação de resultados em parceria com o coordenador do projeto.

Coordenador do Projeto de Pesquisa
LUIZ AUGUSTO FACCHINI

**Anexo 4 – Resumo do estudo "Cobertura e adequação do exame preventivo do câncer do colo do útero nas regiões Sul e Nordeste do Brasil".**

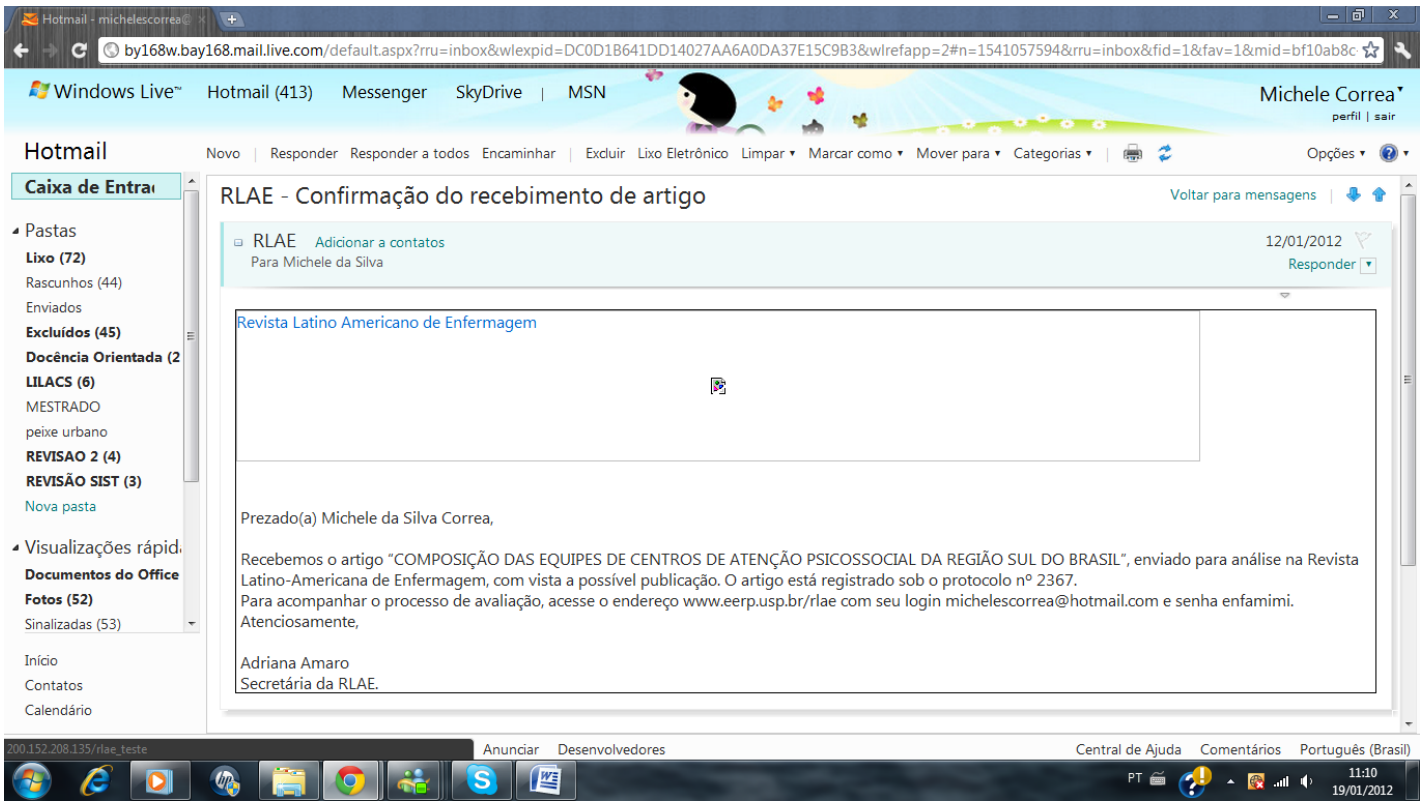
## 134 - COBERTURA E ADEQUAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NAS REGIÕES SUL E NORDESTE DO BRASIL.

Correa MS, Silveira DS, Siqueira FCV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E

*UFPEL – Pelotas, Rio Grande do Sul*

O câncer de colo do útero é o segundo mais comum em mulheres no Brasil e no mundo e pode ser prevenido através da detecção precoce de lesões precursoras da doença. O exame citopatológico de colo uterino ainda é considerado o mais efetivo e eficiente para se aplicar em programas de rastreamento. O objetivo deste estudo foi investigar a cobertura e a adequação do exame preventivo do câncer de colo uterino e verificar fatores associados. Foi realizado um estudo transversal no ano de 2005, em uma amostra de 3939 mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos anteriores à realização da pesquisa. As mulheres residiam na área de abrangência de unidades básicas de saúde de 41 municípios, com mais de 100 mil habitantes, de sete estados do Brasil. Considerou-se exame citopatológico adequado quando realizado nos últimos três anos. A cobertura do exame foi de 75,3 %, não havendo diferença significativa entre as regiões. A prevalência de adequação foi de 70,7% para o total da amostra (Sul = 69,4%; Nordeste= 71,8%). A adequação do exame esteve positivamente associada com idade maior de 25 anos, maior escolaridade, realização de pré-natal na última gestação e ter consultado para exame ginecológico na UBS da área de abrangência no último ano. Por outro lado à adequação foi menos freqüente entre as mulheres do estrato socioeconômico mais baixo e as primíparas. Tanto a cobertura quanto a prevalência de adequação situaram-se abaixo dos parâmetros preconizados pela Organização Mundial de Saúde para o efetivo controle do câncer de colo uterino. Portanto, faz-se necessário fortalecer as ações preventivas ofertadas pelos serviços de saúde para os subgrupos de mulheres mais vulneráveis. E-mail: michelescorrea@hotmail.com

## Anexo 5- . Parecer do artigo submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem



RLAE - Confirmação do recebimento de artigo

RLAE Adicionar a contatos
Para Michele da Silva
12/01/2012

Revista Latino Americano de Enfermagem

Prezado(a) Michele da Silva Correa,

Recebemos o artigo "COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL", enviado para análise na Revista Latino-Americana de Enfermagem, com vista a possível publicação. O artigo está registrado sob o protocolo nº 2367.
Para acompanhar o processo de avaliação, acesse o endereço www.eerp.usp.br/rlae com seu login michelescorrea@hotmail.com e senha enfamimi.
Atenciosamente,

Adriana Amaro
Secretária da RLAE.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Revista Latino-Americana de Enfermagem

Usuário: Michele da Silva Correa

Consulta Artigos Enviados

Utilize esta tela para consultar os artigos enviados.

| Em Avaliação: | Status |
|---|---|
| 2367 - COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE CENTROS DE ATENÇÃ... | Aguardando despacho |

Ver Re-submeter Alterar Avaliações/Comentários

Sair

:: voltar ::

**Anexo 6 - Artigo 2 Composição das equipes de Centros de Atenção Psicosocial da região Sul do Brasil.**

# COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL

# TEAMS COMPOSITION OF THE PSYCHOSOCIAL ATTENTION CENTERS IN THE SOUTHERN BRAZIL

# COMPOSICIÓN DE LOS EQUIPOS DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN EL SUR DE BRASIL

Michele da Silva Correa[1], Denise Silva da Silveira[2], Carla Luciane Borges[3], Luciane Kantorski[4], Vanda Jardim[5]

1. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) UFPel. E-mail: michelescorrea@hotmail.com Pelotas-RS. Fone: (53) 91753585. 2.Médica. Doutora em Epidemiologia. Docente do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da UFPel.Departamento de Medicina Social UFPel. E-mail: denisilveira@uol.com.br Pelotas-RS. 3.Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) UFPel. Docente da Faculdade Anhanguera Educacional S.A. de. Email: carlalborges@gmail.com Pelotas-RS. Enfermeira. 4.Doutora em Enfermagem. Professora do. Curso de Pós-graduação em Enfermagem da UFPel. E-mail: Kantorski@uol.com.br Pelotas-RS. 5 Enfermeira. Professora Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Pós- graduação em Enfermagem da UFPel. E-mail: phein@uol.com.br Pelotas-RS.

# COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL

# TEAMS COMPOSITION OF THE PSYCHOSOCIAL ATTENTION CENTERS IN THE SOUTHERN BRAZIL

# COMPOSICIÓN DE LOS EQUIPOS DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN EL SUR DE BRASIL

RESUMO

O objetivo do estudo foi descrever a composição das equipes dos Centros de Atenção psicossocial (CAPS) I e II da região Sul do Brasil, de acordo com características sociodemográficas, do trabalho e capacitação profissional. Realizou-se um estudo transversal que integra a pesquisa "Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil". A maioria dos 420 trabalhadores estudados eram mulheres, concluiu ensino superior, trabalhava em média 30 horas por semana e possuía apenas um emprego. Destacou-se que 30% possuíam vínculo de trabalho precário. Observou-se baixo percentual de médicos e enfermeiros com especialização em saúde mental e deficiência quantitativa de profissionais de nível médio e técnico. Ressaltamos a importância da formação profissional adequada e a necessidade de implementação efetiva de políticas que objetivem a desprecarização do trabalho. Os resultados sugerem uma lacuna a ser preenchida rumo ao que é preconizado pela portaria que normatiza a composição profissional dos CAPS.

DESCRITORES: Saúde mental; serviços de saúde mental; trabalhadores; recursos humanos.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the team's composition of the Center of Psychosocial Attention (CAPS) I and II in southern Brazil, according to socioeconomic and demographic characteristics, work and professional training. It is a cross-sectional study that integrates research "Evaluation of CAPS in southern Brazil". The sample consisted of 420 workers. Results show that the majority were women with higher education, with an average workload of 30 hours weekly, with a single job. He highlighted that 30% had poor working relationship. We found a low percentage of doctors and nurses with expertise in the mental health area and mid-level professionals and technical deficiency. We emphasize the importance of adequate training and the need for effective implementation of policies that aim to the precarious work. The results suggest a gap to be filled into what is advocated in the ordinance that regulates the CAPS`s workforce composition.

DESCRIPTORS: Mental health; mental health services; workers; human resources.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue describir la composición profesional de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) I y II en el Sur de Brasil, de acuerdo con las características socioeconómicas y demográficas, el trabajo y la formación. Es un estudio transversal que integra la investigación "Evaluación de CAPS en el Sur de Brasil". La mayoría de los 420 trabajadores estudiados eran mujeres, concluió educación superior, trabajava un promedio de 30 horas semanales y poseía un solo empleo. Alrededor del 30% tenía mala relación de trabajo. Se encontró un bajo porcentaje de médicos y enfermeros especializados en salud mental y deficiencia en la cantidad de profesionales de nivel técnico y medio. Del presente trabajo se hace evidente la formación profesional adecuada y aplicación efectiva de políticas para mejorar las relaciones del trabajo. Los resultados sugieren un vacío que llenar en la ordenanza que regula la composición de los CAPS.

DESCRIPTORES: Salud Mental; servicios de salud mental; trabajadores; recursos humanos.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a implantação do processo de reforma psiquiátrica estabelece a reorientação da atenção em saúde mental pautada na desinstitucionalização da loucura e a superação do modelo manicomial, propondo o desafio de concretizar um modelo de atenção integral a saúde das pessoas com sofrimento psíquico [1-2]. Tal evento encontra destaque nas políticas publicas de saúde, inicialmente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, tendo continuidade na 1ª, 2ª e 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental [3-7].

A partir da reforma psiquiátrica passou-se a substituir gradativamente as internações em hospitais psiquiátricos por uma rede integrada de serviços assistenciais como: redes de atenção à saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas, respeitando-se as particularidades e necessidades de cada local [2, 8, 9].

Dentro da rede assistencial, os CAPS são serviços de saúde mental comunitários, responsáveis por atender pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. O trabalho é realizado por equipe multiprofissional sob a lógica da territorialidade. As atividades desenvolvidas neste espaço são bastante diversificadas, oferecendo atendimentos em grupos e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, lúdicas, arte terapia, além da medicação, que antes era considerada a principal forma de tratamento. Neste serviço, a família é considerada como parte fundamental do tratamento, tendo atendimento específico (grupal ou individual) e livre acesso ao serviço, sempre que se fizer necessário [9,10].

Contudo, apenas modificar a legislação e implantar os CAPS pode não garantir o alcance da mudança desejada. Neste sentido, estudos têm mostrado que tanto a composição das equipes quanto a capacitação dos trabalhadores em saúde mental são fundamentais para a estruturação da Reforma Psiquiátrica [8].

O presente estudo tem o objetivo de descrever a composição das equipes de Centros de Atenção Psicossocial CAPS I e II da região sul do Brasil, de acordo com características sociodemográficas, do trabalho e da capacitação profissional para atuar nestes serviços.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal que integra a pesquisa de Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil (CAPSUL), financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia através do Conselho Nacional de desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), contemplado no Edital 07/2005 apoiado pelo Ministério da Saúde. O CAPSUL foi coordenado pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, desenvolvendo o estudo com a parceria da Escola de Enfermagem da UFRGS e o Curso de Enfermagem da UNIOESTE – Cascavel. De um total de 102 CAPS (52 CAPS I e 50 CAPS II, nos três estados da Região Sul do Brasil), registrados no Ministério da Saúde no ano de 2005, foram sorteados aleatoriamente a partir de uma amostra que respeitou a proporcionalidade de serviços por estado: 3 CAPS no Paraná – 1 CAPS I e 2 CAPS II (um no interior e outro na capital); 9 CAPS em Santa Catarina - 5 CAPS I e 4 CAPS II (três no interior e um na capital); e 18 CAPS no Rio Grande do Sul – 9 CAPS I e 9 CAPS II (oito no interior e um na capital).

Todos os trabalhadores dos CAPS selecionados e que atuavam nestes serviços à época do trabalho de campo foram convidados a participar do estudo. Os dados foram coletados entre 07 de maio e 03 junho de 2006 por um questionário auto-aplicado que foi respondido pelos trabalhadores após consentimento livre e esclarecido. Os questionários foram revisados e codificados pela equipe de pesquisa.

As variáveis incluídas nas análises foram: (a) sexo; (b) idade em anos (até 29 anos, 30-37, 38-45, 46 ou mais); (c) cor da pele auto-referida (branca, não branca) (d) situação conjugal (solteiro, casado/com companheiro, separado/divorciado, viúvo); (e) escolaridade (Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental completo, Ensino Médio completo, Ensino Técnico completo,

Ensino Superior completo); (f) regime de trabalho precário(não, sim) ; (g) carga horária semanal em horas de trabalho; (h) trabalho em outro local (não, sim); (i) salário no último mês em reais; (j) tempo de trabalho em CAPS em meses; (k) atividade profissional no CAPS (enfermeiro, médico, outros profissionais de nível superior, outros profissionais de nível médio/técnico, outros profissionais); (l) realização de cursos de atualização (não, sim); (m) freqüência de realização de cursos de atualização (quinzenal, mensal, trimestral, semestral, anual, eventualmente, raramente); (n) tempo de realização do último curso de atualização (neste mês, 2-6, 6-1ano, mais de 1 ano). A realização de pós-graduação foi investigada apenas para médicos e enfermeiros.

Foi considerado vínculo de trabalho precário aquele que não garante aos profissionais direitos trabalhistas e previdenciários.

A entrada de dados foi submetida à dupla digitação no programa Epi-Info versão 6.04 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos). O controle de qualidade foi realizado através de reaplicação dos questionários a 5% dos entrevistados. Para análise dos dados utilizou-se o programa Stata 7.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). Foram realizadas análises descritivas, para toda a amostra estratificada de acordo com o tipo de CAPS. A existência de diferenças em relação às características dos trabalhadores foi explorada, com o uso do teste de Wald para heterogeneidade e tendência linear.

O projeto de pesquisa foi conduzido de acordo com os padrões éticos exigidos e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (Of. 074/05 de 11 de novembro de 2005). Todos os sujeitos participantes do estudo concordaram em participar da pesquisa mediante assinatura de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Responderam ao questionário auto aplicado 420 trabalhadores dos 466 que estavam em exercício profissional à época de realização da pesquisa, o que gerou uma perda de 9,9%. Entre os

profissionais entrevistados 43,9 % (n = 184) pertenciam ao CAPS I e 56,1 % (n = 235)ao CAPS II.

A amostra estudada foi composta por 78,1% (n = 328) de profissionais do sexo feminino e 21,9% (n = 92) do masculino, sem diferença estatisticamente significativa entre os tipos de CAPS. A média de idade foi 37,8 anos (DP= 10,1), tendo o CAPS I maior proporção no grupo etário até 29 anos com 30,6% e o CAPS II no grupo de 38 a 45 anos com 28,6%. Houve predomínio de trabalhadores do sexo feminino com idade média de 37 anos (DP= 10,1) na composição das equipes de CAPS.

Quanto à cor da pele, a maioria dos trabalhadores se considerou da cor branca (87,6%), com maior proporção entre os trabalhadores do CAPS I (91,8%) do que entre os de CAPS II (84,3%) (p = 0,019) . A situação conjugal mais prevalente foi de casados ou com companheiro 53,2% (n = 223), independente do tipo de CAPS. Considerando a escolaridade dos profissionais, 57,6% possuíam nível superior completo, sem haver diferenças na distribuição por tipo de serviço (CAPS I = 60,1%; CAPS II = 55,8%; p = 0,646) (Tabela 1).

**Tabela 1: Distribuição dos profissionais de CAPS de acordo com características sociodemográficas para toda a amostra e por tipo de CAPS. CAPS-SUL, 2005.**

| Variáveis | Total % (N) | CAPS I % (N) | CAPS II % (N) | P |
|---|---|---|---|---|
| **Demográficas** | | | | |
| Sexo | | | | 0,704 |
| Masculino | 21,9 (92) | 22,8 (42) | 21,3 (50) | |
| Feminino | 78,1 (328) | 77,2 (142) | 78,7 (185) | |
| Idade em anos (quartis) | | | | 0,094[T] |
| Até 29 | 25,6 (107) | 30,6 (56) | 21,4 (50) | |
| 30 a 37 | 24,4 (102) | 25,7 (47) | 23,5 (55) | |
| 38 a 45 | 25,5 (107) | 21,9 (40) | 28,6 (67) | |
| 46 ou mais | 24,3 (102) | 21,9 (40) | 26,5 (62) | |
| Cor da pele | | | | 0,019 |
| Branca | 87,6 (368) | 91,8 (169) | 84,3 (198) | |
| Não branca | 12,4 (52) | 8,2 (15) | (37) 15,7 | |
| Situação Conjugal | | | | 0,104 |
| Solteiro | 29,6 (124) | 33,9 (62) | 26,0 (61) | |
| Casado, c/ companheiro | 53,2 (223) | 53,0 (97) | 53,6 (126) | |
| Separado/divorciado | 14,6 (61) | 10,4 (19) | 17,9 (42) | |
| Viúvo | 2,6 (11) | 2,7 (5) | 2,6 (6) | |
| **Socioeconômica** | | | | |
| Escolaridade | | | | 0,646 |
| Fundamental incompleto | 5,5 (23) | 6,6 (12) | 4,7 (11) | |
| Fundamental completo | 9,6 (40) | 8,2 (15) | 10,7 (25) | |
| Médio completo | 19,4 (81) | 18,6 (34) | 19,7 (46) | |
| Técnico completo | 7,9 (33) | 6,6 (12) | 9,0 (21) | |
| Superior completo | 57,6 (240) | 60,1 (110) | 55,8 (130) | |

A Tabela 2 apresenta as características do trabalho e de capacitação para toda a amostra e por tipo de CAPS. O vínculo de trabalho precário alcançou 29,6% dos trabalhadores de CAPS e foi significativamente maior (p=0,042) entre os do CAPS I (35,2%) em relação aos do CAPS II (25,5%).

A carga horária semanal foi em média de 30,2 horas (DP= 11,2) para toda a amostra, de 28,9 horas (DP= 11,8) no CAPS I e de 31,2 horas (DP= 10,6) no CAPS II (p = 0,04). Quando questionados sobre trabalhar em outro local 41,0% dos trabalhadores (n = 172) afirmaram que tinham outro emprego. Tal evento foi mais freqüente no CAPS I (50,6%) do que no CAPS II (36,2%) (p= 0,004). A renda mensal foi em média de R$ 1.237,00 (DP= 890,00), destacando-se a maior prevalência de renda de R$ 2.000,0 e mais entre os trabalhadores de CAPS II. Quanto ao

tempo de trabalho em CAPS a média foi de 38,7 meses (DP=37,8) para toda amostra, 24,4 meses (DP= 24,0) no CAPS I e 49,7 meses (DP= 42,6) no CAPS II (p>0,001). No CAPS I os maiores tempos de trabalho em CAPS incluíram as categorias de até 12 meses com 36,2%, enquanto nos CAPS II destacou-se a maior concentração de trabalhadores na categoria de 49 e mais meses com 42,9% (p<0,001) . O tempo de trabalho no CAPS atual foi em média de 35,8 meses (DP= 34,7) para o total, de 22,3 meses (DP= 20,0) no CAPS I e de 46,9 meses (DP= 39,8) no CAPS II. Considerando a categoria de maior tempo de trabalho no CAPS atual, 40,0% dos profissionais do CAPS II trabalhavam no serviço há pelo menos 49 meses, enquanto, este percentual foi de apenas 7,2% no CAPS I (p<0,001). A realização de cursos de atualização foi referida por 71,4% dos profissionais entrevistados e um terço destes 33,6% (n=94) refere que o último curso foi realizado no mês anterior à aplicação do questionário, não havendo diferenças significativas na estratificação por tipo de CAPS.

**Tabela 2. Distribuição dos profissionais de CAPS de acordo com características do trabalho e de capacitação para toda a amostra e por tipo de CAPS. CAPS-SUL, 2005.**

| Variáveis | Total % (N) | CAPS I % (N) | CAPS II % (N) | P |
|---|---|---|---|---|
| Vínculo de trabalho precário | | | | 0,042 |
| Não | 70,4 (264) | 64,8 (105) | 74,5 (158) | |
| Sim | 29,6 (111) | 35,2 (57) | 25,5 (54) | |
| Trabalha em outro local | | | | 0,004 |
| Não | 233 (55,5) | 49,4 (89) | 63,8 (143) | |
| Sim | 172 (41,0) | 50,6 (91) | 36,2 (81) | |
| Salário no último mês R$ | | | | 0,004[T] |
| Até R$500,00 | 25,2 (95) | 25,6 (43) | 24,5 (51) | |
| R$ 501,00 e 1000,00 | 22,5 (85) | 23,8 (40) | 21,6 (45) | |
| R$ 1001,00 e 2000,00 | 38,2 (144) | 43,5 (76) | 34,1 (71) | |
| R$2000,00 e mais | 14,1 (53) | 7,1 (12) | 19,7 (41) | |
| Tempo de trabalho em CAPS em meses | | | | < 0,001[T] |
| Até 12 | 27,5 (112) | 36,2 (64) | 20,5 (47) | |
| 13 e 24 | 21,9 (89) | 27,1 (48) | 17,9 (41) | |
| 25 e 48 | 23,3 (95) | 28,8 (51) | 19,2 (44) | |
| 49 e mais | 27,3 (111) | 7,9 (14) | 42,4 (97) | |
| Tempo de trabalho no CAPS atual em meses | | | | < 0,001[T] |
| Até 12 | 29,3 (119) | 38,9 (70) | 21,3 (48) | |
| 13 e 24 | 22,7 (92) | 27,2 (49) | 19,1 (43) | |
| 25 e 48 | 22,4 (91) | 26,7 (48) | 19,1(43) | |
| 49 e mais | 25,6 (104) | 7,2 (13) | 40,4 (91) | |
| Realizou cursos de atualização | | | | 0,103 |
| Não | 23,8 (100) | (38) 21,5 | 27,5 (61) | |
| Sim | 71,4 (300) | 78,5 (139) | 72,5 (161) | |
| Tempo de realização do último curso atualização | | | | 0,400 |
| Neste mês | 33,6 (94) | 31,3 (42) | 35,6 (52) | |
| 2 a 6 meses | 25,7 (72) | 26,1 (35) | 25,3 (37) | |
| 6 meses a 1 ano | 24,3 (68) | 28,4 (38) | 20,5 (30) | |
| Mais de 1 ano | 16,4 (46) | 14,2 (19) | 18,5 (27) | |

[T] Tendência Linear

Quanto à realização de pós-graduação em saúde mental observou-se que 22,3% dos médicos e 66,7% dos enfermeiros não possuíam nenhum tipo de pós-graduação nesta área

Na análise da composição das equipes de acordo com as categorias profissionais por tipo de CAPS tendo como referência a composição mínima conforme a legislação encontrou-se deficiência de profissionais de nível médio e técnico e número excedente de médicos generalistas e de outros profissionais de nível superior (Figura 1).

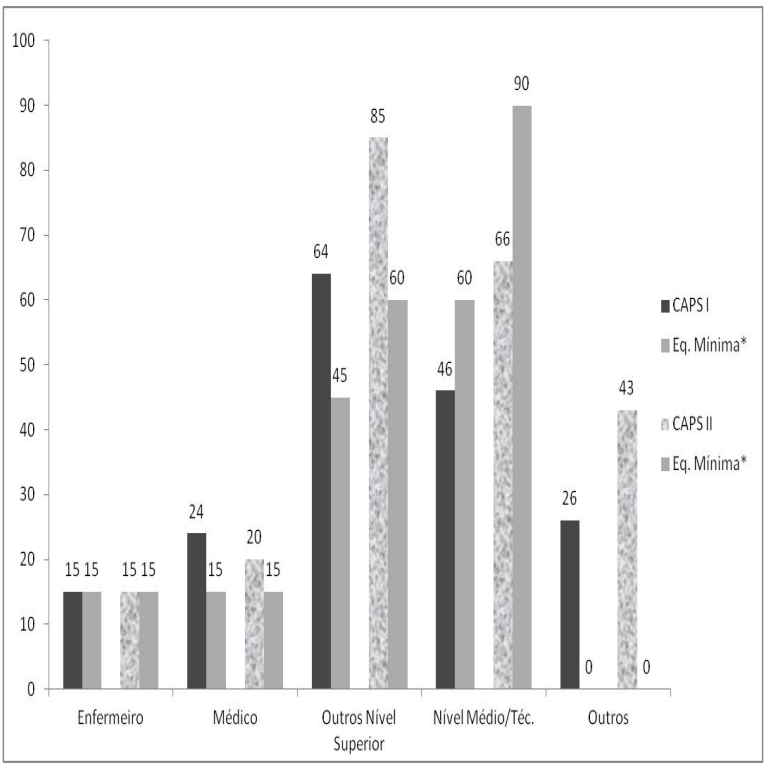



Figura 1: Distribuição dos profissionais de acordo categoria profissional e com o tipo de Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. CAPS-SUL, 2005.
*Equipe mínima para os CAPS I e II de acordo com a Portaria nº 336/GM, 2002.

## DISCUSSÃO

A implantação dos CAPS no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira introduz novas perspectivas de cuidado ao portador de sofrimento psíquico, o que suscita a organização de práticas e serviços voltados para a integralidade do cuidado e trabalho em equipe multidisciplinar [11,12]. No entanto, estudos de avaliação de serviços de saúde mental revelam que parte importante da concretização deste modelo depende da qualificação dos profissionais associada a boas condições de trabalho [13-15].

Nesse sentido esse estudo traz contribuições importantes para o conhecimento da composição e das condições de trabalho dos profissionais de CAPS diante da premissa de que a equipe de saúde mental é a mola propulsora para a efetiva reforma psiquiátrica no âmbito do SUS.

Houve predomínio de trabalhadores do sexo feminino com idade média de 37 anos na composição das equipes de CAPS o que é semelhante aos resultados encontrados em outros estudos com

trabalhadores de saúde mental [13, 14, 16] e da atenção básica [17-19] confirmando a feminilização da força de trabalho em saúde no Brasil.

O vínculo de trabalho precário foi uma realidade para um terço ou mais dos trabalhadores. Tal resultado é consistente com a literatura e indica a necessidade de desprecarização do trabalho no sistema de saúde [13, 16-18, 20-22].

Em relação ao tempo de atuação em serviços de saúde mental em especial a vinculação com o mesmo serviço observou que apenas 30% dos trabalhadores estavam vinculados ao serviço a menos de 12 meses, o que se destaca como um ponto positivo para o serviço de saúde, tendo em vista que a alta rotatividade nas equipes de saúde impede a formação de vínculo e o desenvolvimento de novas práticas [19, 23].

Pode-se observar também a carência de profissionais de nível técnico. Essa realidade foi observada em outros estudos [18-20, 24] e apontada na literatura internacional como uma das principais barreiras para a qualidade da atenção em saúde mental [15, 25].

Quanto à realização de pós-graduação em saúde mental entre médicos e enfermeiros atuantes nos serviços de saúde mental, há uma exigência quanto à formação acadêmica específica, regulamentada pela Portaria nº 336/GM 2002 que determina composição mínima das equipes de CAPS. Fica estabelecido que médicos lotados em CAPS I tenham formação generalista e em CAPS II sejam Psiquiatras, já os enfermeiros em ambos os serviços devem possuir algum tipo de especialização em saúde mental. Observou-se carência de formação específica de médicos e enfermeiros. Tal achado é consistente com o encontrado na literatura [17-19].

## CONCLUSÃO

A implantação dos CAPS no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira introduz novas perspectivas de cuidado ao portador de sofrimento psíquico, o que suscita a organização de práticas e serviços voltados para a integralidade do cuidado e trabalho em equipe multidisciplinar [7, 10]. No entanto, estudos de avaliação de serviços de saúde mental revelam que parte importante da concretização

deste modelo depende da qualificação dos profissionais associada a boas condições de trabalho [13-15].

De modo geral pode-se concluir que a realidade dos trabalhadores de CAPS independente do tipo de serviço, sugere uma carência no quesito formação acadêmica específica em saúde mental rumo ao que é preconizado pela portaria que normatiza o serviço. È preciso ainda colocar em prática os pressupostos contidos na Política de Desprecarização do Trabalho em Saúde almejando que a porta de entrada principal no serviço público seja o concurso.

Nesse sentido esse estudo traz contribuições importantes para o conhecimento da composição e das condições de trabalho dos profissionais de CAPS diante da premissa de que a equipe de saúde mental é a mola propulsora para e efetiva reforma psiquiátrica no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Pinho LB, Banon Hernández AM, Kantorski LP. Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2010 [acesso em 10 out. 2011]; 14(2):260-67. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/07.pdf/

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004. 2004. [acesso em 10 out. 2011]. Disponível em: http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/19902004.pdf

3. Brasil. Ministério da Saúde. 8º Conferencia Nacional de Saúde – Relatório final. 1986. [acesso em 10 out. 2011]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf

4. Brasil. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental – Relatório final. 1988. [acesso em 10 out. 2011]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf

5. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. 1994. [acesso em 10 out. 2011]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf

6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de saúde Mental. 2002. [acesso em 10 out. 2011]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf

7. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2009 [acesso em: 15 out 2011]; 14(1):297-05. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf/

8. Bernardes AG, Guaresch NMF. Identidade e diferença: constituição de trabalhadores na saúde mental. Athenea Digital [Internet]. 2002 [acesso em 15 out 2011]; 11(2):1-17. Disponível em: http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/48/48/

9. Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental. Brasilia 2002.

10. Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidade em saúde mental no entendimento dos profissionais. Ciência & Saúde Coletiva [Internet] 2009 [acesso em: 10 out 2011]; 14(1):159-64. Disponível em: http://hdl.handle.net/10183/20758/

11. Babinski T, Hirdes A. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do RS. Texto Contexto Enferm. [Internet] 2004 [acesso em: 10 out 2011]; 13(4): 568-76. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a09.pdf

12. Camatta MW, Schneider JF. O trabalho de equipe de um centro de atenção psicossocial na perspectiva da família. Rev Esc Enferm USP. [Internet] 2009 [acesso em: 11 out 2011]; 43(2): 393-00. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a19v43n2.pdf

13. Jorge, MSB, Guimarães JMX, Nogueira MEF, Moreira TMM, Morais APP. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no sistema único de saúde. Texto Contexto Enferm. [Internet] 2007 [acesso em 11 out 2011]; 16(3):417-25. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a06v16n3pdf

14. Filizola CA, Milioni DB, Pavarini SCI. A vivência dos trabalhadores de CAPS diante da nova organização de trabalho em equipe. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet] 2008 [acesso em 10 out 2011]; 10(2):491-03. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a20.htm

15. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. The Lancet [Internet] 2007 [acesso em 16 out 2011]; 370:879-89. Disponível em: http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61239-2/fulltext/. doi:10.1016/S0140-6736(07)61239-2.

16. Murofuse NT, Rizzotto MLF, Muzzolon ABF, Nicola AL. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de Formação no polo regional de educação permanente em saúde. Rev. Latino-am Enfermagem. [Internet] 2009 [acesso em: 16 out 2011]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_06.pdf

17. Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da família no estado do Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. Cad. Saúde Pública [Internet] 2006 [acesso em: 16 out 2011]; 22(9):1881-92. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/12.pdf/

18. Tomazi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Perfil sócio-demográfico de atenção básico à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet] 2008 [acesso em:11 out 2011]; 24 Supl.1:193-01. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/23.pdf/

19. Martins AR, Silveira DS, Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet] 2010 [acesso em: 11 out 2011]; 26(12):2279-95. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/07.pdf/

20. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad. Saúde pública [Internet] 2005 [acesso em: 11 out 2011]; 21(2):490-98. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n2/15.pdf/

21. Rigotto RM [coordenação] Análise das condições e de seu impacto sobre a saúde dos trabalhadores dos centros de atenção psicossocial do Ceará. Fortaleza- Ceará, 2007. [Internet] 2007 [acesso em: 16 out 2011]. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CETREDE/Analise_condicoes_org.pdf

22. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCCI. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009

[acesso em: 16 out 2011]; 62(1):113-18. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/17.pdf/

23. Machado MH [coordenação]. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil:. Brasilia: Ministério da Saúde, 2000. 146 p. Relatório final.

24. Sikwese A, Mwape L, Mwanza J, Kapungwe A, Kakuma R, Imasiku M, et al. Human resource challenges facing Zambia's mental health care system and possible solutions: Results from a combined quantitative and qualitative study. International Review of Psychiatry [Internet] 2010 [acesso em: 16 out 2011]; 22(6):550-57. Disponível em:
http://www.dfid.gov.uk/R4D/PDF/Outputs/MentalHealth_RPC/Sikwese_etal_IntRevPsy2010.pdf

25. Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus MDML, Mari JJ. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet] 2007 [acesso em: 16 out 2011]; 29(1):43-6. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n3/09.pdf . doi: 10.1590/S1415-47142008000300009.