

VIVIAN MAE SCHMIDT LIMA AMORIM

*Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de
Mestre em Saúde Coletiva.*

Campinas, 11 de Agosto de 2005.


Profa. Dra. Marilisa Berti de Azevedo Barros
Orientadora

**AS PRÁTICAS PREVENTIVAS PARA O CÂNCER DE
MAMA E DO COLO DO ÚTERO PELAS MULHERES DE
40 ANOS OU MAIS DE IDADE NO MUNICÍPIO DE
CAMPINAS, SP**

CAMPINAS

2005

**BIBLIOTECA CENTRAL
DESENVOLVIMENTO
COLEÇÃO
UNICAMP**

VIVIAN MAE SCHMIDT LIMA AMORIM

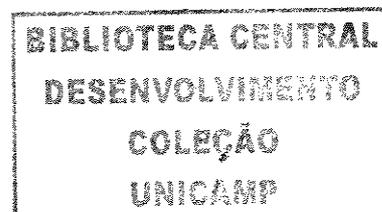
**AS PRÁTICAS PREVENTIVAS PARA O CÂNCER DE
MAMA E DO COLO DO ÚTERO PELAS MULHERES DE
40 ANOS OU MAIS DE IDADE NO MUNICÍPIO DE
CAMPINAS, SP**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva*

ORIENTADORA: PROFA. DRA. MARILISA BERTI DE AZEVEDO BARROS

CAMPINAS

2005



UNIDADE	HC
Nº CHAMADA	
T/UNICAMP	
Amv68p	
V	EX
TOMBO BCI	69637
PROC	16-123-06
	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	11,00
DATA	16-8-06
Sib. id	384531

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Am68p	<p>Amorim, Vivian Mae Schmidt Lima</p> <p>As práticas preventivas para o câncer de mama e do colo do útero por mulheres de 40 anos ou mais de idade no município de Campinas -SP. / Vivian Mae Schmidt Lima Amorim. Campinas, SP : [s.n.], 2005.</p> <p align="center">Orientador : Marilisa Berti de Azevedo Barros Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p>1. Saúde das mulheres. 2. Mamografia. 3. Papanicolaou. 4. Mamas – exame. 5. Mamas - Câncer - Prevenção. I. Barros, Marilisa Berti de Azevedo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.</p> <p align="right">(Slp/fcm)</p>
-------	--

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Profa. Dra. Marilisa Berti de Azevedo Barros

Membros:

1. Profa. Dra. Marilisa Berti de Azevedo Barros

2. Profa. Dra. Gulnar Azevedo e Silva Mendonça

3. Prof. Dr. Luiz Carlos Zeferino

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 11/08/2005

706759006

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha querida mãe, Isolde, pelo exemplo admirável de luta, perseverança e amor à vida demonstrado frente ao diagnóstico de câncer de mama.

A DEUS, Doador e Mantenedor da vida, por todas as bênçãos recebidas e pela certeza de Sua direção durante toda a minha vida.

A Marilisa, minha orientadora, por ter confiado em mim dando-me a oportunidade de realizar esse mestrado.

Ao meu querido esposo Eduardo, meu grande companheiro e incentivador, que sempre acreditou em meus sonhos dando-me apoio irrestrito para realizá-los.

Aos meus filhos, Fabio e Fernando, jóias preciosas, pela compreensão de minhas ausências, entendendo o quanto essa etapa era importante para mim.

Ao meu dedicado pai Selemias que me proporcionou a oportunidade de torna-me uma enfermeira e ensinou-me a ter grandes alvos e nunca desistir de alcançá-los.

Aos queridos colegas enfermeiros, Joana e Humberto, companheiros da Vigilância Epidemiológica de Hortolândia pelas palavras de ânimo e pelo apoio prestado para o bom andamento do serviço nas minhas ausências.

A Prefeitura Municipal de Hortolândia que através da Secretaria de Saúde Municipal de Hortolândia, que me concedeu a liberação parcial de minhas atividades para a realização desse mestrado.

A Marta Camargo que tão prontamente executou a revisão desse trabalho.

E a todos outros familiares e amigos que participaram com palavras de ânimo dessa minha jornada, minha eterna gratidão.

*“Não há riqueza igual à saúde do corpo, nem
prazer que se compare às alegrias da alma”*

Marquês de Maricá

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	<i>xi</i>
ABSTRACT	<i>xv</i>
INTRODUÇÃO	19
Câncer de mama.....	21
Câncer de colo de útero.....	27
OBJETIVOS	33
RESULTADOS	35
Artigo 1- Fatores associados à realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional.....	36
Artigo 2- Fatores associados à realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional.....	57
DISCUSSÃO GERAL	77
CONCLUSÃO GERAL	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82

AEM	Auto-exame das Mamas
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECM	Exame Clínico da Mamas
EUA	Estados Unidos da América
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
HPV	Papilomavírus Humano
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional de Câncer
ISA- SP	Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo
MS	Ministério da Saúde
NIC	Células IntraepiteliaisCervicais
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds ratio
SRQ-20	Self Report Questionnaire- 20
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

Artigo 1

PÁG.

Tabela 1- Prevalência de realização não adequada do exame de Papanicolaou segundo variáveis socioeconômicas e demográficas em mulheres de 40 anos ou mais, Campinas (SP), 2001-2002.....	53
Tabela 2- Prevalência de realização não adequada do exame de Papanicolaou segundo comportamentos relacionados à saúde e morbidade em mulheres de 40 anos ou mais, Campinas (SP), 2001-2002.....	54
Tabela 3- Prevalência de realização não adequada do exame de Papanicolaou segundo outras práticas preventivas e de cuidado à saúde em mulheres de 40 anos ou mais, Campinas (SP), 2001-2002.....	55
Tabela 4- Razões de odds ajustadas segundo modelo de regressão múltipla hierarquizada para a não realização da citologia oncológica.....	56

Artigo 2

Tabela 1- Prevalência de não-realização da mamografia nos últimos dois anos e do exame clínico anual das mamas segundo variáveis socioeconômicas e demográficas em mulheres com 40 anos ou mais, Campinas, SP, 2001-2002.....	72
Tabela 2- Prevalência de não-realização da mamografia nos últimos dois anos e do exame clínico anual das mamas segundo comportamentos relacionados à saúde e morbidade em mulheres com 40 anos ou mais, Campinas, SP, 2001-2002.....	73

Tabela 3- Prevalência de não-realização da mamografia nos últimos dois anos e do exame clínico anual das mamas segundo outras práticas preventivas e de cuidado à saúde em mulheres com 40 anos ou mais, Campinas, SP, 2001-2002.....	74
Tabela 4- Razões de odds ajustadas segundo modelo de regressão logística múltipla para a não realização do exame clínico anual das mamas..	75
Tabela 5- Razões de odds ajustadas segundo modelo de regressão logística múltipla hierarquizada para não realização da mamografia.....	76

RESUMO

Amorim VMSL. **As práticas preventivas para o câncer de colo de útero e de mama de mulheres de 40 anos ou mais na cidade de Campinas, SP.** Campinas, 2005 (Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas)

Justificativa: O câncer de mama e do colo de útero são neoplasias com altas taxas de incidência e mortalidade no Brasil e que dispõem de métodos eficazes de rastreamento para detecção precoce, oferecidos pelo Sistema Único de Saúde. Existe a necessidade de se identificar os subgrupos de mulheres que não realizam as práticas preventivas para esses agravos, como forma de se desenvolver estratégias, nas três esferas de governo, que venham minimizar as desigualdades ainda existentes em relação ao acesso aos serviços de saúde, a oferta de cuidados básicos, ao diagnóstico, tratamento e reabilitação nas questões relativas à saúde da mulher.

Objetivos: Analisar as práticas de detecção precoce para o câncer de mama e do colo uterino, segundo características sociodemográficas, morbidade e comportamentos relacionados à saúde.

Material e Métodos: Estudo do tipo transversal, de base populacional, tendo como população de estudo todos os indivíduos do sexo feminino com idade igual ou superior a 40 anos, não institucionalizados, residentes na área urbana de Campinas. Para a obtenção da amostra, os setores censitários do município de Campinas, foram agrupados em três estratos, segundo o percentual de chefes de família com nível universitário. Foram sorteados 10 setores censitários de cada estrato, e de cada setor censitário foram sorteados os domicílios e selecionados os indivíduos que seriam entrevistados, segundo os domínios de sexo e idade. As informações foram obtidas por meio de questionário estruturado em 19 blocos temáticos, com a maioria das questões fechadas, aplicado diretamente à pessoa sorteada. O presente estudo incluiu 290 indivíduos pertencentes a dois domínios: mulheres de 20 a 59 anos e mulheres de 60 anos ou mais. Foram incluídos na análise dois grupos de variáveis: as independentes, compostas por variáveis sociodemográficas, comportamentos relacionados à saúde e estado da saúde e as dependentes, referentes à realização das práticas preventivas para a detecção do câncer de mama e do colo de útero. Para as análises

estatísticas foi utilizado o programa STATA 7.0, que possibilitou levar em consideração as variáveis do plano de amostragem e o efeito de delineamento. As análises incluíram estimativas de prevalência, de razões de *odds brutas* e modelos de regressão logística múltipla.

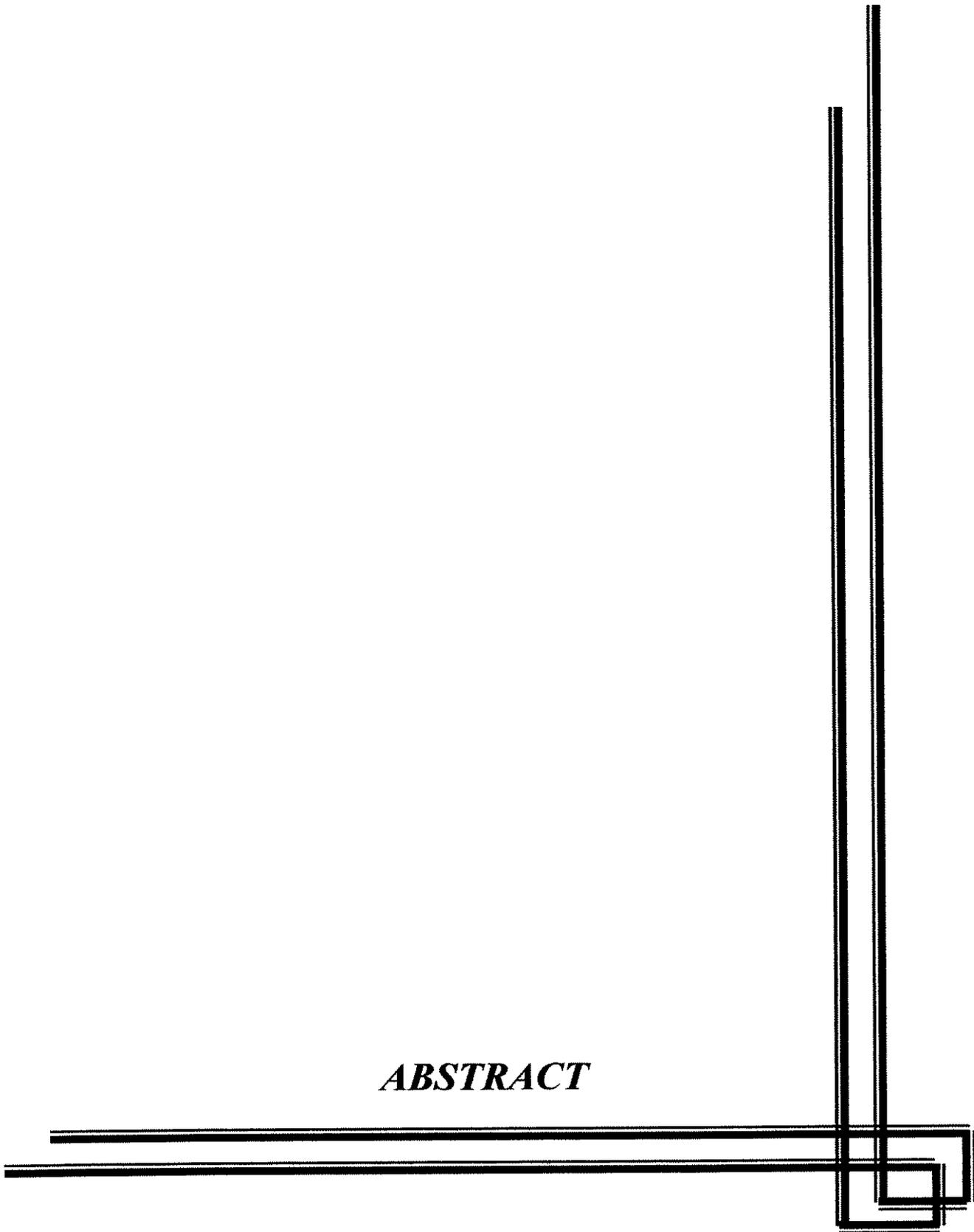
Resultados: O presente estudo possibilitou verificar que 83,3% das mulheres com 40 anos ou mais de idade, residentes em Campinas, encontram-se com a prática adequada em relação ao exame de Papanicolaou; 8,5% das mulheres entre 40 e 59 anos de idade e 11,1% das mulheres com 60 anos ou mais nunca haviam realizado o exame de Papanicolaou. Entre os principais motivos alegados pelas mulheres que nunca realizaram o exame citológico, destacam-se: achar que a realização deste exame não é necessária (43,5%), sentir vergonha (28,1%) e dificuldades relacionadas ao serviço prestador do exame (13,7%). Foram detectados, na análise univariada, os seguintes fatores associados à não-realização do exame citológico: idade, raça/cor, escolaridade, número de pessoas no domicílio, posse de bens, a não realização de exames preventivos para o câncer de mama. Os resultados da análise de regressão logística múltipla hierarquizada apontaram que não estar com a prática adequada quanto ao exame de Papanicolaou é mais frequente nas mulheres entre 40 a 59 anos de idade, com escolaridade de até 4 anos, não brancas, e que não tiveram consulta odontológica no último ano. Verificou-se que 43,2% das mulheres que haviam feito o Papanicolaou tinham-no realizado em serviços do SUS. Em relação às práticas relativas à detecção precoce do câncer de mama, 50,8% das mulheres não fizeram mamografia nos últimos dois anos e dessas, 42,5% nunca haviam feito a mamografia e 8,3% realizaram-na há mais de 2 anos; 38,2 % não foram submetidas ao exame físico das mamas no ano que antecedeu a entrevista. Entre as mulheres com 70 anos ou mais de idade foram encontradas as maiores proporções de não realização da mamografia (67,7%) e do exame clínico das mamas (56,5%). Para a não realização do exame físico anual das mamas, nas análises univariadas, foram encontradas associações com: idade, raça/cor, situação conjugal, escolaridade, posse de bens, consumo de bebidas alcoólicas, prática de atividade física, do auto exame da mama, da mamografia e da citologia oncótica, e o uso de serviços odontológicos. Para a não realização da mamografia nos dois anos que antecederam a entrevista foram encontrados, nas análises univariadas, os seguintes fatores associados: idade, raça/cor, renda familiar per capita, posse de bens, consumo de bebidas alcoólicas, a

prática do exame físico anual das mamas e da citologia oncótica. Os resultados do modelo de regressão logística múltipla mostraram que a não-realização do exame clínico das mamas foi mais freqüente entre as mulheres que vivem sem companheiro, que residem em domicílios com mais de quatro moradores, que não ingerem bebidas alcoólicas, que não realizaram o auto-exame das mamas e que não fizeram consulta odontológica no último ano. A não-realização da mamografia foi mais prevalente nas mulheres idade igual ou superior a 70 anos, não brancas, e que não ingeriam bebida alcoólica. Dos exames relatados, 28,8% das mamografias e 38,1% dos exames clínicos de mamas foram realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Conclusão: Esse estudo mostrou importantes características das mulheres que não realizam de forma adequada as práticas preventivas para o câncer de colo de útero e o de mama e que estratégias necessitam serem desenvolvidas pelos gestores da saúde, nos três níveis de governo, com o objetivo de minimizar as desigualdades de acesso, garantindo-se os princípios da equidade e da integralidade das ações pertinentes ao programa da saúde da mulher.

Palavras-chave: Saúde das Mulheres, Mamografia; Papanicolaou; Mamas - exame; Mamas – câncer –prevenção.

ABSTRACT



Amorim VMSL. **Preventive practices for cervical and breast cancer for women 40 years old and over in the city of Campinas, SP.** Campinas, 2005 (MSc Dissertation – School of Medical Sciences - Campinas University (Faculdade de Ciências Médicas - Universidade de Campinas)

Background: Brazil has high incidence and mortality rates of breast and cervical cancer even though effective screening methods for early detection are provided by the Unified Health System-SUS. There is a need to identify subgroups of women who do not undergo preventive practices for these conditions, so as to develop strategies at the three levels of government in order to minimize the inequalities that still exist in terms of access to health services, offer of basic care, diagnosis, treatment and rehabilitation in issues related to women's health.

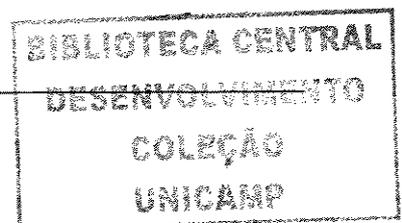
Objectives: To analyze early detection practices for breast and cervical cancer, according to socio-demographic characteristics, morbidity and health-related behaviors.

Methods: Cross-sectional, population-based study of all non-institutionalized women, 40 years old and over, and living in the urban area of Campinas. The sample was constructed by dividing the census sectors of Campinas into three strata groups according to the percentage of heads of households with college education. Ten census sectors were drawn from each stratum, and households were drawn and individuals selected for interviews from each census sector, according to gender and age. Information was derived from a questionnaire structured in 19 theme blocks, mostly with closed questions asked directly to the individual drawn. The present study included 290 individuals as follows: women, 20 to 59 years old and women 60 and over. Two groups of variables were analyzed: independent variables, encompassing socio-demographic variables, health-related behaviors and individual and family members' health status in terms of undergoing preventive practices to detect breast and cervical cancer. Statistical analysis was performed by using the STATA 7.0 program, which enabled taking into account the variables of the sample plan and design effect. Analyses included prevalence estimates, overall odds ratio and multiple regression logistic models.

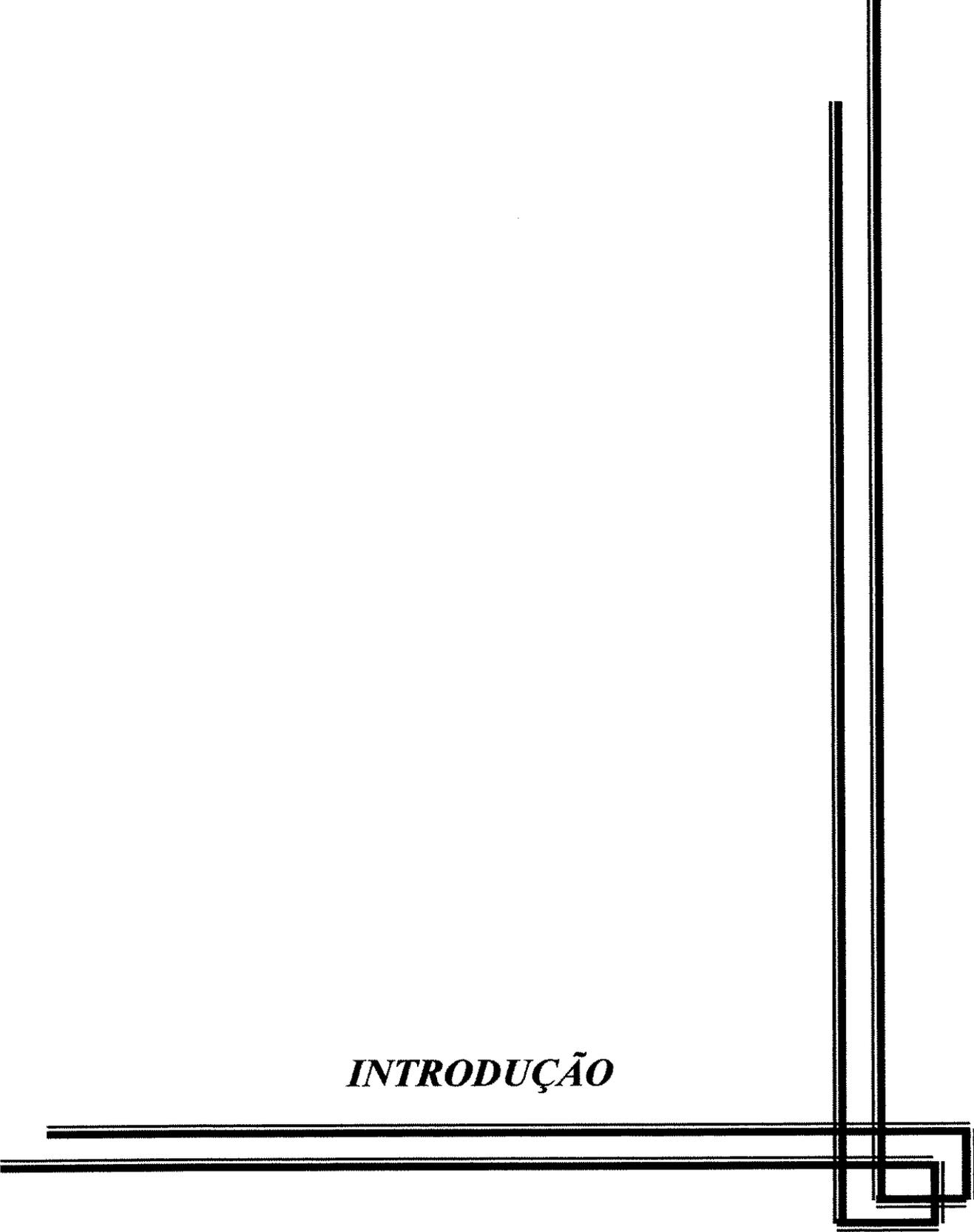
Results: The present study made it possible to verify that 83.3% of women 40 years and over, living in Campinas, have an inappropriate practice in relation to Pap smears; 8.5% of women between 40 and 59 years of age and that 11.1% of women 60 and over had never undergone a Pap smear. Among the major reasons pointed out by the women that had never had oncotic cytology, the following stand out: believing the test is not necessary (43.5%), being embarrassed (28.1%), and obstacles related to the service performing the test (13.7%). The univariate analysis detected the following factors associated with not having a cytology smear: age, race/color, schooling, number of individuals in the household, having assets, not doing preventive exams for breast cancer. The result of the hierarchy multiple regression logistic analysis pointed out that not having an appropriate practice in relation to Pap smears is more frequent in non-white women between 40 and 59 years of age, with up to 4 years of schooling and that had not had a dental appointment in the past year. The study verified that 43.2% of women that had been submitted to a Pap smear had done so in a SUS service. Regarding practices related to early detection of breast cancer, 50.8% of women had not had a mammogram in the past two years, and of these, 42.5% had never had a mammogram, and 8.3% had had one more than 2 years before; 38.2% had not been submitted to a breast examination in the year preceding the interview. The largest ratios of not having a mammogram (67.7%) and of not having a clinical breast exam (56.5%) were found among women 70 years old and over. The following associations were found in the univariate analyses for not having an annual breast exam: age, race/color, marital status, schooling, having assets, liquor consumption, exercising, breast self-examination, mammogram and cytology, and utilization of dental services. The following associated factors were found in the univariate analyses for not having a mammogram in the two years preceding the interview: age, race/color, per capita family income, having assets, liquor consumption, having had an annual breast exam and cytology. The results of the multiple regression logistic model showed that not having a clinical breast exam was more frequent among women that: live without a companion or in households with more than four residents, do not drink liquor, do not perform self breast examination and did not have a dental appointment in the past year. Not having a mammogram was more prevalent in non-white women 70 years or over, and that did not drink liquor. Of the tests mentioned, 28.8% of mammograms and 38.1% of clinical breast exams were performed by the SUS

Conclusion: The study showed the major features of women that did not have appropriate preventive practices for cervical and breast cancer, and that health managers should develop strategies at the three levels of government in order to minimize access inequalities and to guarantee the principles of equity and integrality of the actions of women's health programs.

Keywords: Women's Health, Mammogram; Pap smear; Breast - exam; Breast - cancer - prevention



INTRODUÇÃO



O Brasil tem observado, nas últimas décadas, mudanças no que tange ao perfil demográfico e epidemiológico. Nota-se uma mudança significativa no padrão da mortalidade, tanto no padrão etário, como na distribuição dos grupos de causas. As doenças infecto-parasitárias, que ocupavam um papel de destaque entre as causas de morte, passaram a apresentar taxas decrescentes nas últimas décadas, como resultado de amplos processos sociais e de medidas de intervenção do setor saúde, com o desenvolvimento e implementação de novas tecnologias de prevenção, de diagnóstico e de tratamento, elevando assim a expectativa de vida ao nascer dos brasileiros (PAES e SILVA, 1999; BRASIL, 2004f).

Concomitante às mudanças que ocorreram na mortalidade, a taxa de fecundidade, mais especificamente a partir de 1960 também passa a sofrer significativa redução produzindo mudanças importantes na pirâmide populacional do país, como o aumento relativo e absoluto da população idosa e a redução relativa de jovens. No período de 1980 a 2000, o grupo de menores de 15 anos de idade sofreu redução de 22%, enquanto a população de 65 anos e mais aumentou em 46% (PAES e SILVA, 1999; ROBLES e GALANIS, 2000; BRASIL, 2004f).

Ocorre assim um aumento progressivo do número de pessoas que compõem as faixas etárias que apresentam maior risco de desenvolver doença crônica degenerativas, que passam a assumir grande importância no perfil da mortalidade brasileira (BRASIL, 2004b, 2004f). Entre as doenças crônicas degenerativas, ressaltam de forma expressiva as neoplasias, que resultam do desencadeamento de um crescimento celular desordenado, não controlado pelo organismo e que compromete órgãos e tecidos (WHO, 1990).

Em 1980, as neoplasias ocupavam o quinto lugar entre as causas de morte e, em 2000, já ocupavam o terceiro lugar. A organização de programas e atividades dos serviços de saúde para a prevenção e controle das neoplasias ganha importância à medida que se estrutura melhor o atendimento a outras doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, e tornam-se disponíveis métodos mais sensíveis e efetivos de diagnóstico e tratamento para o câncer (BRASIL, 2004b; 2004f).

Para 2003, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou que em todo o Brasil seriam registrados 402.190 casos novos e 126.155 óbitos por todos os tipos de câncer. Considerando a população feminina, as neoplasias malignas da mama e do colo uterino são de grande importância pelas altas taxas de incidência e de mortalidade que apresentam no país (BRASIL, 2004b).

Câncer de Mama

Em países desenvolvidos, e mesmo em desenvolvimento, o câncer de mama tem apresentado incidências elevadas e crescentes. Dos casos registrados no mundo, 43% estão em países em desenvolvimento (ROBLES e GALANIS, 2002), chamando a atenção para a necessidade de implementação de ações de promoção da saúde, da prevenção e tratamento deste câncer também nas regiões menos desenvolvidas (ALMEIDA e al., 1999; PHAROAH, 2000; SIAHPUSH e SINGH, 2002; ADAMS e al., 2003).

Para o Brasil, em 2003, o INCA estimou a ocorrência de 9.335 óbitos por este tipo de câncer e o surgimento de 41.610 casos novos. Estes números correspondem a taxas brutas de incidência de 46,35/100.000 habitantes e de mortalidade de 10,40/100.000 habitantes. No período de 1979 a 2000 foi observado um aumento considerável da taxa de mortalidade pelo câncer de mama, que passou de 5,77/100.000 para 9,74/100.000 habitantes, correspondendo a uma variação percentual de 80,3%. Este aumento da incidência observado pode ser resultado de mudanças sócio-demográficas ocorridas nas últimas décadas e da melhoria do acesso aos serviços de saúde e de diagnóstico (BRASIL, 2004b).

O câncer de mama é relativamente raro antes dos 35 anos, mas acima desta idade sua incidência cresce rápida e progressivamente (ALMEIDA e al., 1999). Mais de 85% dos casos de câncer de mama ocorrem após os 40 anos de idade, alcançando o pico de incidência na faixa dos 65 a 70 anos (FINOTTI e FREITAS JUNIOR, 1998;). Este câncer vem sendo alvo de estudo da comunidade científica há muito tempo, e como resultado deste interesse foram identificados vários fatores causais e melhor conhecido o desenvolvimento desta neoplasia (PHAROAH, 2000; GODINHO e KOCH, 2004).

Fatores genéticos (história familiar), reprodutivos e hormonais (menarca precoce, menopausa tardia, idade avançada para a primeira gravidez, nuliparidade e lactação), hormonais (uso de contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal) e ambientais (exposição a radiações ionizantes) foram identificados como de risco para o surgimento do câncer de mama. Hábitos relacionados ao estilo de vida, como dieta rica em gorduras, consumo elevado de álcool, baixa ingestão de vitaminas antioxidantes e sedentarismo também são apontados como fatores de risco. A idade é um importante fator de risco, pois a probabilidade do desenvolvimento de um câncer de mama, aumenta com o envelhecimento (PHAROAH, 2000; ROBLES e GALANIS, 2002; ADAMS e al., 2003; SAKORAFAS, 2003).

ROBLES e GALANIS (2002) verificaram que a incidência de câncer de mama tem aumentado nas Américas de maneira proporcional à queda da taxa de fertilidade. No Canadá foi observada a menor taxa de fecundidade (1.6 crianças por mulher) e a maior taxa de incidência de câncer de mama (79.9/100.000 mulheres).

A prevenção primária, realizada por meio de ações desencadeadas para evitar o surgimento do câncer de mama, é possível para fatores de risco como o uso de contraceptivos orais, tempo da terapia hormonal, obesidade pós-menopausa, exposição a radiações ionizantes, e fatores relacionados ao estilo de vida, como a dieta, consumo de álcool e sedentarismo (PHAROAH, 2000; ADAMS e al., 2003; GODINHO e KOCH, 2004).

Entre os fatores de risco conhecidos, a nuliparidade, menarca precoce, menopausa tardia, idade avançada para a primeira gravidez e a história familiar de câncer de mama em um parente de primeiro grau e doenças benignas das mamas, como a hiperplasia atípica, também estão estabelecidos como fortes fatores de risco, e para estes fatores não existem estratégias específicas de prevenção. Para este câncer é fundamental a adoção de práticas de prevenção secundária, que compreendem o desencadeamento de ações de rastreamento para detecção precoce, evitando a progressão do câncer para estádios mais avançados e possibilitando a cura sobrevida (ROBLES e GALANIS, 2002; ADAMS e al., 2003; AGUILLAR e BARRAB, 2003; SAKORAFAS, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (GODINHO e KOCH, 2004) estabelece critérios a serem observados para que uma enfermidade seja foco de rastreamento:

- A doença deve representar sério problema de saúde pública, tanto pela incidência como pela mortalidade.
- Deve haver tratamentos disponíveis aos pacientes nos quais for detectada.
- Os exames utilizados devem ser aceitos pela população.
- Deve estar estabelecida a eficácia da detecção em reduzir as taxas de morbidade e mortalidade.

O câncer de mama preenche todas estas condições e para o rastreamento da doença é recomendada a execução de três práticas preventivas: o exame mensal das mamas realizado pela própria mulher (AEM), o exame físico anual das mamas realizado por profissional da saúde (ECM) e a mamografia, que consiste em exame radiológico das mamas, capaz de identificar lesões sub-clínicas, visando à detecção precoce do tumor (PHAROAH, 2000; ROBLES e GALANIS, 2002; AGUILLAR e BARRAB, 2003; BRASIL, 2004a).

Em 2003, o Ministério da Saúde, por meio do INCA, considerando o câncer de mama como problema de saúde de elevada relevância e percebendo a necessidade de definir estratégias a serem priorizadas para o controle no Brasil, elaborou em conjunto com especialistas sobre o assunto e a Sociedade Brasileira de Mastologia e Radiologia e o movimento de mulheres, um documento de Consenso com recomendações para a prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos para o câncer de mama a serem desenvolvidos em âmbito nacional dentro do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004e).

Este Consenso (BRASIL, 2004 e) recomenda para a detecção precoce do câncer de mama:

- “Rastreamento anual por meio de exame clínico da mama, para todas as mulheres a partir de 40 anos de idade. Este procedimento é compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consulta clínicas, independente da faixa etária”.

- “Rastreamento por mamografia, para as mulheres com idade entre 50 e 69 anos de idade, com intervalo máximo de realização entre os exames de dois anos”.
- “Rastreamento por exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver o câncer de mama. São consideradas mulheres pertencentes ao grupo de risco elevado aquelas com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com o diagnóstico de câncer de mama, abaixo de 50 anos, ou com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária; ou com história familiar de câncer de mama masculino, ou ainda mulheres com o diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ”.
- E que as mulheres que tenham exames com alterações, tenham a garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento até que se dê a cura.

A realização mensal do auto-exame das mamas tem seus defensores e os que acham, que este exame não deva ser considerado ou utilizado como estratégia de prevenção do câncer de mama. O auto-exame das mamas é um exame de baixo custo, acessível a toda população, mas considerado de pouca eficácia, já que a grande maioria das mulheres não o incorpora como prática regular ou desconhecem quando e como fazê-lo corretamente. É um exame que deve ser realizado todo mês logo após a menstruação para as mulheres que menstruam e para as que não menstruam, um dia do mês deve ser fixado para sua execução (BRASIL, 2002b; AGUILLAR e BARRAB, 2004).

MARINHO (2001) relata que das 663 mulheres participantes de seu estudo, 10% disseram não conhecer o auto-exame das mamas e das que relataram fazê-lo rotineiramente, 83,2% o praticavam inadequadamente, principalmente as mulheres mais idosas. E o principal motivo alegado para não realizá-lo, foi o esquecimento.

Estudos conduzidos na China e na Rússia mostraram que cerca de 80-90% dos casos de câncer de mama foram detectados pela própria mulher durante a realização do auto-exame, mas que este fato não tem tido impacto na redução da taxa de mortalidade, pois muitos dos tumores detectados pela mulher são achados em estágio avançado (ROBLES e GALANIS, 2002).

BASÉGIO e KOCH (1998) relatam que 85% das mulheres com câncer de mama participantes de seu estudo fizeram o próprio diagnóstico através do auto-exame e que apenas 15% tiveram o diagnóstico feito através do exame físico das mamas. Acharam também que o estágio do tumor estava diretamente relacionado à prática rotineira ou não do auto-exame. Os tumores achados eram menores nas mulheres com o hábito de realizar o auto-exame.

Mesmo perante a controvérsia, existe a recomendação por parte dos órgãos internacionais de saúde de que a prática do auto-exame mensal das mamas deve ser incentivada, pois pode ser a única estratégia acessível para muitas mulheres. Esta recomendação também é seguida pelo Ministério da Saúde e faz parte do Consenso sobre o Controle do Câncer de Mama que enfatiza a necessidade dos serviços de saúde ligados ao SUS, desenvolverem ações de educação em saúde que propiciem mudanças de comportamento e que a mulher seja incentivada a cuidar da saúde e do corpo incorporando a prática da palpação mensal das mamas (CANDEIAS, N., 1997; BRASIL, 2004e).

Tem sido demonstrado que a associação entre o auto-exame mensal e o exame clínico anual das mamas melhora a possibilidade da detecção do câncer apesar de não diminuir as taxas de mortalidade (BASÉGIO e KOCH, 1998).

Muitos são os trabalhos que têm demonstrado o grande valor do rastreamento mamográfico e o consideram a técnica mais confiável atualmente para detecção do câncer de mama, pois é capaz de identificar, através de imagens radiológicas, as lesões sub-clínicas, contribuindo significativamente para a redução da mortalidade por este câncer (ALMEIDA e al, 1999; MARINHO, 2001; PHAROAH, 2002; GODINHO e KOCH, 2004).

ALMEIDA et al. (1999) relatam que o uso regular da mamografia acima dos 50 anos de idade reduz a mortalidade entre as mulheres que a realizam periodicamente. Nesta faixa etária há a predominância de tecido gorduroso na mama, o que propicia um maior contraste radiológico permitindo melhor visualização da lesão.

Mesmo sendo o rastreamento mamográfico considerado o melhor método para o rastreamento populacional e recomendado pelas sociedades médicas, trata-se de um procedimento de alto custo e em função deste custo, no Brasil e em outros países em desenvolvimento, este exame não é utilizado como rotina de rastreamento populacional, como já ocorre em países desenvolvidos (ALMEIDA e al., 1999; PHAROAH, 2002; GODINHO e KOCH, 2004; BRASIL, 2004e).

O câncer de mama é uma doença progressiva e a remoção dos tumores detectados na fase pré-clínica, antes da metastização, representa uma oportunidade para que a maioria dos casos obtenha cura apenas por um tratamento local (GODINHO e KOCH, 2004).

O fator custo deveria ser reconsiderado pelas autoridades competentes, baseando-se nos benefícios que tal prática poderia trazer para a mulher que dela fizesse uso. O custo do tratamento do câncer de mama detectado por uma mamografia é considerado menor que o custo de qualquer tratamento desta doença diagnosticada. Também precisaria ser considerado o custo social acarretado por essa doença, lembrando dos vários papéis assumidos pela mulher no contexto atual (GOMES e al., 2002; AGUILLAR e BARRAB, 2003; GODINHO e KOCH, 2004).

O benefício da mamografia não se restringe à diminuição da taxa de mortalidade, pois o diagnóstico mais precoce do câncer de mama propicia intervenções cirúrgicas mais limitadas, menos traumáticas e com melhores resultados (SARAKOFAS, 2003; GODINHO e KOCH, 2004).

Câncer de colo de útero

O câncer de colo de útero, no contexto mundial, é o segundo tipo mais comum entre as mulheres, sendo responsável por cerca de 250.000 óbitos anualmente. (TODD e SHAFI, 2004).

No Brasil, o câncer de colo de útero é o quarto mais comum entre as mulheres, representando 10% de todos os tumores malignos desta população. O INCA estimou para 2003, 16.480 novos casos e 4.110 óbitos pelo câncer de colo de útero, correspondendo a taxas brutas de mortalidade de 4,58/100.000 e de incidência de 18,32/100.000 habitantes (BRASIL, 2004b).

O câncer de colo de útero tem seu pico de incidência entre os 30 e 60 anos de idade, sendo pouco freqüente abaixo dessa faixa etária (BRASIL, 2002d). É um câncer que tem fatores de riscos bem determinados e reconhecidamente ligados à atividade sexual, como o início precoce, multiplicidade de parceiros sexuais e multiparidade. Também têm sido reconhecidos como fatores importantes o tabagismo, o uso de anticoncepcionais (BAZUAYE et al., 2004; AU, W. W., 2004; TODD e SHAFI, 2004) e a alimentação pobre em micronutrientes, principalmente em vitamina C, beta caroteno e ácido fólico (BRASIL, 2004d).

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) também são consideradas fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino. Entre as DST, a infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) vem sendo claramente identificada como agente causador do câncer de colo de útero (GARNER, E., 2003; BAZUAYE et al., 2004; AU, W. W., 2004; TODD e SHAFI, 2004). O DNA do HPV tem sido identificado em 99% dos casos deste tipo de câncer (TODD e SHAFI, 2004). Foram identificados mais de 200 tipos e sorotipos do HPV e muitos deles demonstraram predileção pela mucosa genital e entre estes, podem ser identificados tipos altamente oncogênicos, chamados de alto risco, os HPVs 16, 18, 31, 33 e 45 (TODD e SHAFI, 2004).

Algumas mulheres infectadas pelo HPV podem não desenvolver o câncer de colo de útero, pois a presença por si só do HPV não é responsável pela doença, mas sim, o que tem sido demonstrado como fator relevante no seu surgimento é a sua interação com os

outros fatores de risco, sejam eles endógenos ou exógenos (AU. W.W., 2004; TODD e SHAFI, 2004).

A prevenção primária do câncer do colo do útero está fundamentada na mudança do comportamento sexual e do estilo de vida, cabendo aos serviços de saúde o desenvolvimento de programas que enfatizem a incorporação de novas práticas tanto para as mulheres como para seus parceiros (ESCOBEDO et al., 2002; BRASIL, 2004d).

IDESTRÖM et al (2002) verificaram que apenas 37.9% das mulheres incluídas na pesquisa realizada em Värmland, Suíça, acreditavam que o estilo de vida era importante para a prevenção do câncer de colo de útero.

O câncer de colo de útero é um câncer altamente prevenível comparado a outras neoplasias e apresenta duas características importantes: tem evolução lenta e dispõe de exame de rastreamento simples e eficaz para a sua detecção. A doença passa por vários estágios, partindo de pequenas a grandes lesões benignas, curáveis quando detectadas e tratadas, até atingir o estágio invasor da doença (FONSECA e al., 2004; AU, W. W., 2004).

O exame citológico é capaz de detectar o câncer do colo do útero na fase inicial tornando-o curável com medidas relativamente simples, permitindo que essa doença apresente um elevado potencial de cura. É um exame barato, seguro, de fácil execução e altamente aceitável pela população feminina, comumente conhecido por Papanicolaou (GARDNER, E., 2003; FONSECA e al., 2004; BRASIL 2004d).

O Papanicolaou consiste na coleta de material da ectocervice e da endocervice, através de exame especular, com uma espátula de Ayres ou escovinha. Este esfregaço é fixado em uma lâmina e examinado microscopicamente, possibilitando a visualização da morfologia das células. A análise morfológica das células pode ter como resultado estar dentro da normalidade, com células típicas sem alterações, ou ter células com alterações epiteliais, associadas a processos pré neoplásicos ou malignos, como atipias, presença do HPV, neoplasias intra-epiteliais variando de leve (NIC I) a moderada (NIC II) ou grave (NIC III), esta última sendo considerado carcinoma in situ (BRASIL, 2004d).

A maioria das alterações intra-epiteliais NIC I e II regridem espontaneamente, e uma minoria progride para NIC III, que por sua vez apresenta baixa porcentagem de regressão espontânea e uma alta porcentagem de progressão para o carcinoma invasivo (ÖSTÖR, 1993; PETRY et.al., 2002; TODD, R, e SHAFI, M.,2004;).

A prevalência das lesões NIC I e NICII decrescem significativamente com a idade, contrariamente a prevalência das lesões NIC III e o carcinoma invasivo que aumentam com a idade. As alterações epiteliais NIC I e II são mais comuns em mulheres mais jovens, enquanto a NIC III, que representam maior risco, é prevalente em mulheres com mais idade (D'OTTAVIANO-MORELLI et.al., 2004).

Em rastreamento citológico realizado na região de Campinas, SP, (1997) foi verificado alta prevalência de lesões NIC III no grupo de mulheres entre 45 e 54 anos de idade. Neste mesmo estudo foi observado o aumento gradativo da prevalência do carcinoma invasivo a partir dos 40 anos de idade (D'OTTAVIANO-MORELLI et.al., 2004).

O exame especular, além da coleta do esfregaço, propicia a visualização do colo uterino e concomitantemente da presença de lesões, que podem ser tratadas independente do resultado do exame citológico. Frente ao resultado do exame citológico anormal, a confirmação do diagnóstico do câncer do colo uterino ocorre com o posterior encaminhamento da mulher para a realização da colposcopia e do exame histopatológico (BRASIL, 2004d).

No Brasil, apesar da utilização do Papanicolaou ter sido iniciada em 1950, a realização ocorreu durante muitos anos fora do contexto de um programa organizado que estimulasse a procura regular e garantisse o acesso ao exame preventivo das mulheres mais vulneráveis à doença. Estima-se que 40% das mulheres brasileiras nunca tenham realizado o exame de Papanicolaou (BRASIL, 2002 a, 2004d).

Desde 1988, o Instituto Nacional do Câncer definiu que, no Brasil, o exame citológico deveria ser realizado como medida de prevenção secundária para o câncer de colo de útero em mulheres de 25 a 59 anos de idade. A periodicidade seria de uma vez ao

ano e após dois exames anuais consecutivos negativos, ficaria estabelecida a periodicidade trienal para a sua realização (BRASIL, 2004 a;).

Vários outros programas de rastreamento da União Européia e EUA, também adotam esta periodicidade para o rastreamento do câncer de colo de útero (LINOS e RIZA, E., 2000).

O programa de rastreamento para o câncer do colo do útero foi implementado no país após o compromisso assumido pelo governo federal, durante a VI Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na China em 1995, de desencadear um programa de âmbito nacional visando o controle deste câncer no Brasil (BRASIL, 2002a).

O Instituto Nacional do Câncer em parceria com diferentes organismos nacionais e internacionais elaborou o programa denominado Viva Mulher, implantado em 1997 como projeto piloto em algumas capitais e no estado de Sergipe, e a partir de então ampliado gradativamente para todo do território nacional. Em 1999 foram incluídas no programa as ações de controle do câncer de mama, passando o programa Viva Mulher a ser um programa nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama (BRASIL, 2002a). A recomendação anterior sobre a periodicidade da realização do exame citológico foi mantida (BRASIL, 2004 a).

No Brasil, a mortalidade pelo câncer do colo do útero tem mostrado uma tendência de aumento. Em 1979 a taxa era de 3,44/100.000, e em 2000 foi de 4,59/100.000 habitantes, indicando um aumento percentual de 29% (BRASIL, 2004b).

Outros países desenvolvidos e em desenvolvimento, apesar de terem o programa implantado, não têm conseguido alcançar o declínio esperado nas taxas de incidência e de mortalidade. Inúmeros são os trabalhos realizados nos últimos anos com o objetivo de detectar os fatores que estariam atuando sobre esta tendência no aumento de incidência (CLAEYS et al., 2002; GIGHANGI. et al., 2003; SELVIN e BRETT, 2003; PINHO et al., 2003).

No México (LAZCANO-PONCE et al., 1997) o programa para a detecção precoce para o câncer de colo de útero está implantado há mais de 20 anos, mas tem como maior dificuldade captar justamente as mulheres consideradas de risco.

Países desenvolvidos também enfrentam problemas com acesso aos programas de rastreamento para o câncer de colo de útero, não conseguindo atingir todos os segmentos da população, principalmente as mulheres de maior risco, e pertencentes às minorias étnicas ou culturais (UHLER e COUGHLIN, 2000; BREWSTER et al., 2002; GADNER, 2004; ABRAÍDO-LANZA et al, 2004).

No Brasil, PINHO et al. (2003) relatam como principais motivos ou barreiras alegados por mulheres no município de São Paulo para a não realização de exame de Papanicolaou, constrangimento, medo de saber que estão com câncer, e a falta de informação sobre a utilidade do exame. Foram citadas também a existência de barreiras socioeconômicas, geográficas, de transporte e as relacionadas com a organização do serviço de saúde prestador do exame.

Considerando que seja seguida à orientação do Programa Viva Mulher (BRASIL, 2002 a) quanto à periodicidade da realização deste exame, existe a grande chance de se detectar o câncer precocemente, desde que os serviços de saúde se organizem e desenvolvam estratégias de busca e seguimento, lembrando que as ações de educação e de promoção em saúde contribuem para a elevação da cobertura do exame citológico. Em países aonde a redução da incidência e da mortalidade pelo câncer de colo de útero vem ocorrendo, observa-se também uma elevação da cobertura na prática do exame citológico (IDESTRÖM et. al., 2002; FONSECA et al., 2004).

Do ponto de vista da saúde pública, a efetividade do programa e controle do câncer do colo do útero depende da cobertura populacional alcançada. Preconiza-se de que 80 a 85% das mulheres sejam submetidas ao exame, considerando-se assim que o programa é efetivo no controle da doença (OPAS, 1989; MS, 1994 apud Dias-da-Costa et al., 2003).

Considerando que o câncer de mama e do colo do útero são duas neoplasias que apresentam elevadas taxas de incidência e de mortalidade entre a população feminina, mas passíveis de detecção precoce e de cura, dependendo do estágio em que são detectadas, torna-se importante que os gestores das três esferas governamentais de saúde se preocupem na criação de estratégias de sensibilização para os profissionais de saúde buscando incorporar a prática da busca e captação de mulheres de risco para a realização os exames

preventivos e para as mulheres programas de educação em saúde visando mudanças de comportamento relacionado ao auto-cuidado e preservação da vida. A adoção dessas estratégias certamente terá impacto para a redução da incidência e da mortalidade por estes tipos de câncer.

Este estudo buscou analisar a realização das práticas preventivas para o câncer de mama e do colo de útero por mulheres de 40 anos ou mais de idade, no município de Campinas, e identificar os fatores associados à não realização desses exames.

OBJETIVOS

Geral:

Analisar as práticas de detecção precoce do câncer de mama e do colo do útero das mulheres de 40 anos e mais residentes na cidade de Campinas, segundo variáveis socioeconômicas, demográficas, presença de morbidades, comportamentos relacionados à saúde e outras práticas preventivas.

Específicos:

Analisar a prevalência da realização do exame físico anual das mamas e da mamografia por mulheres com 40 anos e mais de idade segundo variáveis socioeconômicas, demográficas, presença de morbidade, comportamentos relacionados à saúde e outras práticas preventivas e analisar os motivos da não realização do exame.

Analisar a prevalência da realização do exame de citologia oncótica por mulheres com 40 anos e mais de idade segundo variáveis socioeconômicas, demográficas, presença de morbidades e outras práticas preventivas e analisar os motivos da não realização do exame.

Identificar os serviços de saúde responsáveis pelo oferecimento e realização do exame clínico das mamas e da citologia oncótica.

RESULTADOS

Artigo 1- Fatores associados à realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional

Factors associated with Papanicolaou smears: population-based study

Autores: Vivian Mae Schmidt Lima Amorim¹

Marilisa Berti de Azevedo Barros¹

Chester Luiz Galvão César²

Luana Carandina³

Moisés Goldbaum⁴

1 Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

2 Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

3 Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade do Estadual Paulista, Botucatu, Brasil.

4 Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar a prevalência da realização do exame de Papanicolaou, segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e de comportamentos relacionados à saúde em mulheres com 40 anos ou mais de idade residentes no município Campinas (SP). O estudo foi do tipo transversal, de base populacional e as análises estatísticas consideraram o delineamento da amostra. Os fatores associados à situação inadequada da realização do Papanicolaou, encontrados na análise multivariada, foram: ter de 40 a 59 anos, ser não branca, ter escolaridade de até 4 anos, e não ter ido ao dentista no último ano. Entre os motivos alegados por quem nunca realizou o Papanicolaou destacam-se: achar que realização do exame não é necessária (43,5%), sentir vergonha (28,1%), e apenas 13,7% por dificuldades relacionadas aos serviços. O SUS foi responsável pela realização de 43,2% dos exames de Papanicolaou referidos. Os serviços de saúde devem reduzir a desigualdade de acesso à rede de saúde e melhorar a qualidade do atendimento à mulher, lembrando que o Papanicolaou tem sido eficaz no controle do câncer do colo uterino.

Palavras-chave: Neoplasia do colo do útero; Citologia Oncótica; Papanicolaou; Rastreamento; Saúde da Mulher.

Abstract

This study aimed to analyze the prevalence of Papanicolaou smears according to socioeconomic, demographic and behavioral variables related to the health of women 40 years old and over and living in city of Campinas (SP). The study was cross-sectional, population –based and statistical analyses took into account the sample design. The factors associated with inappropriate conditions for performing PAP smears found in the multivariate analysis were: being 40 a 59 years-old, not being white, having up to 4 years of schooling, and not having been to the dentist in the past year. The following reasons stand out among those mentioned by those who did not have a PAP smear done: considering that the test was unnecessary (43,5%), being embarrassed (28,1%), and only 13,7% due services-related obstacles. The SUS (National Unified Health System) was responsible for

performing 43,2% of the reported PAP smears. Health services should reduce inequality of access to the health network and improve the quality of care to women, bearing in mind that PAP smears have been effective tool in cervical cancer control.

Keywords: Cervical cancer; Oncotic cytology; Papanicolaou; Screening; Women's health.

Introdução

O câncer de colo de útero embora considerado altamente curável ainda ocupa uma importante posição como causa de mortalidade, especialmente em países menos desenvolvidos¹. É um câncer que tem vários fatores de risco identificados e para o qual existe disponível um exame eficaz para a detecção precoce: o exame de citologia oncológica, mais conhecido como Papanicolaou.^{2,3,4}

A maioria das alterações neoplásicas intra-epiteliais cervicais (NIC) grau I ou grau II detectadas no exame de Papanicolaou regredem espontaneamente, sendo que uma minoria progride para alteração neoplásica intra-epitelial grau III, que por sua vez apresenta alta taxa de progressão para o carcinoma invasivo.^{1,5,6}

As alterações epiteliais NIC I e II são mais comuns em mulheres jovens, enquanto as lesões NIC III, que representam maior risco, têm maior prevalência em mulheres com mais idade.⁶

A realização do exame de Papanicolaou é recomendada, por organizações nacionais e internacionais de saúde, para as mulheres que já tenham iniciado a atividade sexual. No Brasil, desde 1988, o Ministério da Saúde (MS) segue a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que propõe a realização do exame a cada três anos, após dois controles anuais consecutivos negativos para mulheres com até 59 anos de idade, por ser esta a faixa etária de maior risco para a doença. A partir de 1998, foi implantado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), do MS, o Programa Viva Mulher, voltado para o controle dos cânceres de colo de útero e de mama.^{2,7}

Apesar da implantação desse programa e da ampliação da cobertura do exame de Papanicolaou, não tem havido redução das taxas de incidência e de mortalidade do câncer de colo de útero, no Brasil, tendo a taxa de mortalidade aumentado nas últimas décadas de 3,44/100.000 mulheres em 1979, para 4,59/100.000, em 2000.⁸ No estado de São Paulo, a taxa bruta de mortalidade pelo câncer de colo de útero tem se mostrado estável desde a década de 70, com valores próximos a 4,2/100.000, tendo havido um relativo deslocamento dos óbitos para as idades acima de 70 anos.⁹

Barreiras socioeconômicas, culturais, raciais e geográficas, para o acesso aos serviços de saúde têm sido em parte responsáveis pela baixa cobertura dos exames de citologia oncológica e são considerados uns dos maiores desafios a serem enfrentados pelas autoridades sanitárias nos programas de controle do câncer de colo de útero.^{9,10,11,12}

Fatores de risco como idade avançada, baixo nível socioeconômico, pertencer a certos grupos étnicos, não ter cônjuge (solteiras, separadas e viúvas), entre outros, têm sido identificados como associados à não realização do exame de Papanicolaou.^{3,13,14,15,16}

Considerando que o câncer de colo de útero é uma neoplasia que apresenta elevada taxa de incidência e de mortalidade, passível de detecção precoce e de ser curável dependendo do estágio em que é detectado^{4,17}, buscou-se com este estudo analisar os fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou que constitui instrumento fundamental no controle da doença.

Métodos

O estudo realizado foi do tipo transversal, de base populacional, tendo como população de estudo os indivíduos do sexo feminino com idade igual ou superior a 40 anos, não institucionalizados, residentes na área urbana do município de Campinas, SP, utilizando-se os dados do Inquérito Multicêntrico de Saúde (ISA-SP).¹⁸

Para a obtenção da amostra, os setores censitários do município de Campinas foram agrupados em três estratos segundo o percentual de chefes de família com nível universitário: menos de 5%; de 5 a 25% e com 25% ou mais. Foram sorteados 10 setores censitários de cada estrato, e em cada setor censitário, foram sorteados os domicílios e selecionados os indivíduos que seriam entrevistados segundo os domínios de sexo e idade: menores de 1 ano; de 1 a 11 anos; homens de 12 a 19 anos; mulheres de 12 a 19 anos; homens de 20 a 59 anos; mulheres de 20 a 59 anos; homens de 60 anos ou mais e mulheres de 60 anos ou mais de idade.

O tamanho mínimo da amostra foi estimado em 200 indivíduos para cada um dos domínios, tendo como base a estimativa de uma proporção de 50%, com erro máximo de 7%, erro tipo α de 5% e efeito de delineamento de 2. Considerando a possibilidade de 20% de perda, foram sorteados 250 indivíduos para cada domínio. O presente estudo incluiu indivíduos pertencentes a dois domínios: mulheres de 20 a 59 anos e mulheres de 60 anos ou mais, totalizando 290 mulheres com idades de 40 anos ou mais.

As informações foram obtidas por meio de questionário estruturado em 19 blocos temáticos, com a maioria das questões fechadas, aplicado diretamente à pessoa sorteada por entrevistadores treinados. Os blocos de interesse específico para este trabalho foram os referentes às características socioeconômicas do entrevistado e do chefe da família, doenças crônicas, deficiência física, utilização de serviços, exames preventivos, estilo de vida, saúde emocional e auto-avaliação em saúde.

A variável dependente foi definida como não adequação da prática do exame de Papanicolaou. Para as mulheres entre 40 e 59 anos de idade, a prática foi considerada não adequada quando o exame foi realizado há mais de três anos ou nunca. Para as mulheres com idade igual ou superior a 60 anos foi considerada prática não adequada nunca ter realizado o exame.

As variáveis independentes analisadas neste estudo foram:

Variáveis socioeconômicas e demográficas: idade, cor, naturalidade, situação conjugal, escolaridade, posição na família, renda familiar mensal *per capita*, situação ocupacional, religião, número de pessoas no domicílio e posse de bens duráveis. Para o cálculo da renda familiar *per capita* foram considerados os valores dos salários mínimos vigentes no país por ocasião da realização do inquérito: salário mínimo de R\$151,00 (março a abril de 2001), R\$180,00 (maio de 2001 a março de 2002) e de R\$200,00 (abril a setembro de 2002).

Variáveis de comportamentos relacionados à saúde: hábito de fumar, frequência semanal de consumo de bebidas alcoólicas e atividade física em contexto de lazer.

Variáveis relacionadas ao estado de saúde: presença de hipertensão, de diabetes ou de limitação física referida; presença de “transtorno mental comum” avaliada pelo “*Self Reporting Questionnaire*” (SRQ-20)¹⁹; presença de obesidade utilizando-se o índice de massa corporal (IMC= kg/m²) calculado com base no peso e altura referidos pelo entrevistado. As mulheres com IMC \geq 25 foram classificadas tendo sobrepeso ou obesidade.

Variáveis relacionadas à realização de práticas preventivas para o câncer de mama: auto-exame das mamas (independente da frequência da realização), exame clínico das mamas no último ano e mamografia nos últimos dois anos. Para as mulheres com 60 anos ou mais de idade também foi analisada, porque para elas estava disponível, a variável auto-avaliação da saúde.

Os dados foram digitados em programa EPI-INFO 6.04b, e submetidos à análise de consistência. Para as análises estatísticas foi utilizado o programa STATA 7.0, o que possibilitou levar em consideração as variáveis do plano de amostragem: estratos, conglomerados, ponderação e o efeito do delineamento. As análises incluíram estimativas de prevalência e intervalos de 95% confiança (IC) da prática não adequada do exame de citologia oncológica segundo as variáveis independentes. Foram calculadas razões de *odds brutas* e IC de 95% e desenvolvido um modelo de regressão logística múltipla hierarquizado em duas etapas. Na primeira etapa foram incluídas as variáveis socioeconômicas e demográficas que na análise univariada apresentaram $p < 0,20$. Na segunda etapa foram incluídas as variáveis significantes na etapa inicial e as demais com $p < 0,20$ na análise univariada com exceção das variáveis: *realização do exame clínico anual das mamas e a realização da mamografia* (por constituírem componentes da consulta médica em que se realiza o exame de Papanicolaou) e *da auto-avaliação da saúde* (por estar disponível somente para mulheres com 60 anos ou mais de idade).

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas sob parecer 369/2000.

Resultados

A tabela 1 mostra que a realização não adequada do exame de Papanicolaou foi mais prevalente nas mulheres com idades entre 40 e 59 anos, não brancas, que moram em domicílios com 5 ou mais pessoas, com escolaridade de até 4 anos, com renda mensal familiar *per capita* menor ou igual a 4 salários mínimos e com a posse de até 9 bens duráveis.

Verificou-se que 8,5% das mulheres entre 40 e 59 anos de idade e 11,1% das mulheres com 60 anos ou mais nunca haviam realizado o exame de Papanicolaou. Entre os motivos apontados para a não realização do exame, mostrou-se com maior frequência o fato da mulher achar não ser necessário realizá-lo (43,5%), seguido pelo motivo de considerá-lo um “exame embaraçoso” (28,1%). O não conhecimento do exame foi referido por 5,7% das mulheres, e a dificuldade em marcar o exame, por 13,7%. Outros motivos foram alegados por 7,2% e 1,8% não responderam. Verificou-se que 43,2% das mulheres que haviam feito o Papanicolaou, o tinham realizado em serviços do SUS (dados não apresentados em tabelas).

Na tabela 2 observa-se que não estar com a prática adequada para o exame de Papanicolaou associa-se à: a condição de ter avaliado a própria saúde como ruim ou muito ruim (nas mulheres com 60 anos ou mais) e não ingestão de bebidas alcoólicas, embora esta associação não tenha significância estatística quando ajustada a escolaridade (tabela 2).

A tabela 3 revela que não estar com a prática adequada em relação à realização do Papanicolaou associou-se à não realização de outras práticas preventivas como o auto-exame mensal das mamas, exame clínico das mamas no último ano, mamografia nos últimos dois anos e consulta odontológica no último ano.

Os resultados da análise de regressão logística múltipla hierarquizada (tabela 4) apontam que não estar com a prática adequada quanto ao exame de Papanicolaou é mais freqüente nas mulheres entre 40 a 59 anos de idade, com escolaridade de até 4 anos, não brancas, e que não tiveram consulta odontológica no último ano.

Discussão

O presente estudo possibilitou verificar que 83,3% (IC95%: 73,8-89,8%) das mulheres com 40 anos ou mais de idade, residentes em Campinas, encontram-se com a prática adequada em relação ao exame de Papanicolaou, e, portanto, 16,7% (IC95% :10,2-26,2%) sem a cobertura adequada. A Organização Mundial da Saúde considera que o programa de prevenção do câncer de colo uterino é de boa efetividade em relação ao exame de Papanicolaou, quando a prática adequada atinge entre 80 a 85% da população alvo, como observado no presente estudo. O resultado obtido neste estudo está compatível aos percentuais verificados pelo “Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis”. Nessa pesquisa, realizada pelo Instituto Nacional de Câncer em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, foi verificado que o percentual das mulheres de 15 anos ou mais de idade que haviam realizado pelo menos um exame de Papanicolaou nos 3 anos que antecederam a entrevista variavam aproximadamente 80 a 93%.²⁰

Na população de Campinas, SP, foi observado que 9,3% (IC95%: 4,6-18,1) das mulheres de 40 anos ou mais nunca haviam realizado um exame de Papanicolaou. Esse percentual foi de 8,5% entre as mulheres de 40 a 59 anos e de 11,1% nas mulheres de 60 anos ou mais. Hewitt et al. (2004) encontraram na população americana em 2000, 5% de mulheres de 65 a 74 anos e 12% de 75 anos ou mais, que nunca haviam realizado o exame de Papanicolaou. Em estudo realizado na cidade de Rio Grande, RS, por César et al (2003), foi observado que 57% das mulheres de 15 a 49 anos nunca tinham realizado um exame para a detecção precoce do câncer de colo de útero. Apesar das diferenças entre os grupos etários analisados nos estudos referidos e no presente estudo, pode-se concluir que a prevalência da não realização do exame citológico, observada em Campinas, não se mostra muito elevada, embora ainda seja necessário investir na redução desse percentual por meio de intervenções adequadas dos serviços de saúde.

O principal motivo referido pelas mulheres que nunca realizaram o exame de Papanicolaou foi o de não achar necessário fazê-lo (43,5%). Esse achado é semelhante ao verificado por Pinho et al (2003) na cidade de São Paulo⁹. A falta de compreensão da importância da realização do exame de Papanicolaou é um desafio para os serviços de

saúde, pois tem limitado o acesso ao rastreamento do câncer de colo de útero principalmente das mulheres consideradas de maior risco^{9,21}. O constrangimento também aparece no presente estudo como motivo freqüente para a não realização do Papanicolaou (28,1%) à semelhança do observado em outros estudos^{9,13,23}. Lazcano-Ponce et al (1997) verificaram que a vergonha e o embaraço em certos segmentos sociais e culturais se acentuam quando a mulher sabe que quem irá realizar o exame é um médico do sexo masculino.

Em relação à idade, as mulheres entre 40 e 59 anos apresentaram maior risco para estar com a prática não adequada em relação ao exame de Papanicolaou em comparação às de 60 anos ou mais, lembrando que diferentes critérios de adequação foram utilizados para os dois segmentos etários. Mulheres com 60 anos ou mais de idade que nunca fizeram o exame de Papanicolaou (11,1%), também necessitam ser alvo de atenção por parte dos serviços de saúde, pois por não estarem mais em idade fértil acabam se afastando das práticas preventivas para o câncer de colo uterino, exatamente quando a incidência da doença aumenta,^{23,24} devendo ser aproveitado o comparecimento aos serviços de saúde, em decorrência de outras morbidades, para o oferecimento e realização do exame de Papanicolaou. Hewitt et.al. (2004) referiram que 84,6% das mulheres de 65 anos ou mais de idade relataram consulta médica no ano que havia antecedido a entrevista, mas, só 7,4%, tinham recebido do médico, a recomendação de realizar o exame de Papanicolaou. No presente estudo, entre as mulheres que referiram morbidade nos 15 dias que antecederam a entrevista, 81,6% relataram ter procurado cuidados médicos, e dessas, 25,2% encontravam-se com a prática não adequada para o Papanicolaou.

Ser não branca revelou-se positivamente associado à prática não adequada quanto ao exame de Papanicolaou, sendo este achado semelhante ao observado em estudo feito nos EUA e Porto Rico, em que as mulheres negras e de outras minorias étnicas, eram as que faziam menor utilização das práticas de rastreamento para o câncer de colo uterino e, como resultado, apresentavam as maiores taxas de incidência e de mortalidade da doença²⁵.

Este achado aponta para um grande problema a ser enfrentado pela saúde pública: a existência de desigualdades raciais ao acesso dos serviços de saúde, demonstrando a necessidade de discussão sobre a cidadania no Brasil, visando melhorar as condições de saúde desta parcela da população.

Viver sem companheiro (viúvas, separadas e nunca ter casado) não se revelou como fator associado à prática inadequada do Papanicolaou. Esse achado difere do observado em alguns estudos. Coughlin e Uhler (2000, 2002) verificaram que mulheres hispânicas viúvas e asiáticas solteiras (OR=0,5) realizaram menos o exame citológico que as casadas (OR=0,63). Dias-da-Costa et al. (2003), em estudo realizado na cidade de Pelotas, RS, também observaram menor frequência de realização do exame de Papanicolaou em mulheres viúvas e solteiras.

A presença de algum tipo de limitação física, neste estudo, não se revelou associada à prática não adequada do Papanicolaou. Hewitt et. al. (2004), entretanto, observaram associação entre limitação física e a prática não adequada do Papanicolaou em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos de idade, mas não entre as mais idosas.

A prática não adequada do exame Papanicolaou foi mais freqüente nas mulheres com menor grau de escolaridade, sendo esse achado semelhante ao encontrado em estudos realizados nos municípios de Rio Grande, RS²², e de São Paulo, SP⁹, e em estudos realizados em outros países^{10,14,23,25}. Também apareceram positivamente associados à prática não adequada do exame de Papanicolaou, na análise univariada, ter menor renda familiar mensal *per capita* e posse de menor número bens duráveis, correspondendo ao achado por Dias-da-Costa et. al. (2003), na cidade de Pelotas, RS. A literatura tem constantemente relatado que à medida que diminui o nível socioeconômico aumenta significativamente a prevalência de mulheres com a prática inadequada do Papanicolaou, o que aponta para a necessidade de intervenção mais efetiva por parte dos serviços públicos de saúde pois é esta população que mais depende dos serviços ofertados pelo SUS.

A prática inadequada do exame do Papanicolaou foi mais freqüente nas mulheres que não realizam o auto-exame mensal, o exame físico anual das mamas e a mamografia. Esses resultados são esperados considerando que o exame clínico das mamas, a solicitação da mamografia e a realização do exame de Papanicolaou, fazem parte do atendimento integral da mulher prestado durante a consulta médica ginecológica e que, na ausência dessa consulta, esses procedimentos têm a realização comprometida. Coughlin e Uhler (2000, 2002) também verificaram a associação entre a prática inadequada do exame de Papanicolaou e a não realização dos exames de rastreamento para o câncer de mama. As

mulheres que procuram mais os serviços de saúde para a consulta ginecológica também estariam mais expostas a estímulos e orientação para o auto-exame das mamas, visto que a orientação para essa prática, também é parte integrante da consulta ginecológica.²⁷

Outro dado relevante, mostrado por este estudo, é que os serviços privados foram os responsáveis por 56,8% dos exames de Papanicolaou realizados, enquanto os serviços do SUS responderam por 43,2%. Esse achado é muito próximo ao encontrado no município de São Paulo, no Inquérito Domiciliar realizado em 2003 pelo MS, no qual 57% das mulheres que realizaram o exame de Papanicolaou nos três anos que antecederam a entrevista o fizeram em serviços privados²⁰, o que aponta para a cobertura de parcela importante da população por planos e seguros de saúde. Para o município de Campinas a significativa cobertura dos serviços privada é observada também em outros atendimentos da saúde da mulher como no pré-natal (46,8%) e na assistência ao parto (41,9%)²⁸ indicando a necessidade de ampliação da cobertura do SUS na atenção à saúde da mulher.

Este estudo mostrou que maior atenção deve ser voltada para o segmento de mulheres não brancas, com baixa escolaridade, e que não realizam também outras práticas preventivas como as relacionadas ao câncer de mama e saúde bucal.

O exame de Papanicolaou constitui uma prática preventiva importante para a detecção precoce do câncer do colo uterino. A realização desse exame merece campanhas constantes, por parte das três esferas governamentais, para o incentivo à sua realização e de sensibilização dos serviços para a identificação e busca das mulheres que não o realizam ou o realizam de forma não adequada. O Programa Saúde da Família, adotado no Brasil como modelo de atenção básica, pode contribuir para a superação de barreiras, captando as mulheres não cobertas pelo exame de Papanicolaou. Este programa tem como princípios garantir o acesso ao serviço de saúde, a criação de vínculos entre a clientela e equipe de saúde e propiciar a integralidade no atendimento, esperando como um dos resultados dessas ações, a promoção do conhecimento e a valorização das práticas preventivas para o câncer de colo de útero por parte das usuárias²². Uma das medidas que vem sendo adotadas pelos serviços de saúde do SUS, como forma de ampliação da oferta do exame, é a implantação de protocolos de atendimento de enfermagem para a saúde da mulher, onde o profissional

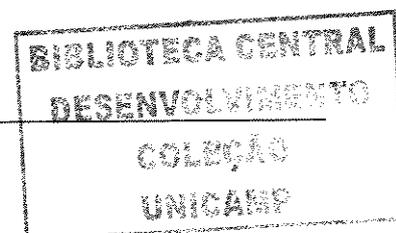
enfermeiro, respaldado pelo Conselho Federal de Enfermagem²⁹, também executa, após capacitação, a coleta do esfregaço e a inspeção do colo uterino.

Considerando que a realização do exame de Papanicolaou tem sido apontada como importante fator para a redução da incidência e da mortalidade do câncer de colo de útero, faz-se necessária a implementação das estratégias de identificação, captação e seguimento das mulheres com alto risco para a doença e baixa cobertura de rastreamento, tendo em vista que este é curável quando detectado em fase inicial.

Agradecimentos

À FAPESP - Programa de Políticas Públicas, processo n 88/14099-7 e a Secretaria Estadual de São Paulo, pelo financiamento do Inquérito Multicêntrico de Saúde do Estádio de São Paulo, ISA-SP. À Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde pelo suporte à análise através do Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde da FCM-UNICAMP.

A Marta pela revisão realizada nesse trabalho.



Referências Bibliográficas

1. Todd RW, Shafi, M. Invasive cervical cancer. *Current Obstet Gynaecol* 2004; 14:200-206.
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Viva Mulher-Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, Rio de Janeiro, 2002.
3. Gardner E. Cervical cancer: Disparities in Screening, Treatment, and Survival. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2003; 12:242-247.
4. Fonseca LAM, Ramacciotti AS, Eluf Neto J. Tendência da mortalidade por câncer de útero no Município de São Paulo entre 1980 e 1999. *Cad de Saúde Pública* 2004; 20(1):136-142.
5. Petry UK, Böhmer G, Ifner T, Davies P, Brummer O, Kühnle H. Factors associated with an increased risk of prevalent and incident grade III cervical intraepithelial neoplasia and invasive cervical cancer among women with Papanicolaou test classified as grade I or II cervical intraepithelial neoplasia. *Am J Obstet Gynecol* 2004;186 (1):28-34.
6. D'Ottaviano-Morelli MGL, Zeferino L, Cecatti JG, Terrabuio, DR, Martinez, E Z. Prevalence of cervical intraepithelial neoplasia and invasive carcinoma based on cytological screening in the region of Campinas, São Paulo, Brazil. *Cad de Saúde Pública* 2004; 20(1):153-159.
7. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Viva Mulher-Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama: Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo de útero. Disponível em <http://www.inca.gov.br/> (Acessado 03/set/2004).
8. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil-2002. Disponível em <http://www.inca.gov.Br/estimativas> (Acessado 13/ set/2004).

9. Pinho AA, França Junior I, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. *Cad de Saúde Pública* 2003; 19(supl. 2):5303-5313.
10. Claeys P, Gonzalez C, Page H, Bello RE, Temmerman M. Determinants of cervical screening in poor area: results of a population-based survey in Rivas, Nicaragua. *Trop Med Int Health* 2002; 7(2):935-941.
11. Gighangi P, Estambale B, Bwayo J, Rogo K, Ojwang S, Opiyo A et al. Knowledge and practice about cervical cancer and Pap smear testing among patients at Kenyatta National Hospital, Nairobi, Kenya. *Int J Gynecol Cancer* 2003; 13:827-833.
12. Selvin E, Brett KM. Breast and Cervical Cancer Screening: Sociodemographic Predictors Among White, Black, and Hispanic Woman. *Am J Public Health* 2003; 94(4):618-623.
13. Lazcano-Ponce EC, Nájera-Aguilar P, Buiatti E, Alonso-de-Ruiz P, Kuri P, Cantoral L et al. The cervical cancer screening programs in Mexico: problems with access and coverage. *Cancer Causes Control* 1997; 8:698-704.
14. Coughlin SS, Uhler RJ. Breast and cervical screening practices among Asian and Pacific Islander women in the United States, 1994-1997. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2000; 9:597-603.
15. Brewster WR, Anton-Culver H, Ziogas A, Largent J, Howe S et al. Recruitment strategies for cervical cancer prevention study. *Gynecol Oncol* 2002; 85:250-254.
16. Abraido-Lanza AF, Chao MT, Gammon MD. Breast and cervical cancer screening among latin as and non latin as whites. *Am J Public Health* 2004; 94(8):1393-1398.
17. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer Falando sobre o câncer do colo do útero. Disponível em <http://www.inca.gov.br/cancer/publicações> (Acessado 03/set/ 2004).

18. César LGC, Carandina L, Barros MBA, Goldbaum M. Relatório para a FAPESP do Projeto: Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). FAPESP, processo 14099-7. São Paulo, 2002.
19. World Health Organization. A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ), Genova; 1994.
20. Ministério da Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Inca, 2004.
21. Hewitt M, Devesa SS, Breen N. Cervical cancer screening among U.S. women: analyses of the 2000 National Health Interview Survey. *Prev Med* 2004; 39:270-278.
22. Cesar JA, Horta BL, Gomes G, Houlthausen RS, Willrich RM, Kaercher A et al. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo sul do país. *Cad de Saúde Pública* 2003; 19(5):1365-1372.
23. Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cad de Saúde Pública* 2001; 17(4):909-914.
24. Robles SC, Galanis E. Breast cancer in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2000; 11(3):178-185.
25. Coughlin SS, Uhler RJ. Breast and cervical screening practices among Hispanic women in the United States and Puerto Rico, 1998-1999. *Prev Med* 2002; 34:242-251.
26. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Borba AT et al. Cobertura do exame citológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad de Saúde Pública* 2003; 19(1):191-197.
27. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do Câncer de Mama (documento de consenso), Rio de Janeiro, 2004.

28. Almeida SDM, Barros MBA. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 17(1):15-25, 2005.

29. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Documentos básicos de enfermagem. São Paulo, 2001.

Tabela 1- Prevalência de realização não adequada do exame de Papanicolaou segundo variáveis socioeconômicas e demográficas em mulheres de 40 anos ou mais, Campinas (SP), 2001-2002.

Variáveis	N=290	Prevalência em % (IC95%)	OR Bruto (IC95%)	Valor de p
Idade (em anos)		(0,0496)**		
40-59	82	19,4 (10,7-32,5)	1,91 (0,99-3,69)	(0,052)
60 ou mais	208	11,2 (7,8-15,6)	1	
Total	290	16,7 (10,2-26,2)		
Cor/raça*		(0,0059)		
Branca	236	10,9(5,8-19,7)	1	
Preta/Parda	52	36,3(17,5-60,0)	4,63 (1,52-14,12)	(0,010)
Naturalidade		(0,1615)		
Estado de São Paulo	188	12,6 (6,7-22,6)	1	
Outros estados	101	21,6 (11,4-37,3)	1,90 (0,75-4,83)	(0,166)
Situação Conjugal		(0,2590)		
Com companheiro	139	14,7 (7,7-24,5)	1	
Sem companheiro	151	20,6 (11,4-33,4)	1,54 (0,71-3,35)	(0,261)
Religião		(0,4476)		
Católica	218	18,3 (10,9-29,0)	1,51 (0,49-4,61)	(0,450)
Não católica	72	12,8 (4,9-29,7)	1	
Situação na família		(0,9318)		
Chefe	108	16,3 (7,4-32,1)	1	
Não chefe	182	16,9 (9,3-28,9)	1,04 (0,35-3,07)	(0,932)
Pessoas no domicílio		(0,0103)		
1- 4	220	11,1 (6,2-19,2)	1	
5 ou mais	70	27,8 (15,2-45,3)	3,07 91,30-7,27)	(0,012)
Escolaridade (em anos)		(0,0416)		
0-4	186	23,7 (13,6-38,1)	2,94 (1,01-8,57)	(0,048)
5 ou mais	103	9,5 (4,1-20,8)	1	
Renda familiar per capita		(0,0103)		
<=4	210	21,5 (12,8-33,8)	4,91 (1,35-17,81)	(0,017)
>4	80	5,3 (1,7-15,3)	1	
Situação ocupacional		(0,3432)		
Trabalha	74	20,6 (9,1-28,9)	1,65 (0,56-4,85)	(0,346)
Não trabalha	216	13,6 (8,5-21,0)	1	
Posse de bens duráveis		(0,0132)		
1 a 9	185	23,2 (4,1-35,9)	3,49 (1,27-959)	(0,017)
10 ou mais	105	8,0 (3,2-18,4)	1	

*Excluídas 4 da cor amarela

**entre parênteses valores de p

Tabela 2- Prevalência de realização não adequada do exame de Papanicolaou segundo comportamentos relacionados à saúde e morbidade em mulheres de 40 anos ou mais, Campinas (SP), 2001-2002.

Variáveis	N=290	Prevalência em %(IC95%)	OR Bruto (IC 95%)	Valor de p
Hábito de fumar		(0,3874)*		
Sim	91	13,6 (6,9-25,1)	1	
Não	199	19,2 (10,3-32,8)	1,51 (0,57-3,97)	(0,389)
Prática de exercícios físicos		(0,3535)		
Sim	81	12,6 (5,7-25,4)	1	
Não	209	18,5 (10,5-30,5)	1,57 (0,57-4,32)	(0,361)
Consumo de álcool		(0,0483)		
Sim	98	9,7 (4,4-20,3)	1	
Não	189	22,4 (12,8-36,4)	2,68 (0,98-7,32)	(0,054)
IMC		(0,5500)		
<25	117	14,0 (7,1-25,8)	1	
>=25	138	17,3 (8,7-31,6)	1,28 (0,52-3,06)	(0,551)
Presença de doenças crônicas		(0,3348)		
0-3	187	18,2 (11,2-28,2)	1,6 (0,59-4,38)	(0,338)
4 ou mais	94	12,1 (4,8-27,4)	1	
Limitação física		(0,6964)		
Não	213	16,2 (9,8-25,6)	1	
Sim	77	18,8 (8,0-38,1)	1,19 (0,46-3,06)	(0,697)
Transtorno mental comum		(0,6394)		
Não	204	15,5 (8,1-27,4)	1	
Sim	71	19,1 (8,7-36,9)	1,29 (0,42-3,95)	(0,640)
Auto-avaliação da saúde**		(0,0387)		
Excelente/muito boa	59	4,9 (1,7-13,5)	1	
Boa	118	11,1 (6,4-18,5)	2,41 (0,63-9,23)	(0,187)
Ruim/muito ruim	23	26,1 (10,3-52,0)	6,83 (1,36-34,24)	(0,021)

* entre parênteses valor de p

** mulheres com 60 anos ou mais de idade

Tabela 3 – Prevalência de realização não adequada do exame de Papanicolaou segundo práticas preventivas e de cuidados à saúde em mulheres de 40 anos ou mais, Campinas (SP), 2001-2002.

Variáveis	N=290	Prevalência em % (IC95%) Valor de p	OR Bruto (IC95%)	Valor de p
Prática do auto-exame (indep. da freqüência.)				
		(0,0215)*		
Sim	204	12,5 (6,6-22,4)	1	
Não	86	28,8 (16,2-43,80)	2,72 (1,14-6,43)	(0,024)
Exame clínico das mamas (no último ano)				
		(0,0000)		
Sim	164	3,8 (1,3-10,6)	1	
Não	126	37,7 (23,0-55,1)	15,5 (4,22-57,12)	(0,000)
Realização da mamografia (nos últimos dois anos)				
		(0,0003)		
Sim	160	6,0 (2,2-15,3)	1	
Não	130	31,3 (19,6-45,8)	7,08 (2,42-20,71)	(0,001)
Consulta odontológica (no último ano)				
		(0,0154)		
Sim	122	8,3 (3,5-18,3)	1	
Não	168	25,4 (14,7-40,3)	3,77 (1,25-11,40)	(0,020)
Vacina de gripe (mulheres com 60 anos ou mais)				
		(0,1159)		
Sim	128	8,8 (4,8-15,4)	1	
Não	78	15,4 (10,1-15,8)	1,89 (0,83-4,30)	(0,120)

*entre parênteses valor de p

Tabela 4 – Razão de *odds ajustada* segundo modelo de regressão logística múltipla hierarquizada para não realização do exame de citologia oncótica.

Variáveis	N	OR Bruto IC 95%	Valor de p	OR ajustado	Valor de p
1ª etapa					
Idade (em anos)					
40-59	82	1,91 (0,99-3,69)	0,0496	4,04 (1,72-9,46)	0,002
60 ou mais	208	1			
Escolaridade					
5anos ou mais	103	1			
0-4 anos	186	2,94 (1,01-8,57)	0,0059	3,56 (1,11-11,38)	0,033
Cor/raça					
Branca	236	1			
Negra/parda	52	4,63 (1,52-14,12)	0,0416	3,23 (1,18-8,77)	0,023
2ª etapa					
Consulta odontológica					
Sim	122	1			
Não	168	3,77 (1,25-11,40)	0,0154	3,73 (1,08-12,80)	0,037

Modelo hierarquizado em duas etapas: 1ª)Variáveis socioeconômicas e demográficas com $p > 0,20$ (idade, escolaridade, posse de bens duráveis, número de pessoas no domicílio, renda familiar *per capita*) 2ª)Demais variáveis (prática do auto-exame das mamas, ingestão de álcool e cuidados odontológicos) e as que foram significantes na primeira etapa (idade, cor/etnia e escolaridade).

**Artigo 2- Fatores associados à realização da mamografia e do exame clínico das
mamas: um estudo de base populacional**

Factors associated to the performance of mammography and clinical examination of the
breasts: a population-based study

Autores: Vivian Mae Schmidt Lima Amorim¹

Marilisa Berti de Azevedo Barros¹

Chester Luiz Galvão César²

Luana Carandina³

Moisés Goldbaum⁴

1 Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de
Campinas, Campinas, Brasil.

2 Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo,
Brasil.

3 Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, Brasil.

4 Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo,
Brasil.

RESUMO:

O objetivo deste estudo foi analisar a prevalência das práticas de detecção do câncer de mama segundo variáveis socioeconômicas e de comportamentos relacionados à saúde, em mulheres com 40 anos ou mais, residentes na cidade de Campinas, SP. O estudo foi do tipo transversal, de base populacional e as análises estatísticas consideraram o delineamento da amostra. Verificou-se que 50,8% das mulheres não haviam feito mamografia nos últimos dois anos e 38,2 % não haviam sido submetidas ao exame clínico das mamas no ano que antecederia o estudo. Nas análises univariadas, a não-realização da mamografia e do exame clínico foram mais prevalentes nas mulheres com 70 anos ou mais, de raça/cor negra, com menor número de equipamentos/bens, que não consumiam bebidas alcoólicas, que não realizaram o Papanicolaou nos três últimos anos e que não realizaram consulta odontológica no último ano. A não-realização do exame clínico das mamas também foi mais prevalente nas mulheres sem companheiro, com escolaridade até 4 anos, que não praticaram atividade física e que não realizaram o auto-exame da mama e a mamografia. A não-realização da mamografia também apresentou prevalência mais elevada nas mulheres com renda familiar per capita inferior a 4 salários mínimos e que não realizaram o exame clínico das mamas. A redução da mortalidade pelo câncer de mama requer a detecção precoce da doença e para isso se faz necessário que os serviços de saúde implementem estratégias para ampliação da cobertura das práticas preventivas especialmente nos segmentos sociais de mulheres mais vulneráveis a estarem excluídas da realização adequada e oportuna dessas práticas.

Palavras-chave: Saúde da Mulher, Rastreamento; Estudo Transversal; Mamografia; Exame clínico das mamas.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the prevalence of breast cancer screening practices according to socioeconomic variables and health-related behaviors in women with 40 years of age or more in the city of Campinas, SP. This population-based cross-sectional study and its statistical analyses considered the design of the sample. 50.8% of the women had not had a mammography done in the past two years and 38.2 % had not had a clinical

examination of their breasts in the year before the study. In the univariate analyses the absence of mammography and clinical examination were more prevalent among Afro-Brazilian women with 70 years of age or more, with a smaller number of appliances/assets, who did not drink alcoholic beverages, who had not a pap smear done in the past three years, and who had not had a dental appointment in the past year. The absence of clinical examination of the breasts was also more prevalent among women without a partner, with up to four years of education, who did not exercise, and who did not do breast self-examination and mammography. Not doing mammography was also more prevalent among women whose per capita family income was lower than 4 minimum wages and who did not have a clinical examination of their breasts. The reduction in breast cancer mortality requires the early detection of the disease, which in turn requires healthcare facilities to implement strategies to expand the coverage of preventive practices, especially in the social segments in which women are more vulnerable to being excluded from the adequate and opportune practice of those procedures.

Key-words: Women's health; Screening; Cross-sectional study; Mammography; Clinical breast examination

Introdução

Na maioria dos países, o câncer de mama tem apresentado incidências elevadas e crescentes. Dos casos registrados no mundo, 43% estão em países em desenvolvimento¹, chamando a atenção para a necessidade de implementação de ações de promoção da saúde, de prevenção e tratamento desse câncer nas regiões economicamente menos favorecidas^{2,3}.

O câncer de mama é relativamente raro antes dos 35 anos, mas, acima dessa idade sua incidência cresce rápida e progressivamente⁴. Mais de 85% dos casos ocorrem após os 40 anos de idade, alcançando o pico de incidência na faixa dos 65 a 70 anos⁵. Esse câncer vem sendo um alvo privilegiado dos estudos da comunidade científica, o que possibilitou a identificação de vários fatores causais e um conhecimento maior sobre a história natural dessa neoplasia³.

Fatores genéticos (história familiar), reprodutivos e hormonais (menarca precoce, menopausa tardia, idade avançada para a primeira gravidez, nuliparidade e lactação, uso de contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal) e também fatores ambientais (exposição a radiações ionizantes) foram identificados como de risco para o surgimento do câncer de mama. Hábitos relacionados ao estilo de vida, como dieta rica em gorduras, consumo elevado de álcool, baixa ingestão de vitaminas antioxidantes e sedentarismo também são apontados como positivamente associados à neoplasia de mama^{1,3}.

A prevenção primária, que é constituída por ações desencadeadas para evitar o surgimento da doença, é factível para alguns fatores de risco como uso de contraceptivos orais e de terapia hormonal, obesidade pós-menopausa, exposição a radiações ionizantes e fatores relacionados ao estilo de vida, como dieta, consumo de álcool e sedentarismo³. Para muitos dos outros fatores, não existem estratégias específicas de prevenção. Para o controle do câncer de mama é fundamental a adoção de práticas de prevenção secundária, que compreendem o desencadeamento de ações de rastreamento para detecção precoce, evitando a progressão do câncer para estágios mais avançados e aumentando a probabilidade da cura^{1,3}.

Para o rastreamento da doença, visando a detecção precoce do tumor, é recomendada a execução de três práticas preventivas: o auto-exame mensal das mamas (AEM), o exame clínico anual das mamas realizado por profissional da saúde (ECM) e a mamografia, que consiste em exame radiológico das mamas, capaz de identificar lesões subclínicas^{1,6}.

A mamografia é considerada método tecnicamente confiável e que tem contribuído significativamente para a redução da mortalidade pelo câncer de mama⁷. Mesmo sendo a mamografia considerada o melhor método para o rastreamento populacional e recomendada pelas sociedades médicas, ela não é utilizada de rotina no Brasil e outros países em desenvolvimento, por tratar-se de um procedimento de alto custo⁶.

Devido à importância da detecção precoce do câncer de mama, autores apontam a necessidade da identificação dos grupos não cobertos pelas práticas preventivas^{2,8,9}.

Considerando a necessidade da detecção precoce do câncer de mama e que sua incidência aumenta progressivamente com a idade, este estudo teve como objetivo analisar a realização das práticas preventivas para essa doença entre mulheres de 40 anos ou mais de idade, residentes na cidade de Campinas, SP, e identificar fatores associados à não-realização da mamografia e do exame clínico das mamas com a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde.

Métodos

O estudo realizado foi do tipo transversal, de base populacional, tendo como população de estudo os indivíduos do sexo feminino com idade igual ou superior a 40 anos, não institucionalizados, residentes em área urbana do município de Campinas, São Paulo, utilizando os dados do Inquérito Multicêntrico de Saúde (ISA-SP)¹⁰.

Para a obtenção da amostra, os setores censitários do município de Campinas, foram agrupados em três estratos, segundo o percentual de chefes de família com nível universitário: menos de 5%, de 5 a 25% e com 25% ou mais. Foram sorteados 10 setores censitários de cada estrato, e de cada setor censitário foram sorteados os domicílios e

selecionados os indivíduos que seriam entrevistados, segundo os domínios de sexo e idade: menores de 1 ano; de 1 a 11 anos; homens de 12 a 19 anos; mulheres de 12 a 19 anos; homens de 20 a 59 anos; mulheres de 20 a 59 anos; homens de 60 anos ou mais e mulheres de 60 anos ou mais de idade.

O tamanho mínimo da amostra do inquérito foi estimado em 200 indivíduos para cada domínio, tendo por base a estimativa de uma proporção de 50%, com erro máximo de 7%, erro tipo α de 5% e efeito do delineamento de 2. Considerando a possibilidade de 20% de perda, foram sorteados 250 indivíduos para cada domínio. O presente estudo incluiu indivíduos pertencentes a dois domínios: mulheres de 20 a 59 anos e mulheres de 60 anos ou mais, totalizando 290 mulheres com idades de 40 anos ou mais.

As informações foram obtidas por meio de questionário estruturado em 19 blocos temáticos, com a maioria das questões fechadas, aplicado diretamente à pessoa sorteada por entrevistadores treinados. Os blocos de interesse específico para esse trabalho foram os referentes às características socioeconômicas e demográficas do entrevistado e do chefe da família, doenças crônicas, deficiência física, utilização de serviços, exames preventivos, estilo de vida, saúde emocional e auto-avaliação em saúde.

As variáveis dependentes foram: realização do exame clínico das mamas (ECM) por profissional de saúde no ano que antecedeu a entrevista e realização de mamografia nos dois anos que antecederam a entrevista.

As variáveis independentes analisadas neste estudo foram:

Variáveis socioeconômicas e demográficas: idade, cor, naturalidade, situação conjugal, escolaridade, posição na família, renda familiar mensal *per capita*, situação ocupacional, religião, número de pessoas no domicílio e número de equipamentos e bens. Para o cálculo da renda familiar *per capita* foram considerados os valores dos salários mínimos vigentes no país por ocasião da realização do inquérito: salário mínimo R\$ 151,00 (março a abril de 2001), R\$180,00 (maio de 2001 a março de 2002) e de R\$ 200,00 (abril a setembro de 2002).

Variáveis de comportamentos relacionados à saúde: hábito de fumar, frequência semanal de consumo de bebidas alcoólicas e atividade física em contexto de lazer.

Variáveis relacionadas ao estado de saúde: presença de hipertensão referida, de diabetes referida ou de limitação física referida; presença de “transtorno mental comum” avaliada pelo “*Self Reporting Questionnaire*” (SRQ-20)¹¹; presença de obesidade utilizando-se o índice de massa corporal (IMC= kg/m²) calculado com base no peso e altura referidos pelo entrevistado. As mulheres com IMC_≥25 foram classificadas como tendo sobrepeso ou obesidade. Para as mulheres com 60 anos ou mais de idade também foi analisada, porque para elas estava disponível, a variável auto-avaliação da saúde.

Variáveis relacionadas às práticas em saúde: auto-exame das mamas, realização do Papanicolaou, vacinação contra gripe e consulta odontológica. Para as mulheres entre 40 a 59 anos, a prática relacionada ao exame de Papanicolaou foi considerada não adequada quando o exame havia sido realizado há mais de três anos ou nunca. Para as mulheres com 60 anos ou mais, foi considerada prática inadequada, o fato de nunca ter realizado o exame citológico.

Os dados foram digitados em programa EPI-INFO 6.04b e submetidos à análise de consistência. Para as análises estatísticas foi utilizado o programa STATA 7.0, o que possibilitou levar em consideração as variáveis do plano de amostragem: estratos, conglomerados, ponderação e o efeito de delineamento. As análises incluíram estimativas de prevalência e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC) da prática do exame clínico das mamas e da realização da mamografia, segundo as variáveis independentes. Foram calculadas razões de *odds brutas* e IC de 95%, e desenvolvido um modelo de regressão logística múltipla com as variáveis que apresentaram p<0,20 na análise univariada para a prática do exame clínico das mamas. Para a realização da mamografia, foi desenvolvido um modelo de regressão logística múltipla hierarquizado em duas etapas. Na primeira etapa foram incluídas as variáveis socioeconômicas e demográficas que na análise univariada apresentaram p<0,20. Na segunda etapa, foram incluídas as variáveis significativas da etapa inicial e as demais com p<0,20 na análise univariada com exceção das variáveis: *realização do exame clínico anual das mamas e a realização da citologia*

oncótica (por constituírem componentes da consulta médica em que se solicita a mamografia).

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas sob o parecer 369/2000.

Resultados

A Tabela 1 mostra que não ter feito o exame clínico das mamas e não ter feito a mamografia foram mais prevalentes nas mulheres de 70 anos ou mais, nas não brancas, e com até 10 equipamentos no domicílio. A não realização do exame clínico das mamas também se mostrou mais prevalente nas mulheres que vivem sem companheiro e nas que tem escolaridade de até quatro anos. A não-realização da mamografia também se revelou mais prevalente nas mulheres com renda familiar per capita menor ou igual a 1 salário mínimo.

Foi verificado, no presente estudo, que 50,8% (IC 95%: 40,6-60,9) das mulheres de 40 anos ou mais, residentes no município de Campinas, SP, relataram não ter realizado a mamografia nos dois anos que antecederam a entrevista. Dessas, 42,5% (IC 95%: 33,6-51,9) nunca haviam feito o exame e 8,3% realizaram-no há mais de 2 anos; também se observou que 38,2% (29,4-47,9%) não realizaram o exame clínico das mamas no ano que antecedeu a entrevista. Entre as mulheres com 70 anos ou mais de idade foram encontradas as maiores proporções de não realização da mamografia (67,7%) e do exame clínico das mamas (56,5%).

Dos exames de mamografia realizados, 28,8% foram financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 71,2 % por serviços privados ou particulares. Quanto ao exame clínico das mamas, os serviços do SUS foram responsáveis pela realização de 38,1% e os serviços particulares e privados por 61,9% (dados não apresentados em Tabela).

Verificou-se que não ingerir bebidas alcoólicas e avaliar a saúde como ruim ou muito ruim associaram-se à não realização da mamografia e do ECM. Além desses fatores, o fato de não praticar exercícios físicos também se revelou associado à não-realização do ECM (Tabela 2).

Observou-se maior prevalência de não-realização do exame clínico das mamas e da mamografia nas mulheres que não estavam com rotina adequada em relação ao exame de Papanicolaou e que não tinham feito consulta odontológica no último ano. Também apresentaram com maior prevalência de não-realização do exame clínico das mamas nas mulheres que não realizaram o auto-exame das mamas e que não haviam feito a mamografia. A não-realização da mamografia foi mais elevada nas mulheres que não haviam realizado o ECM no ano que antecedeu a entrevista (Tabela 3).

Os resultados do modelo de regressão logística múltipla (Tabela 4) mostram que a não-realização do exame clínico das mamas foi mais frequente entre as mulheres que vivem sem companheiro, que residem em domicílios com mais de quatro moradores, que não ingerem bebidas alcoólicas, que não realizaram o auto-exame das mamas e que não fizeram consulta odontológica no último ano. A não-realização da mamografia foi mais prevalente nas mulheres idade igual ou superior a 70 anos, não brancas, e que não ingeriam bebida alcoólica (Tabela 5).

Discussão

Foram analisadas neste estudo duas das três práticas preventivas preconizadas pelos órgãos de saúde mundiais para a detecção precoce do câncer de mama: a mamografia e o exame clínico anual das mamas. Sabe-se que a detecção precoce do câncer de mama está associados a intervenções menos traumáticas e resultados terapêuticos mais eficazes.

O presente estudo permitiu verificar que 38,2% (IC95%:29,4-47,9%) das mulheres com 40 anos ou mais residentes em Campinas, SP, relataram não haver feito exame clínico das mamas no ano que antecedeu a entrevista, sendo esta prevalência de 35,3% (22,6-50,4%) entre as mulheres com 50 a 69 anos. Esse percentual é semelhante ao encontrado na cidade de São Paulo pelo *Inquérito Domiciliar sobre o Comportamento de Risco e Morbidade de Doenças e Agravos Não Transmissíveis* (2002-2003),¹² em que 38,6% das mulheres de 50 a 69 anos também não haviam realizado o exame clínico das mamas nos dois anos anteriores à entrevista.

Observou-se também que no tocante à realização da mamografia, 42,5% (33,8-52,3%) das mulheres com 40 anos ou mais nunca tinham feito esse exame, achado que também é semelhante ao encontrado na cidade de São Paulo, pelo Inquérito realizado pelo INCA¹² que foi de 40,9%. O presente estudo revelou que a faixa etária com maior prevalência para a não-realização da mamografia é a de 70 anos ou mais (67,7%), demonstrando forte associação da idade com a realização do exame. SIAHPUSH e SINGH² (2002), na Austrália, também encontraram menor realização de mamografia nas mulheres mais idosas, observando que 61% das mulheres com mais de 70 anos nunca tinham realizado a mamografia.

Verificou-se que as mulheres não brancas realizaram o exame clínico anual das mamas e a mamografia com menor frequência que as brancas, persistindo o achado relativo à mamografia no modelo de regressão logística. MEISSNER et al. (2003) também observaram nos EUA, entre 1990 e 2000, maior prevalência da realização da mamografia e do exame clínico anual das mamas nas mulheres brancas quando comparadas às negras e às hispânicas¹³.

Em relação à situação conjugal, mulheres sem companheiro (viúvas, separadas e solteiras) tiveram menor prevalência de realização do exame clínico das mamas. Esse achado difere do observado em estudo realizado nos EUA (2000)¹⁴ em que a situação conjugal não se mostrou associada à realização do exame, mas é semelhante ao encontrado na Austrália (2002)⁸, onde as mulheres sem companheiro apresentaram a menor prevalência de realização do exame clínico anual das mamas.

A análise univariada revelou que mulheres com baixa escolaridade tiveram maior prevalência de não-realização do ECM e que as mulheres com o menor número de equipamentos no domicílio tiveram maior prevalência de não-realização do ECM e da mamografia. A menor renda familiar *per capita* também se mostrou associada à não-realização da mamografia. No *Inquérito Domiciliar do INCA*¹² foi observado que a maior escolaridade estava associada à maior prevalência de realização desses exames. A menor posse de equipamentos, a baixa escolaridade e a baixa renda familiar *per capita* são indicadores de nível socioeconômico, que apontam a menor cobertura das práticas preventivas nos segmentos sociais menos favorecidos e mais vulneráveis a situações de

risco. Estudos realizados em outros países também verificaram que a realização da mamografia e do exame clínico das mamas é menor nas mulheres de nível socioeconômico mais baixo^{9,15}.

Observou-se menor prevalência de ECM nas mulheres que referiram não praticar exercício físico em contexto de lazer. MESSINA et al. (2004)¹⁶ também verificaram essa associação em estudo realizado com mulheres menopausadas (entre 50 a 79 anos), participantes do *Women's Health Initiative Observational Study*.

No presente estudo verificou-se que o consumo de bebidas alcoólicas está associado à realização do exame clínico das mamas e da mamografia, persistindo como significativo no modelo de regressão logística para os dois exames (Tabelas 4 e 5). Estudos realizados nos EUA também encontraram que mulheres que consumiam bebidas alcoólicas apresentavam maior prevalência de realização de mamografia^{14,16,17} e de exame clínico anual das mamas¹⁶, do que as que não tinham esse hábito. Fredman et al.¹⁷ (1999) sugerem que a não-ingestão de bebidas alcoólicas pode estar associada à presença de outros problemas de saúde que acabam por desviar o foco sobre a necessidade da realização dos exames preventivos para o câncer de mama.

Constatou-se forte associação entre a não-realização do exame clínico anual das mamas e da mamografia com a não-realização adequada do Papanicolaou e do auto-exame mensal das mamas. Essa associação é esperada, considerando-se que o exame de Papanicolaou, o incentivo da prática do auto-exame mensal das mamas, a realização do exame clínico das mamas e a solicitação da mamografia fazem parte da consulta ginecológica, e que, na ausência desta, a realização dos exames preventivos para o câncer de mama e do colo uterino ficam prejudicados. A associação verificada no presente estudo entre a realização das práticas preventivas para o câncer de mama com a realização de consulta odontológica é consistente com a observação de MESSINA et al. (2004), em estudo realizado nos EUA, que observaram a forte associação das práticas preventivas com a regularidade na procura de cuidados relacionados à saúde¹⁶.

Outro aspecto que este estudo revela é que das mamografias realizadas, somente 28,8% foram financiadas pelo SUS e apenas 35% das mulheres que realizaram o exame clínico anual das mamas o fizeram em serviços do SUS. O Inquérito Domiciliar¹² já

referido apontou que os serviços SUS são responsáveis por 48,7% dos exames de rastreamento para o câncer de mama em São Paulo, ficando os serviços particulares com maior oferta, 51,3%. Pelo alto custo do exame, o Ministério da Saúde recomenda que a adoção da mamografia, como estratégia de rastreamento populacional, seja destinada somente para as mulheres de 50 a 69 anos, e fora dessa faixa etária, apenas para os casos em que o exame clínico das mamas esteja alterado⁶. Essa restrição dos serviços públicos de saúde pode ser a causa de maior proporção de mamografias realizadas em serviços de saúde não vinculados ao SUS, que teriam maior flexibilidade para a indicação e a realização do exame. Também tem sido observado em Campinas, SP, que outras atividades relacionadas à saúde da mulher têm apresentado grande parcela de atendimentos realizados por serviços não vinculados ao SUS, como planos e convênios de saúde que respondem por 46,8% do atendimento pré-natal do município¹⁸.

Este estudo mostrou importantes características das mulheres que não fizeram adequadamente as práticas preventivas para o câncer de mama. Essas características certamente são resultantes da dificuldade que os serviços de saúde têm para promover os princípios da equidade e da integralidade das ações de saúde, resultando na iniquidade do acesso e utilização dos serviços preventivos.

Em relação à mamografia, maior atenção deve ser voltada para as mulheres com 70 anos ou mais de idade e não brancas. Ressalte-se que os avanços tecnológicos e sociais ocorridos nas últimas décadas propiciaram o aumento da expectativa de vida e o predomínio de doenças crônicas não transmissíveis, levando mulheres de mais idade a serem mais assíduas aos serviços de saúde; daí a importância destes terem sensibilidade e responsabilidade para captar e atender de forma integral esta clientela. Os serviços de saúde precisam desenvolver estratégias de redução das desigualdades de acesso, em especial em relação às mulheres negras e às pertencentes aos níveis socioeconômicos mais baixos.

O exame clínico anual das mamas e a mamografia são importantes práticas de detecção precoce para o câncer de mama que contribuem para a redução da mortalidade por esta neoplasia. Muitos são os desafios a serem enfrentados pelos gestores das políticas de saúde na implementação de estratégias que reorientem os serviços na perspectiva da atenção integral à saúde das mulheres, com foco especial para as de alto risco e com baixa cobertura de práticas preventivas.

Agradecimentos

À FAPESP - Programa de Políticas Públicas, processo n 88/14099-7, e à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, pelo financiamento do Inquérito Multicêntrico de Saúde do Estado de São Paulo, ISA-SP. À Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, pelo suporte à análise através do Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde da FCM-UNICAMP.

A Marta pelo trabalho de revisão realizado nesse artigo.

Referências bibliográficas

1. Robles SC; Galanis E. Breast cancer in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 11(3):178-185.
2. Siahpush M, Singh GK. Sociodemographic variations in breast cancer screening behavior among Australian women: results from the 1995 National Health Survey. *Prev Med* 2002; 35:174-180.
3. Adams EK., Florence CS, Thorpe KE, Becker ER, Joski PJ. Preventive care: female cancer screening 1996–2000. *Am J Prev Med* 2003; 25(4):301-307.
4. Almeida OJ, Zeferino LC, Teixeira LC. Mamografia de rastreamento em mulheres idosas. *Femina* 1999; 27(8):627-629.
5. Finotti MCCF, Freitas Junior R. A importância da mamografia no climatério. *Femina* 1998; 26(6):487-491.
6. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do Câncer de Mama (documento de consenso), Rio de Janeiro, 2004.
7. Nystrom L, Andersson I, Bjurstam N, Frisell J, Nordenskjöld B, Rutqvist LE. Long-term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomized trials. *Lancet* 2002; 359:909-919.
8. Ruchlin HS. Prevalence and correlates of breast and cervical cancer screening among older women. *Obstet Gynecol* 1997; 90(1):16-21.
9. Abraido-Lanza AF, Chao MT, Gammon MD. Breast and cervical cancer screening among latinás and non latinás whites. *Am J Public Health* 2004; 94(8):1393-1398.
10. César LGC, Carandina L, Barros MBA, Goldbaum M. Relatório para a FAPESP do Projeto: Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). FAPESP, processo 14099-7. São Paulo, 2002.

11. World Health Organization. A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ), Genova; 1994.
12. Ministério da Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Inca, 2004.
13. Meissner HI, Breen N, Yabroff R. Whatever happened to clinical breast examination? *Am J Prev Med* 2003; 25(3):259-263.
14. Coughlin SS, Uhler R. Breast and cervical screening practices among Asian and Pacific Islander women in United States, 1994-1997. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2000; 9:597-603.
15. Katz SJ, Zemencuk JK, Timothy P. Breast cancer screening in the United States and Canada, 1994: Socioeconomic gradients persist. *Am J Public Health* 2000. 90(5):799-803.
16. Messina RC, Lane DS, Glanz K, West DS, Taylor V, Frishman W et al. Relationship of social support and social burden to repeated breast cancer screening in the Women's Health Initiative. *Health Psychol* 2004; 23(6):582-594.
17. Fredman L, Sexton M, Cui Y, Althuis MA, Wehren L, Hornbeck MS, Kanarek N. Cigarette smoking, alcohol consumption, and screening mammography among women ages 50 and older. *Prev Med* 1999; 28:407-417.
18. Almeida SDM, Barros MBA. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 17(1):15-25, 2005.

Tabela 1 - Prevalência de não-realização da mamografia nos últimos dois anos e do exame clínico anual das mamas segundo variáveis socioeconômicas e demográficas em mulheres de 40 anos ou mais. Campinas, SP, 2001-2002

Variáveis	n=290	EXAME FÍSICO		MAMOGRAFIA	
		Prevalência (em %)	OR (IC95%)	Prevalência (em %)	OR (IC95%)
		(Valor de p)*		(Valor de p)	
Idade		(0,0474)		(0,0564)	
40-59	82	34,1	1	48,1	1,07(0,54-2,12)
60-69	107	38,7	1,19 (0,59-2,41)	46,3	1
70 ou mais	101	56,5	2,50 (1,14-5,49)	67,7	2,42 (1,50-3,91)
Total	290	38,2		50,8	
Cor/raça**		(0,0064)		(0,0039)	
Branca	236	32,3	1	45,8	1
Preta/parda	52	58,6	2,96 (1,36-6,41)	71,7	2,98 (1,43-6,20)
Naturalidade		(0,7931)		(0,3708)	
Campinas	63	38,6	1,14 (0,60-2,16)	55,1	1,66 (0,56-4,92)
Outros municípios do est. de SP	125	35,4	1	42,5	1
Outros estados	101	41,7	1,3 (0,58-2,90)	55,2	1,66 (0,83-3,31)
Situação Conjugal		(0,0416)		(0,1236)	
Com companheiro	139	31,9	1	44,1	1
Sem companheiro	151	46,8	1,88 (1,02-3,46)	59,9	1,89 (0,82-4,32)
Escolaridade (em anos)		(0,0360)		(0,1496)	
0-4 anos	186	47,9	2,34 (1,05-5,21)	58	1,80 (0,71-4,12)
5 ou mais	103	28,1	1	43,3	1
Situação na família		(0,7970)		(0,5660)	
Chefe	108	39,8	1,1 (0,50-2,39)	48,7	1,30 (0,50-3,33)
Não chefe	182	37,5	1	53,3	1
Renda Familiar per capita		(0,2233)		(0,0108)	
(em salários mínimos)					
> 3	113	31	1	39,6	1
1,5 a 3	94	38,2	1,37 (0,58-3,24)	50,5	1,55 (0,76-3,16)
<=1	83	49,1	2,14 (0,88-5,19)	68,8	3,23 (1,57-6,63)
Situação Ocupacional		(0,4580)		(0,6114)	
Trabalha	74	34,9	1	48,2	1
Não trabalha	218	41	1,29 (0,63-2,63)	53	1,22 (0,55-2,65)
Religião		(0,2261)		(0,7166)	
Católica	218	41,5	1,65 (0,71-3,84)	51,6	1,11 (0,59-2,10)
Não católica	72	30	1	48,8	1
Nº de Pessoas no Domicílio		(0,1121)		(0,0872)	
01 a 3	172	32	1	42,2	1
4 ou mais	118	44	1,67 (0,87-3,19)	58,8	1,95 (0,89-4,25)
Nº de equipamentos no domicílio		(0,0021)		(0,0058)	
1 a 10	219	45,9	3,22 (1,56-6,67)	59,1	3,08 (1,40-6,78)
11 ou mais	71	20,8	1	31,9	1

*entre parentes valores de p

**excluídas 4 da cor amarela

Tabela 2 - Prevalência de não-realização da mamografia nos últimos dois anos e do exame clínico anual das mamas segundo comportamentos relacionados à saúde e morbidade em mulheres com 40 anos ou mais. Campinas, SP, 2001-2002.

Variáveis	EXAME FÍSICO			MAMOGRAFIA	
	n=290	Prevalência(em %) (Valor de p)*	OR (IC95%)	Prevalência(em%) (Valor de p)*	OR (IC95%)
Hábito de fumar		(0,0736)		(0,2820)	
Sim	41	28,6	1	53,7	1,91 (0,78-4,66)
Ex fumante	50	29,4	1,04(0,35-3,09)	37,7	1
Não	199	45,5	2,08(0,91-4,76)	53,8	1,92 (0,89-4,12)
Prática de exercícios físicos		(0,0227)		(0,1031)	
Sim	81	27,2	1	31,5	1
Não	209	43,1	2,02 (1,10-3,71)	47,3	2,12 (0,87-5,15)
Consumo de álcool		(0,0073)		(0,0021)	
1 ou mais vezes por semana	47	18,4	1	31,3	1
menos de 1 vez por semana	51	28,8	1,78(0,57-5,53)	42,3	1,60 (0,71-3,60)
não ingere	189	48,9	4,24(1,74-10,320)	61,1	3,44 (1,68-7,04)
Sobrepeso		(0,4045)		(0,2347)	
Não	117	39,2	1,31 (0,66-2,82)	43	1,44 (0,77-2,69)
Sim	138	32,9	1	52,2	1
Presença de doenças crônicas		(0,4517)		(0,6812)	
0 a 3	187	36,2	1	50,8	1,12 (0,61-2,05)
4 ou mais	97	42,6	1,30 (0,63-2,65)	47,8	1
Limitação física referida		(0,1026)		(0,4180)	
Não	213	35,7	1	48,9	1
Sim	77	49,8	1,81 (0,87-3,78)	58,3	1,45 (0,56-3,75)
Transtorno mental comum		(0,5319)		(0,8617)	
Sim	71	34,3	1	51	1
Não	204	41,8	1,28 (0,57-2,86)	49,3	1,07 (0,47-2,39)
Percepção da saúde		(0,0568)		(0,0644)	
(mulheres com 60 anos ou mais)					
Excelente/muito boa	59	37,4	1	45,9	1
Boa	118	49,7	1,65 (0,85-3,21)	57,7	
Ruim/muito ruim	23	65,3	3,15 (1,10-9,01)	71,3	2,95 (1,07-8,02)

*entre parênteses os valores de p

Tabela 3 - Prevalência de não-realização da mamografia nos últimos dois anos e do exame clínico anual das mamas segundo outras práticas preventivas e de cuidado à saúde em mulheres de 40 anos ou mais. Campinas, SP, 2001

Variáveis	EXAME FÍSICO			MAMOGRAFIA	
	n=290	Prevalência(em %) (Valor de p)**	OR BRUTO (IC95%)	Prevalência(em %) (Valor de p)**	OR BRUTO (IC95%)
Prática do auto-exame		(0,0093)		(0,2946)	
Sim	204	32,2	1	48,4	1
Não	86	54,3	2,5 (1,26-4,97)	57,2	1,42 (0,71-2,83)
Exame físico das mamas (no último ano)				(0,0000)	
Sim	164			23,7	1
Não	126			72,8	23,49 (9,00-61,26)
Mamografia (nos últimos dois anos)		(0,0000)			
Sim	160	15	1		
Não	130	81	24,19 (11,98-52,3)		
Prática da citologia oncológica		(0,0000)		(0,0000)	
Adequada	251	28,6	1	26,8	1
Não adequada	39	86,2	15,5 (4,22-57,1)	89,6	20,92 (4,09-106,85)
Consulta odontológica (no último ano)		(0,0305)		(0,0990)	
Sim	122	28,8	1	42,4	1
Não	168	47,9	2,27 (1,07-4,77)	59,4	1,98 (0,86-4,55)
Vacina de gripe* (no último ano)		(0,6229)		(0,7536)	
Sim	128	45,7	1	55,6	1
Não	78	50,5	1,21 (0,54-2,69)	58,5	1,12 (0,52-2,43)

*mulheres com 60 anos ou mais

** entre parênteses o valores de p

Tabela 4 - Razões de *odds* ajustadas segundo modelo de regressão logística múltipla para não realização do exame clínico anual das mamas

Variáveis	N	OR IC95% p valor	OR AJUST. IC95% p valor
Situação conjugal		p=0,0416	p=0,004
Com companheiro	139	1	1
Sem companheiro	151	1,88 (1,02-3,46)	2,27(1,33-3,85)
Nº de pessoas no domicílio		p=0,1121	p=0,005
1 a 3	172	1	1
4 ou mais	118	1,67 (0,87-3,19)	2,51(1,35-4,65)
Consumo de álcool		p=0,0073	p=0,005
1 ou mais vezes por semana	47	1	1
menos de 1 vez por semana	51	1,78(0,57-5,53)	1,86(0,55-6,24)
não ingere	189	4,24(1,74-10,32)	4,04(1,57-10,38)
Prática do auto-exame		p=0,0093	p=0,017
Sim	204	1	1
Não	86	2,5 (1,26-4,97)	2,33(1,17-4,61)
Consulta odontológica		p=0,0305	p=0,049
Sim	122	1	1
Não	168	2,27 (1,07-4,77)	2,14(1,00-4,56)

Tabela 5 - Razões de *odds* ajustadas segundo modelo de regressão logística múltipla hierarquizada para não realização da mamografia

Variáveis	N	OR IC95% p valor	OR AJUST. IC95% p valor
1 etapa			
Idade		p=0,0564	p=0,001
40-59	82	1,07 (0,54-2,12)	1,29 (0,60-2,75)
60-69	107	1	1
70 ou mais	101	2,42 (1,50-3,91)	2,64 (1,51-4,59)
Cor/raça		p=0,0064	p=0,007
Branca	236	1	1
Preta/parda	52	2,96 (1,36-6,41)	2,89 (1,37-6,12)
2 etapa			
Consumo de álcool		p=0,0073	p=0,008
1 ou mais vezes por semana	47	1	1
menos de 1 vez por semana	51	1,78 (0,57-5,53)	1,64 (0,68-3,94)
não ingere	189	4,24 (1,74-10,32)	3,02 (1,35-6,67)

DISCUSSÃO GERAL

A Organização Mundial da Saúde vem enfatizando a necessidade de mudanças nas estratégias da Atenção Primária de Saúde, com o intuito de alterar o foco até então centrado na doença e na assistência médica curativa, para ações de educação em saúde que promovam, através da apropriação de novos conhecimentos pelos indivíduos, mudanças no estilo de vida com a incorporação de práticas saudáveis e de prevenção de doenças. Essas mudanças têm se apresentado como forma de enfrentamento aos desafios impostos pela transição epidemiológica, em que se observa o aumento da incidência e mortalidade por doenças e agravos não transmissíveis (DANT), como o câncer.

Nas últimas décadas o Ministério da Saúde, procurando garantir os princípios que regem o SUS, vem se empenhando na criação de programas de saúde com diretrizes e estratégias que possam atender a demanda nacional, em várias áreas.

Apesar do programa Viva Mulher, ser um programa de caráter nacional de controle do câncer do colo de útero e de mama, que contempla a oferta dos exames de detecção precoce para esses agravos pelo SUS, observa-se que a cobertura prestada pelos serviços de saúde pública não se dá de forma equitativa no país, estados e nos municípios. Nesse estudo, os achados refletem o panorama observado no Brasil, considerando que foi observado que uma parcela significativa da população feminina de Campinas não tem acesso a esses cuidados.

Em relação ao exame de citologia oncológica, sentir-ser saudável e a falta de conhecimento sobre a importância e a finalidade do exame foram os motivos mais apontados pelas mulheres que nunca realizaram o exame. Esse fato demonstra que os serviços de saúde não estão conseguindo desempenhar devidamente o seu papel de promotores da saúde, deixando de priorizar as ações de educação em saúde capazes de captar e motivar essas mulheres para o auto-cuidado. Por questão de organização e de falta de sensibilização dos profissionais, os serviços de saúde, podem estar perdendo oportunidades únicas de detectar e tratar mulheres com lesões precursoras do câncer de colo do útero que procuram algum outro atendimento. Existe a tendência de se achar que as ações relativas à saúde da mulher são somente aquelas que estão relacionadas à natalidade.

Quanto à realização dos exames de prevenção do câncer de mama, uma parcela significativa de mulheres relatou que nunca haviam realizado a mamografia. Nesse estudo não foi possível identificar os motivos para a não-realização desse exame, apenas pode-se ressaltar que pelo alto custo do exame existem recomendações a serem seguidas para a sua indicação pelo SUS, o que certamente pode conduzir a uma limitação da oferta do exame.

Outro achado importante, apesar dos exames preventivos serem oferecido pela rede de saúde pública, é que os planos privados de saúde foram os responsáveis majoritários pelo oferecimento do Papanicolaou, do exame físico das mamas e da mamografia.

Esse estudo também apontou que existe a necessidade de maior atenção para com as mulheres de segmentos sociais mais vulneráveis, por serem elas que apresentam maiores probabilidades para a não-realização das práticas preventivas tanto para o câncer do colo do útero como da mama. São elas as mulheres não-brancas, de baixa escolaridade e de menor nível socioeconômico. Esse achado mostra a necessidade de que os serviços de saúde sejam serviços acolhedores e que ponham em prática os princípios que rege o SUS, desenvolvendo estratégias de promoção da equidade do acesso e dessa forma, garantindo atendimento integral e de qualidade para essas mulheres.

CONCLUSÃO GERAL

As práticas preventivas para o câncer da mama e do colo uterino têm se mostrado eficientes estratégias para a prevenção e detecção precoce destes agravos. Observa-se que muitas mulheres ainda não incorporaram tais práticas e este fato pode estar relacionado ao baixo conhecimento sobre a importância da realização dos exames ou pela existência de barreiras relacionadas ao acesso aos serviços de saúde.

Cabe às três esferas de gestão da saúde pública trabalharem de forma integrada e articulada com o objetivo que o *Viva Mulher-Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama* seja totalmente incorporado nos serviços de saúde pública, resultando em estratégias que sejam sensíveis para detectar as mulheres que não se utilizam dessas práticas motivando-as para o auto-cuidado.

Sobre os municípios recai a responsabilidade de reorganizar os serviços de saúde e capacitar e motivar os profissionais para promover a equidade no acesso e na prestação da assistência preventiva para esse grupo de mulheres, aumentando assim, a eficiência do programa no controle do câncer do colo do útero e da mama. Tais ações certamente produzirão a redução na incidência de casos novos e na mortalidade dessas doenças no país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAIDO - LANZA, A. F.; CHAO, M. T.; GAMMON, M. D. Breast and cervical cancer screening among latinas and non latinas whites. **American Journal of Public Health**, 94(8):1393-1398, 2004.

ADAMS, E. K.; FLORENCE, C.S.; THORPE, K.E.; BECKER, E.R.; JOSKI, P.J.; Preventive care: female cancer screening, 1996 – 2000. **American Journal of Preventive Medicine**, 25(4):301-307, 2003.

AGUILLAR, V. L. N; BAUAB, S. P. Rastreamento mamográfico para detecção precoce do câncer de mama. **Revista Brasileira de Mastologia**, Vol.13 (2): 82-89, 2003.

ALMEIDA, O. J; ZEFERINO, L. C; TEIXEIRA, L. C. Mamografia de rastreamento em mulheres idosas. **Femina**, 27 (8): 627-629,1999.

AU. W. W. Life style, environmental and genetic susceptibility to cervical cancer. **Tocoxology**, 198: 117-120, 2004.

BASÉGIO, D. L.; KOCH, H. A. Formas de diagnóstico do câncer de mama na mulher gaúcha. **Revista Brasileira de Cancerologia**, vol. 8: 64-71,1998.

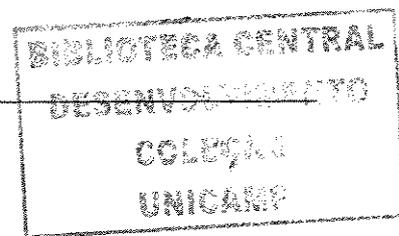
BAZUAYE, P. E.; FLETCHER, H.; McFARLANE-ANDERSON, N. Lifestyle and cervical dysplasia in Jamaica. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, 84; 175-177, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Viva Mulher - Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama**, Rio de Janeiro, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer **Auto – exame da mama – um toque de carinho** Disponível em <http://www.inca.gov.br>. Acesso 20 set. 2002b

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Viva Mulher-Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama: Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo de útero**. Disponível em <http://www.inca.gov.br>. Acesso em 18 set. 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil - 2002**. Disponível em <http://w.w.w.inca.gov.br>. Acesso 20 set. 2004b



BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - Câncer de mama. Disponível em <http://w.w.w.inca.gov.br/cancer/mama>. Acesso em 20 set 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer **Falando sobre o câncer do colo do útero**. Disponível em <http://w.w.w.inca.gov.br/cancer/publicacoes>. Acesso em 05 out 2004d

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do Câncer de Mama** (documento de consenso), Rio de Janeiro, 2004e

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004 - uma análise da situação de saúde**, Brasília, MS, 2004f.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, 31(2): 209-213 1997.

CÉSAR LGC, CARANDINA L, BARROS MBA, GOLDBAUM M. Relatório para a FAPESP do Projeto: Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). FAPESP, processo 14099-7. São Paulo, 2002.

CLAEYS, P.; GONZALEZ, C.; PAGE, H.; BELLO, R. E.; TEMMERMAN, M. Determinants of cervical screening in poor area: results of a population-based survey in Rivas, Nicaragua. **Tropical Medicine and International Health** 7(2):935-941, 2002

COUGHLIN, S. S.; UHLER, R. J.; Breast and cervical screening practices among Hispanic women in the United States and Puerto Rico, 1998-1999. **Preventive Medicine**, 34:242-251, 2002.

COUGHLIN, S. S.; UHLER, R. J.; RICHARDS, T.; WILSON, K. M. Breast and cervical cancer screening practices among Hispanic and non-Hispanic women residing near the United States – Mexico border, 1999-2000. **Family and Community Health**, 26(2):130-139, 2003.

DIAS-DA-COSTA, J. S.; OLINTO, M. T. A.; GIGANTE, D. P.; MENEZES, A. M. B.; MACEDO, S.; BORBA, A. T. et.al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 19 (1): 191-197, jan-fev., 2003

- D'OTTAVIANO-MORELLI, M. G.; ZEFERINO, L.; CECATTI, J. G.; TERRABUIO, D. R.; MARTINEZ, E. Z.; Prevalence of cervical intraepithelial neoplasia and invasive carcinoma based on cytological screening in the region of Campinas, São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (1): 153-159, jan-fev,2004.
- FINOTTI, M. C. C. F.; FREITAS JUNIOR, R. A importância da mamografia no climatério. **Femina** 26(6): 487-491 1998.
- FONSECA, L. A. M.; RAMACCIOTTI, A. S.; ELUF NETO, J. Tendência da mortalidade por câncer de útero no Município de São Paulo entre 1980 e 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, 20(1): 136-142 2004.
- GARDNER, E. Cervical cancer: Disparities in Screening, Treatment, and Survival. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention**, 12: 242-247, 2003.
- GIGHANGI, P.; ESTAMBALE, B.; BWAYO, J.; ROGO, K.; OJWANG, S.; OPIYO, A. et al. Knowledge and practice about cervical cancer and Pap smear testing among patients at Kenyatta National Hospital, Nairobi, Kenya. **International Journal of Gynecological Cancer**, 13: 827-833, 2003.
- GODINHO, E. R.; KOCH, H. A. Rastreamento do câncer de mama: Aspectos relacionados ao médico. **Radiologia Brasileira**, 37(2): 91-99 2004.
- GOMES, R.; SKABA, M. M. V. F.; VIEIRA, R. J. S. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio – antropológica do câncer de mama feminina. **Cadernos de Saúde Pública**, 18(1): 197-204 2002.
- HEWITT, M.; DEVESA, S. S.; BREEN, N. Cervical cancer screening among U.S. women: analyses of the 2000 National Health Interview Survey. **Preventive Medicine**, 39:270-278, 2004.
- IDESTROM, M.; MILSOM, I.; ANDERSSON-ELLSTRÖM, A. Knowledge and attitudes about the Pap smears screening program : a population-based study of women aged 20 – 59 years. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica** , 81: 962-967 2002.
- KELLY, M. A.; COMLEY, A. Breast cancer among minority women: current knowledge and efforts in early detection programs. **American Journal of Nursing**, 101(supl): 13-15, 2001.

- LAZCANO-PONCE, E. C.; NÁJERA-AGUILAR, P.; BUIATTI, E.; ALONSO-DE-RUIZ, P.; KURI, P.; CANTORAL, L.; et al. The cervical cancer screening programs in Mexico: problems with access and coverage. **Cancer Causes and Control**, 8: 698-704,1997.
- LINOS, A; RIZA, E. Comparisons of cervical cancer screening programmes in European Union. **European Journal of Cancer**, 36: 2260-2265, 2000.
- MARINHO, L. A.B. **Conhecimento, atitude e pratica do auto-exame da mama e o do exame de mamografia em usuárias dos centros de saúde do município de Campinas.** – Campinas, 2001(Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).
- ÖSTOR AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia:a critical review. **Int. J. Gynecol. Pathol.** 12; 186-92, 1993.
- PAES, N.A.; SILVA, L. A. A. Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica** 6(2), 99-103, 1999.
- PETRY, U. K.; BÖHMER, G.; IFNER, T.; DAVIES, P.; BRUMMER, O.; KÜHNLE, H. Factors associated with an increased risk of prevalent and incident grade III cervical intraepithelial neoplasia and invasive cervical cancer among women with Papanicolaou test classified as grade I or II cervical intraepithelial neoplasia. **American Journal Obstet. Gynecol.** Vol.186, number 1,2004
- PHAROAH, P. D. P.; LIPSCOMBE, J. M.; REDMAN, K. L.; DAY, N. E.; EASTON, D. F.; PONDER, B. A. J. Familial predisposition to breast cancer in a British population: implications of prevention. **European Journal of Cancer**, 36:773-779,2000.
- PINHO. A. A.; FRANÇA JUNIOR, I.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA , A. F. P. L. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública** 19(supl. 2): 5303-5313 2003.
- ROBLES, S. C.; GALARIS, E. Breast cancer in Latin America and the Caribbean. **Rev. Panam. Salud Publica**, 11(3):178-185, 2000.
- SAKORAFAS, G. The management of women at risk for the development of breast cancer: risk estimation and preventative strategies. **Cancer Treatment Reviews**, 29: 79-89, 2003.

SELVIN, E.; BRETT, K. M. Breast and Cervical Cancer Screening: Sociodemographic Predictors Among White, Black, and Hispanic Woman. **American Journal of Public Health**, Vol.94 (4): 618-623, 2003.

SIAHPUSH, M.; SINGH, G.K.; Sociodemographic variations in breast cancer screening behavior among Australian women: results from the 1995 National Health Survey. **Preventive Medicine**, 35:174-180, 2002.

TODD, R. W. ; SHAFI, M.; Invasive cervical cancer. **Current Obstetrics et Gynaecology** 14: 200-206, 2004.