

**DINA ALBUQUERQUE DUARTE CORRÊA**

**PERFIL DAS USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE QUE  
REALIZAM O PAPANICOLAOU EM MANAUS, AMAZONAS**

Dissertação apresentada à Universidade de Franca, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Wilza Vieira Villela.

**FRANCA  
2009**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**Catálogo na fonte – Biblioteca Central da Universidade de Franca**

C841p	<p>Corrêa, Dina Albuquerque Duarte</p> <p>Perfil das usuárias do Sistema Único de Saúde que realizam o Papanicolaou em Manaus, Amazonas / Dina Albuquerque Duarte Corrêa; orientador: Wilza Vieira Villela. – 2009 96 f.: 30 cm.</p> <p>Dissertação de Mestrado – Universidade de Franca Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestre em Promoção de Saúde</p> <p>1. Promoção de Saúde – Câncer do colo do útero. 2. Câncer do colo do útero – Planos e Programas de Saúde. 3. Promoção de Saúde – Exame Papanicolaou. 4. Exame Papanicolaou – Prevenção e Controle. I. Universidade de Franca. II. Título.</p> <p>CDU – 614:618.146</p>
-------	---

DINA ALBUQUERQUE DUARTE CORRÊA

PERFIL DAS USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE QUE REALIZAM O  
PAPANICOLAOU EM MANAUS, AMAZONAS

Orientadora: \_\_\_\_\_

Nome: Prof<sup>a</sup>. Dra. Wilza Vieira Villela  
Instituição: Universidade de Franca

Examinador(a): \_\_\_\_\_

Nome: Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Maria de Almeida  
Instituição: Universidade de São Paulo

Examinador(a): \_\_\_\_\_

Nome: Prof<sup>a</sup>. Dra. Branca Maria de Oliveira Santos  
Instituição: Universidade de Franca

Franca, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Agradeço...

À Deus, que me ajudou a transpor todos os obstáculos possibilitando a concretização de mais um sonho em minha vida,

Aos meus pais Alda e Marco, pelos estímulos imutáveis para minha formação e por me encorajarem a vencer mais um desafio,

À minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Dra. Wilza Vieira Villela, pela orientação e confiança na realização deste trabalho. Agradeço principalmente por seus ensinamentos, que contribuíram no meu crescimento pessoal e profissional,

Às mulheres que participaram deste estudo, pela colaboração,

À Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, que permitiu a realização da pesquisa,

À CAPES, pela bolsa de estudo,

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a execução deste trabalho,

E por último, com carinho especial, agradeço ao meu amor, companheiro e amigo Jefferson, por estar constantemente ao meu lado. Sua ajuda, paciência e cumplicidade foram fundamentais durante esta trajetória.

Obrigada.

*“De tudo, ficaram três coisas: a certeza de que ele estava sempre começando, a certeza de que era preciso continuar e a certeza de que seria interrompido antes de terminar. Fazer da interrupção um caminho novo. Fazer da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sono uma ponte, da procura um encontro.”*

*Fernando Sabino*

## RESUMO

CORRÊA, Dina Albuquerque Duarte. **Perfil das usuárias do Sistema Único de Saúde que realizam o Papanicolaou em Manaus, Amazonas.** 2009. 96f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

O câncer do colo de útero representa um importante problema de saúde pública em países em desenvolvimento. A incidência desta doença depende da exposição a fatores de risco e da falta de efetividade de programas de rastreamento, para os quais o exame Papanicolaou tem se mostrado útil em reduzir a incidência e mortalidade por esta neoplasia. **Objetivo:** Investigar o perfil das mulheres que realizam o exame Papanicolaou no município de Manaus. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, realizada no período de 1 de fevereiro a 31 de março de 2008. A amostra foi composta por 281 mulheres consecutivas, de 18 a 64 anos de idade, que compareceram às Unidades Básicas de Saúde (UBS) para realização do exame Papanicolaou, ou que haviam se submetido ao exame nas UBS do município, nos últimos cinco anos. **Resultados:** A maioria das mulheres (54%) tinha entre 18 a 34 anos, relação estável (66,9%), entre 5 e 11 anos de escolaridade (54,4%), possuía renda mensal de um a três salários mínimos (62,6%) e iniciou a vida sexual entre 15 a 19 anos (69,4%). Quase a totalidade das entrevistadas (86,9%) realizou o exame nos últimos três anos. Quanto ao motivo para realização do Papanicolaou, 66,2% das mulheres relataram procura espontânea pelo exame, 23,5% realizaram-no por recomendação médica e 10,3% referiram a presença de sintomas ginecológicos. Maior parte das mulheres (91,5% do total) tinha conhecimento da finalidade do Papanicolaou, fator que esteve associado à procura espontânea pelo exame ( $p=0,0003$ ). A informação sobre o exame foi fornecida a 70,2% das mulheres pelos profissionais da UBS, havendo associação estatisticamente significativa entre a realização do Papanicolaou nos últimos três anos e recebimento de informação na UBS ( $p=0,008$ ). O resultado do último exame realizado não foi buscado por 8,1% das participantes. **Conclusão:** O perfil da população estudada em Manaus é semelhante ao observado em outros municípios. Os dados do presente estudo sugerem que os cuidados preventivos acerca do câncer do colo do útero representam uma forma de organização baseada na demanda oportunística, evidenciando-se a necessidade de ampliação de ações de prevenção para além da UBS.

**Palavras-chave:** Câncer do colo do útero; Planos e Programas de Saúde; Promoção da Saúde; Exame Papanicolaou; Prevenção e Controle.

## ABSTRACT

CORRÊA, Dina Albuquerque Duarte. **Profile of Public Health System users submitted to the Pap test in Manaus, Amazonas.** 2009. 96f. Dissertation (Master's degree in Health Promotion) – University of Franca, Franca.

Cervical cancer represents an important health problem in underdeveloped countries. The incidence of this disease is related to the exposure to risk factors and the lack of effective screening programs, being the Pap test an useful tool for reducing the incidence and mortality by this disease. **Purpose:** To investigate the profile of women who were submitted to the Pap test in Manaus, Amazonas. **Methods:** It is a quantitative and descriptive study. The sample was constituted by 281 women from 18 to 64 years-old who presented at the Basic Health Unit (BHU) for Pap test realization or who had been submitted to this exam at the BHU in the last five years. **Results:** The majority of women presented the following characteristics: age between 18 and 34 years-old (54%), stable relationship (66,9%), 5 to 11 years of study (54,4%), monthly income between one and three minimum wage (62,6%), beginning of sexual activity between 15 and 19 years-old (69,4%). Almost all the participants (86,9%) had been submitted to the Pap test in the last three years. Regarding the reason for Pap test realization, 66,2% of women reported spontaneous search for the exam; 23,5% reported medical recommendation and 10,3% reported gynecological symptoms. It was observed that 91,5% of women had knowledge of Pap test purpose, which was associated to spontaneous search for the exam ( $p=0,0003$ ). It was noted that 70,2% of women received information regarding Pap test from BHU health professionals, and a statistically significant association was present between realization of Pap test in the last three years and receiving information at the BHU ( $p=0,008$ ). It was also observed that 8,1% of the participants didn't search for their last exams' results. **Conclusion:** The profile of the studied population in Manaus is similar to observed in other cities. Actions regarding cervical-uterine cancer prevention in Manaus are based on opportunistic demand for the Pap test, stressing the need for extension of health actions beyond the BHU.

**Keywords:** Uterine Cervical Neoplasms; Health Programs and Plans; Health Promotion; Vaginal Smears; Prevention and Control.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Coeficiente de mortalidade por câncer do colo do útero por 100.000 mulheres no Brasil, no período de 2001 a 2005	35
Figura 2 –	Evolução das políticas de saúde para a mulher	36
Figura 3 –	Distritos de Saúde, zonas geográficas e população do município de Manaus, 2006	42

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Perfil sócio-econômico do município de Manaus, AM, no período de 1991 a 2000	40
Tabela 2 –	Distribuição da amostra de mulheres entrevistadas segundo faixa etária no município de Manaus, AM, 2008	50
Tabela 3 –	Distribuição da amostra de mulheres entrevistadas segundo a escolaridade (anos) no município de Manaus, AM, 2008	50
Tabela 4 –	Distribuição da amostra de mulheres entrevistadas segundo a renda familiar no município de Manaus, AM, 2008	51
Tabela 5 –	Distribuição da amostra de mulheres entrevistadas segundo o estado civil no município de Manaus, AM, 2008	51
Tabela 6 –	Distribuição da amostra de mulheres entrevistadas segundo a idade da primeira relação sexual no município de Manaus, AM, 2008	52
Tabela 7 –	Distribuição da amostra de mulheres entrevistadas de acordo com o tempo de realização do último Papanicolaou no município de Manaus, AM, 2008	52
Tabela 8 –	Distribuição da amostra de mulheres entrevistadas de acordo com a fonte de informação sobre o exame de Papanicolaou no município de Manaus, AM, 2008	53
Tabela 9 –	Distribuição da amostra de mulheres entrevistadas de acordo com o fator que motivou a realizar o Papanicolaou no município de Manaus, AM, 2008	54
Tabela 10 –	Avaliação do motivo da realização do último Papanicolaou segundo variáveis estudadas no município de Manaus, AM, 2008	56
Tabela 11 –	Avaliação do Tempo da realização do último Papanicolaou segundo variáveis estudadas no município de Manaus, AM, 2008	58

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

CCU –	Câncer do Colo do Útero
HIV –	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV –	Vírus Papiloma Humano
INCA –	Instituto Nacional do Câncer
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PAISM –	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNCCCU –	Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero
SUS –	Sistema Único de Saúde
UBS –	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	12
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	19
1.1 HISTÓRIA NATURAL DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO .....	19
1.2 O EXAME PAPANICOLAOU NA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO .....	23
1.3 A PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E PROMOÇÃO DA SAÚDE .....	28
1.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA MULHER NO BRASIL .....	31
<b>2 OBJETIVO</b> .....	37
2.1 GERAL .....	37
2.2 ESPECÍFICOS.....	37
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	38
3.1 DESENHO DO ESTUDO.....	38
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	38
3.2.1 O município de Manaus.....	38
3.2.2 Delimitação do campo de coleta de dados .....	43
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO .....	44
3.4 PLANO DE AMOSTRAGEM.....	45
3.5 INSTRUMENTO DE PESQUISA .....	45
3.6 VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	46
3.7 COLETA DE DADOS.....	47
3.8 ANÁLISE DOS DADOS .....	48
3.9 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	48
<b>4 RESULTADOS</b> .....	49
4.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E REPRODUTIVAS DA AMOSTRA.....	49
4.2 ASPECTOS RELACIONADOS AO EXAME PAPANICOLAOU .....	52
4.3 ANÁLISES BIVARIADAS.....	54

4.3.1	Análise da associação entre o motivo da realização do Papanicolaou com as variáveis estudadas .....	55
4.3.2	Análise da associação entre o tempo da realização do Papanicolaou com as variáveis estudadas .....	57
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>59</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>72</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>74</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>90</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>94</b>

## APRESENTAÇÃO

O interesse para trabalhar na área da saúde da mulher surgiu durante a graduação em fisioterapia, quando observei que o fisioterapeuta poderia atuar e ajudar as mulheres de várias formas, porém não havia muitos estudos sobre o assunto.

Ao término da graduação, na minha prática de atendimento, tive contato com mulheres que apresentavam complicações decorrentes do câncer do colo do útero, pacientes jovens, com sofrimento físico e psicológico, que tinham suas vidas modificadas em decorrência da neoplasia. Tendo em vista que a fisioterapia atua principalmente na assistência a pacientes, realizar o atendimento de indivíduos com esta patologia foi uma experiência singular, e a partir daí me sensibilizei a respeito da importância de promover a saúde e não apenas tratar a doença.

Surgiu então o questionamento da razão destas mulheres não conseguirem evitar o câncer cérvico-uterino. Neste momento, instigou-me a busca por questões relacionadas a esta neoplasia, em especial à prevenção. Observei que Manaus apresentava altas taxas de morbi-mortalidade por câncer do colo uterino e mesmo assim existiam poucos estudos relacionados a esta neoplasia no município, havendo maior concentração de pesquisas sobre o tema em outras regiões. Tal fato me chamou a atenção e percebi o quanto era necessário o desenvolvimento de pesquisas relacionadas ao câncer do colo uterino no município de Manaus.

Assim, optei por desenvolver um estudo voltado ao câncer cérvico-uterino, o qual espero que contribua para a melhoria dos aspectos da saúde do município, das mulheres e suas famílias. Ainda, acredito que os referenciais abordados possam servir de alicerce para realização de outros estudos sobre a neoplasia no município.

## INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU), ainda hoje, representa um importante problema de saúde pública em países em desenvolvimento, chegando a ser em algumas regiões o tipo de câncer mais comum na população feminina (SILVA et al., 2006).

No contexto mundial, o CCU é o segundo tumor mais freqüente entre as mulheres, sendo responsável por cerca de 500 mil casos novos e por aproximadamente 230 mil mortes por ano (BRASIL, 2007). Estima-se que 83% dos casos novos ocorram em países em desenvolvimento, representando 15% de todos os cânceres entre a população feminina, em comparação com apenas 3,6% nos países desenvolvidos (PARKIN et al., 2005).

As maiores taxas de incidência de CCU encontram-se na África sub-Saariana, Melanésia, América Latina, Caribe, Ásia Centro-Sul e Sudeste da Ásia (PARKIN et al., 2005). Nos países desenvolvidos, como Canadá e Estados Unidos, tem-se observado nos últimos 40 anos redução das taxas de incidência de CCU, registrando-se valores abaixo de 10 casos por 100.000 mulheres. No entanto, nos países da América Latina e Caribe, as taxas de incidência de CCU continuam elevadas, alcançando valores em torno de 20 casos novos por 100.000 mulheres (OPAS, 2004).

Em países desenvolvidos, tem-se observado declínio da mortalidade por CCU, atribuído em grande parte aos programas de rastreamento eficazes (GAKIDOU; NORDHAGEN; OBERMEYER, 2008). Em 1953, o Canadá possuía taxa de mortalidade por CCU ajustada por idade de 7,9 por 100.000 mulheres, passando a 1,9 por 100.000 mulheres, em 1995 (LIU et al., 2001). Já em países da América Latina e Caribe, no período de 1960 a 1993, não houve redução significativa nas taxas de mortalidade por CCU, observando-se, por exemplo, no México em 2001, taxa de 11,4 óbitos por 100.000 mulheres (ELUF-NETO; NASCIMENTO, 2001).

No Brasil, ao contrário do que ocorre nos países mais desenvolvidos, as taxas de incidência e mortalidade por CCU encontram-se elevadas, sendo esta

doença a quarta causa de mortalidade feminina entre as neoplasias malignas no país (BRASIL, 2006). Em 1979, o Brasil apresentava taxa de mortalidade por CCU de 3,4 por 100.000 mulheres e, em 2000, essa taxa aumentou para 4,5 por 100.000 mulheres (BRASIL, 2002a). Quando analisado o período de 2001 a 2006, observa-se que, mesmo com todo o desenvolvimento tecnológico de diagnóstico e tratamento, o número de novos casos cresceu de 16.000 para 19.260.

No estado do Amazonas, em 2001, o CCU foi a neoplasia mais incidente no sexo feminino, representando cerca de 58% de todos os casos. A estimativa da taxa bruta de incidência por CCU, em 2003, foi 23,94 casos por 100.000 mulheres. Em 2008, esta taxa aumentou para 26,91 casos por 100.000 mulheres. Com relação à mortalidade por esta neoplasia, no período de 2000 a 2002, foram registrados 226 óbitos por CCU no Estado, sendo estimado, em 2003, taxa bruta de mortalidade de 6,47 casos por 100.000 mulheres (CAMPOS, 2004).

Particularmente no município de Manaus, as taxas de mortalidade por CCU em 2003, 2004 e 2005 foram, respectivamente, 10,73, 11,82 e 13,05 por 100.000 mulheres. Quanto à taxa bruta de incidência por esta neoplasia, estimaram-se para o município, em 2003, 43,99 casos por 100.000 mulheres, e, em 2008, 43,62 casos por 100.000 mulheres, caracterizando o CCU como o mais incidente na capital (BRASIL, 2007a).

A incidência do CCU é consequência da exposição aos fatores de risco, sendo o vírus papiloma humano (HPV) considerado agente etiológico central na carcinogênese cervical. Também são implicados na gênese desta patologia a condição imunológica, multiplicidade de parceiros, tabagismo, uso de contraceptivos orais, alimentação e baixo nível sócio-econômico.

Tendo-se em vista os fatores envolvidos no desenvolvimento do CCU, a prática de sexo seguro através do estímulo ao uso de preservativo a fim de evitar o contágio com o HPV, e o rastreamento organizado das mulheres sexualmente ativas são consideradas importantes estratégias para a prevenção desta neoplasia.

O CCU apresenta um elevado potencial de prevenção secundária através do rastreamento (*screening*), sendo o exame Papanicolaou uma das modalidades de *screening* com claros benefícios (ELUF-NETO; NASCIMENTO, 2001).



O exame Papanicolaou é um método indolor, simples, eficaz e de baixo custo para prevenção do CCU, reduzindo a mortalidade por esta causa em até 70% na população de mulheres que realizam o exame periodicamente (CESAR et al., 2003). Apesar de o exame ser capaz de reduzir as taxas de incidência de CCU, a cobertura da população brasileira está aquém do indicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que estabelece cobertura de 80% do exame entre mulheres de 35 a 59 anos para causar impacto nos indicadores de morbi-mortalidade (WHO, 1998). A cobertura do Papanicolaou no Brasil, no período de 2000 a 2002, entre mulheres com mais de 24 anos foi 68,7% (SZWARCOWALD et al., 2004; BRASIL, 2005a).

Para que o rastreamento pelo exame Papanicolaou atinja níveis de cobertura adequados e ocorra modificação positiva dos indicadores de morbi-mortalidade do CCU, é necessário o planejamento de ações específicas de combate a esta neoplasia.

Os esforços para o controle do CCU no Brasil remontam à longa data e são representados atualmente pelo Programa Viva Mulher, que se constitui um programa nacional direcionado para a prevenção e controle do câncer de mama e do colo do útero. O Programa preconiza o rastreamento universal para o CCU baseado no exame Papanicolaou dirigido às mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos. A idade das mulheres é um fator que deve ser considerado na formulação de uma política de rastreamento, sendo o grupo etário de 35 a 60 anos reconhecido como prioritário uma vez que a intervenção nesta faixa etária permite reduzir a ocorrência e a mortalidade por câncer do colo uterino (LAGO, 2004).

No Amazonas, em 1998, houve a implantação do Programa Viva Mulher, atingindo os 62 municípios amazonenses, ocorrendo no ano seguinte a estruturação funcional do Programa nas Unidades Básicas de Saúde do Estado. Apesar de ter ocorrido uma evolução no rastreamento do CCU após a implantação do Programa no Estado, os números registrados ainda estão muito aquém dos preconizados. Exemplo disso pode ser visto na razão entre o exame citopatológico em mulheres de 25 a 59 anos e a população nesta faixa etária, que, no período de 2001 a 2005, ficou abaixo da razão mínima esperada (0,3 exames/mulher/ano), indicando que a oferta do Papanicolaou está inferior à necessidade do Estado (CORRÊA; VILLELA, 2008). A capital do Estado, Manaus, está no centro das atividades do Programa, sendo o município que realiza o maior número de exames

citopatológico, 67% (82.357) do total do Estado em 2005, e registra o maior número de óbitos por CCU, 80% do total de óbitos por esta neoplasia no Amazonas, representando, desta forma, um espaço crítico de produção e reprodução da neoplasia nessa região (CAMPOS, 2004).

O perfil epidemiológico do câncer do colo uterino bem como as ações programáticas para seu controle são pouco pesquisados no município de Manaus, constatando-se que a maior parte da literatura nacional a respeito desta neoplasia concentra-se nas populações das regiões Sul e Sudeste. As particularidades de Manaus, e do Amazonas, quanto a características geográficas e populacionais indicam a necessidade de estudos específicos no município.

O município de Manaus possui uma área territorial de 11.458.50 Km<sup>2</sup> com extensa rede hidrográfica. O clima é tropical, quente e úmido, com média/dia de precipitações de 2.286 mm, e umidade relativa do ar em torno de 80%. A população do município é predominantemente urbana (99,2%), havendo maior número de mulheres e jovens (mais de 65% dos habitantes têm até 24 anos).

A cidade de Manaus detém funções urbanas que a colocam em posição de destaque político e econômico na vida das relações regionais, primazia exercida em razão do seu decisivo crescimento industrial, situação que a consolida como metrópole regional (BARBOSA, 2004). Todavia, o expressivo crescimento econômico e populacional não foi suficiente para gerar efeitos multiplicadores positivos em sua periferia, resultando em agravamento dos problemas urbanos.

Mais de um terço da população de Manaus está na linha de pobreza (renda domiciliar per capita equivalente a R\$ 75,00), havendo aumento de 49,4% dos indivíduos pertencentes a esta classe no período de 1991-2000. Quanto ao nível de escolaridade, que caracteriza maior ou menor acesso a informações e ao desenvolvimento de hábitos de prevenção de doenças e proteção da saúde, é significativa a proporção da população com menos de quatro anos de estudo (20,6%), apesar da redução de 22,6% desta parcela da população na década de noventa (PNUD, 2000).

Desta forma, as particularidades de Manaus devem ser consideradas quando da elaboração de políticas de controle do câncer do colo uterino, uma vez que fatores relacionados a organização dos serviços de saúde e aspectos individuais podem interferir na adesão ao programa de rastreamento.

Alguns dos fatores apontados como obstáculos ao êxito dos programas de prevenção e controle do câncer do colo uterino são a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, inclusive geográfica representada pelo alto índice pluviométrico em Manaus, o baixo nível sócio-econômico e de escolaridade e o desconhecimento do exame Papanicolaou (CORRAL et al., 1996; NASCIMENTO; ELUF-NETO; REGO, 1996; BRENNNA et al., 2001).

Sabe-se ainda que a realização do exame Papanicolaou é cercada por questões que interferem de forma negativa na busca pelo mesmo, questões estas como vergonha, medo, incertezas, tabus e até mesmo a dor causada pela colocação do espécuro, que dificultam a adesão das mulheres aos programas de controle do câncer de colo uterino (BRENNNA et al., 2001; PINHO; FRANÇA JUNIOR, 2003; SÁ, 2004; OLIVEIRA et al., 2006).

Outrossim, o acolhimento e a qualidade da atenção fornecida pelo serviço de saúde podem interferir na busca por este serviço, assim como na escolha da mulher em retornar para buscar o resultado do Papanicolaou. Dentro deste quadro, os profissionais de saúde não são e nem devem ser meros expectadores passivos, mas sim atores com capacidade de sensibilizar a população a que assistem, fornecendo informações sobre aspectos do processo saúde-doença e a importância da realização do exame Papanicolaou.

Desta forma, considerando as múltiplas variáveis expostas anteriormente que podem interferir para um programa de rastreamento ser efetivo em reduzir as taxas de morbi-mortalidade pelo câncer do colo uterino, as estratégias do programa devem ser adaptadas às características regionais onde o mesmo será implementado (HERRERO et al., 1992). Daí a necessidade absoluta de estudos da população feminina onde o rastreamento será implantado.

Diante do exposto, cremos que é oportuno descrever o perfil das mulheres que realizam o exame Papanicolaou no município de Manaus, podendo assim contribuir para a organização do serviço de assistência à saúde da mulher e criação de mecanismos que as atraiam para a realização do exame, em busca da redução das taxas de incidência e mortalidade por câncer cérvico-uterino.

A seguir, apresentaremos o referencial teórico sobre o câncer do colo uterino, distribuído em tópicos que abordam a história natural do CCU e os fatores de risco para o seu desenvolvimento, o exame Papanicolaou como método de

rastreamento, a prevenção do câncer do colo uterino e as políticas públicas de saúde para a mulher no Brasil.

# 1 REVISÃO DE LITERATURA

## 1.1 HISTÓRIA NATURAL DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

A história natural do câncer do colo do útero (CCU) tem mostrado tratar-se de uma neoplasia de evolução lenta que progride através de estágios cito e histologicamente reconhecíveis, até o carcinoma invasivo. Existem vários sistemas de classificação citológica desses estágios, sendo todos derivados do sistema original descrito por Papanicolaou. Os estágios foram reclassificados por Richart, que introduziu o termo NIC (neoplasia intra-epitelial) para as lesões cervicais precursoras do CCU. O sistema de Richart classifica as lesões cervicais intra-epitelial em três graus: Neoplasia Intra-epitelial Cervical grau I ou NIC I (displasia leve); Neoplasia Intra-epitelial Cervical grau II ou NIC II (displasia moderada) e Neoplasia Intra-epitelial Cervical grau III ou NIC III (displasia grave ou carcinoma *in situ*) (HOLOWATY; MILLER; ROHAN, 1999).

Posteriormente, surgiu o sistema de classificação de Bethesda, acrescentando a categoria de atipias celulares de significado indeterminado (ASCUS) para as células escamosas anormais que não podem ser classificadas como pré-malignas ou malignas. Além disso, o sistema de Bethesda denominou de lesão escamosa intra-epitelial de baixo grau as alterações devido à infecção por vírus Papiloma Humano (HPV) e as compatíveis com NIC I, e agrupou o NIC II e NIC III na categoria de lesão escamosa intra-epitelial de alto grau (BERTELSEN, 2006).

A lesão estabelecida pode regredir, persistir inalterada ou progredir para uma lesão mais grave. A progressão das lesões precursoras de grau leve para o grau moderado ou severo ocorre em 15% a 25% dos casos, ao passo que a lesão de grau moderado progride para displasia grave ou carcinoma *in situ*, em 20% a 50% dos casos (OSTÖR, 1993). A maioria das lesões de grau leve retorna ao normal dentro de dois anos, e as lesões de grau moderado como a NIC II têm maior

probabilidade de regredir do que progredir. Já as lesões mais graves como a NIC III regredem em aproximadamente um terço dos casos (BERTELSEN, 2006).

Os fatores associados ao desenvolvimento do CCU estão relacionados com causas virais (vírus Papiloma Humano, vírus da imunodeficiência humana) e não virais (condição imunológica, comportamento sexual, uso de contraceptivos orais, tabagismo, dieta e condição sócio-econômica da mulher) (LACEY et al., 2000).

Dentre os fatores relacionados à oncogênese cervical, destaca-se o vírus Papiloma Humano, considerado o fator causal central. Estudos epidemiológicos têm reconhecido a infecção por HPV como marcador de risco mais importante para instalação da neoplasia cervical, e uma das doenças sexualmente transmissíveis mais freqüentes entre a população em idade reprodutiva (ELUF-NETO et al., 1994; FRANCO; SCHLECHT; SASLOW, 2003; DANAEI et al., 2005). Existem aproximadamente 200 genótipos de HPV classificados como de baixo ou de alto risco de acordo com a progressão de lesões cervicais (MÜNGER et al., 2004). Dentre os tipos de HPV, a *International Agency for Research on Cancer* (IARC) classifica como cancerígenos os genótipos 16 e 18 e provavelmente cancerígenos os tipos virais 31 e 33, podendo ainda estar implicados na carcinogênese cervical outros genótipos.

Walboomers et al. (1999), em estudo envolvendo 22 países, investigaram a prevalência da infecção pelo HPV na neoplasia cervical e identificaram o DNA viral em 99,7% dos casos de câncer uterino. Schlecht et al. (2001), em estudo longitudinal incluindo 1611 mulheres residentes na cidade de São Paulo, avaliaram os riscos de neoplasia cervical relacionados a infecção prévia e persistente por HPV e observaram que a taxa de incidência de lesão intra-epitelial associada aos HPV 16 e 18 foi 8.68 por 1000 mulheres-meses (IC95%=2,3-15,1), sugerindo uma forte relação entre a infecção persistente pelo HPV e a incidência de lesões intra-epiteliais.

A prevalência do HPV atinge maiores níveis em mulheres abaixo de 25 anos, com progressivo declínio após esta idade, alcançando valores inferiores a 5% após os 55 anos. Para alguns autores a queda na prevalência do HPV entre as mulheres mais velhas está relacionada ao desenvolvimento de imunidade adquirida pelas repetidas infecções (BURK et al., 1996; HANKINS et al., 1999).

Entre os fatores de risco para infecção por HPV, o número de parceiros sexuais durante a vida e a idade do início da atividade sexual figuram como elementos favorecedores à exposição viral (KAHN et al., 2002).

Embora a infecção por HPV seja condição necessária para que ocorra uma transformação maligna, não é uma condição suficiente. Alguns co-fatores relacionados à mulher como imunossupressão deficiente, ou co-infecção por outros agentes sexualmente transmissíveis são necessários para a progressão de um processo displásico para forma invasiva (GOODMAN, 2000).

O sistema imunológico exerce um papel fundamental no controle da infecção pelo HPV, uma vez que grande proporção das mulheres infectadas eliminam o vírus por mecanismos imunológicos. Enquanto a resposta humoral com anticorpos contra o HPV pode ser importante em prevenir a infecção, os eventos locais em torno da regressão da lesão pelo HPV estão primariamente associados com a imunidade celular específica (BERTELSEN, 2006).

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a presença de doenças imunossupressoras são citadas na literatura como fatores de risco para neoplasia cervical. Duerr et al. (2001), em estudo transversal examinando mulheres infectadas e não infectadas pelo HIV, encontraram maior frequência de lesões intra-epiteliais escamosas nas mulheres infectadas por HIV, estando estas lesões fortemente associadas aos HPV de alto e médio risco e, também, ao grau de imunossupressão, embora com menor força de associação para este último fator.

Outros fatores que contribuem para aumentar o risco de CCU são o início precoce da atividade sexual e a multiplicidade de parceiros. Cooper et al. (2007), em estudo caso-controle, observaram risco aumentado de câncer cervical em mulheres com início da atividade sexual antes dos 16 anos e número de parceiros maior que três. Castellsagué, Bosch e Muñoz (2003) mostraram a associação entre o risco de câncer uterino e o comportamento sexual tanto por parte da mulher quanto do companheiro, uma vez que este, atuando como “portador” e “vetor” de tipos oncogênicos de HPV, pode contribuir para o risco de desenvolvimento de câncer cervical em suas parceiras. Hernandez et al. (2008) observaram que as elevadas taxas de transmissão do HPV da mulher para o homem implicam em alta prevalência do vírus nos homens, pelo menos tão alta quanto nas mulheres, estando em torno de 20 a 73%.

O tabagismo é outro fator que tem sido associado ao risco de CCU. A *International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer* (2006) reuniu e analisou dados individuais de 13.541 mulheres com câncer cervical e 23.017 mulheres sem câncer cervical de 23 estudos epidemiológicos e concluíram que as fumantes têm risco relativo de 1.6 de desenvolver carcinoma de células escamosas em relação às que nunca fumaram, sendo este risco acrescido com número de cigarros fumados por dia e início precoce do tabagismo. Alguns autores, tendo em vista as evidências da relação entre o câncer cervical e tabagismo, consideram o hábito de fumar como um fator promotor da infecção pelo HPV à neoplasia cervical associada a este agente (BOSCH et al., 2002). Entretanto, a associação entre câncer cervical e tabagismo é questionada por alguns autores (ELUF-NETO et al., 1994, ELUF-NETO; NASCIMENTO, 2001).

Estudos têm investigado o papel dos contraceptivos orais na carcinogênese cervical. Uma meta-análise envolvendo 24 estudos epidemiológicos concluiu que o risco relativo de câncer cervical é maior em usuárias de contraceptivos orais e declina após cessar seu uso (*INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER*, 2007). Moreno et al. (2002) observaram que a utilização de contraceptivos orais por longo período pode ser um co-fator que aumenta o risco de carcinoma cervical em mulheres positivas para DNA HPV. Todavia, a evidência da associação entre câncer cervical e o uso de contraceptivos orais não é totalmente consistente (BOSCH et al., 2002).

Uma alimentação saudável pode reduzir as chances de câncer em pelo menos 40% (BRASIL, 2006). Shannon et al. (2002) conduziram um estudo para avaliar os possíveis efeitos de fatores específicos da dieta na carcinogênese cervical e observaram que uma alta ingestão de alimentos ricos em vitamina A foi associada a um risco reduzido de carcinoma *in situ*.

Outro importante fator associado ao desenvolvimento do CCU é o baixo nível sócio-econômico, ou seja, o grupo de mulheres com maior vulnerabilidade social teria maior risco de desenvolver o câncer cérvico-uterino. Existe maior barreira de acesso aos serviços de saúde entre as mulheres pertencentes a esse grupo, advindas de dificuldades econômicas, geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais (DE SANJOSÉ et al., 1996; BRASIL,



2002b). Danaei et al. (2005), analisando as causas de câncer no mundo, observaram que um dos principais fatores de risco para neoplasia cervical é a transmissão sexual do HPV, principalmente em mulheres residentes nos países de baixa renda nos quais o acesso ao exame citopatológico é limitado, fator este que contribui para um grande número de mortes por CCU.

## 1.2 O EXAME PAPANICOLAOU NA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O CCU é uma doença passível de prevenção, uma vez que esse agravo apresenta uma progressão relativamente lenta possibilitando o diagnóstico na fase pré-maligna, o tratamento é de baixo custo e apresenta elevado percentual de cura (CAETANO et al., 2006). O controle da doença consiste no desenvolvimento e na prática de medidas preventivas e na detecção precoce da neoplasia.

O conhecimento da história natural da doença e dos fatores de risco envolvidos na carcinogênese cervical é extremamente relevante para o planejamento de ações preventivas, que podem ser realizadas tanto no período de pré-patogênese como no período de patogênese. As ações preventivas na fase primária são intervenções orientadas aos fatores de risco pré-patogênicos, por meio da promoção da saúde e proteção específica. Já na fase de prevenção secundária, priorizada pelos programas de controle do câncer do colo uterino, as ações preventivas referem-se à detecção precoce do câncer *in situ*, ou de lesões precursoras a partir de técnicas de rastreamento que compreendem colpocitologia oncológica ou exame Papanicolaou, colposcopia, cervicografia e teste de detecção do DNA do vírus Papiloma humano. O rastreamento ou screening busca uma avaliação de indivíduos assintomáticos para classificá-los como candidatos a exames mais refinados de avaliação, com o objetivo de identificar as lesões de colo uterino em suas fases iniciais antes de se tornarem invasivas, quando o tratamento pode ser mais eficaz (BRASIL, 2001, PINHO; FRANÇA JUNIOR, 2003).

Dentre os métodos de detecção precoce do CCU, o exame Papanicolaou é considerado o mais efetivo e eficiente a ser aplicado em programas de rastreamento, devido ao seu baixo custo e fácil execução, permitindo a detecção das lesões precursoras em estágios iniciais da doença.

O exame Papanicolaou foi descrito em 1941 pelo anatomista George Nicolas Papanicolaou associado ao ginecologista Hebert Traut que, juntos, demonstraram ser possível diagnosticar o câncer mediante o esfregaço vaginal quando ele ainda não era suspeito clinicamente (TRAUT; PAPANICOLAOU, 1943). Já em 1947, J. Ernest Ayre propôs a coleta de células do próprio epitélio cervical como diagnóstico do CCU (AYRE, 1948). Este método, empregado atualmente, consiste na análise das células descamadas oriundas da ectocérvice e da endocérvice. A coleta do material celular é obtida utilizando-se a espátula de madeira e a escova de Ayre, e pode ser depositada em uma única lâmina. O material deve ser fixado imediatamente para evitar o dessecamento, e corado pelo método desenvolvido por Papanicolaou para posterior leitura da lâmina. Estima-se que o exame Papanicolaou apresenta sensibilidade em torno de 60% com especificidade variando entre 90 a 99%, podendo a taxa de falso negativo chegar a 45% devido erros laboratoriais ou falha na coleta do material (BRASIL, 2002a).

O exame Papanicolaou passou a ser usado como método de rastreamento por diversos países em programas de detecção precoce do CCU, alcançando resultados notáveis na redução das taxas de incidência e mortalidade por este câncer. A evidência da diminuição da mortalidade por CCU após rastreamento com o exame de Papanicolaou em mulheres sexualmente ativas ou com idade superior a 18 anos vem de estudos de coorte, caso-controle, séries múltiplas, além de opiniões de autoridades respeitadas, baseadas na experiência clínica, estudos descritivos ou Comitês de Especialistas (BRASIL, 2002a).

A experiência em países desenvolvidos tem mostrado que o rastreamento com o exame Papanicolaou é um método eficiente em reduzir significativamente as taxas de incidência e mortalidade por câncer cervical. No

entanto, essas reduções não foram observadas nos países em desenvolvimento, cuja cobertura ainda é baixa na população feminina de maior risco para a doença (ELUF-NETO; NASCIMENTO, 2001; PINHO, 2002; WHO, 2008).

Dentre os países a conduzir um programa de rastreamento populacional, a Finlândia figura como um dos pioneiros na implementação de um programa nacional de *screening*, estabelecido na década de sessenta, proporcionando impacto na redução das taxas de incidência por CCU (BRENNAN et al., 2001).

Van der Aa et al. (2007) estudaram as tendências da incidência e mortalidade por CCU na Finlândia e nos Países Baixos e verificaram, em 2003, que as taxas de incidência e mortalidade ajustadas por idade na Finlândia foram 4.0 e 0.9 e nos Países Baixos foram 4.9 e 1.4 por 100.000 mulheres. Os autores sugerem que o declínio nas taxas de mortalidade e incidência na Finlândia esteja quase totalmente relacionado com o programa de *screening* enquanto que nos Países Baixos a redução da mortalidade e incidência foi considerada um declínio natural, embora diferenças entre os fatores de risco para o CCU e realização em excesso do Papanicolaou na população da Finlândia também possam ter influenciado estas taxas.

Hewitt, Devesa e Breen (2004) observaram, nos Estados Unidos, que o exame Papanicolaou reduziu pela metade a taxa de incidência de CCU, passando de 17,2 para 8,0 por 100.000 mulheres, e a taxa de mortalidade diminuiu de 6,2 para 2,9 por 100.000 mulheres. Gustafsson et al. (1997) evidenciaram declínio de pelo menos 25% nas taxas de incidência por CCU em 11 de 17 países estudados, após introdução de programas de rastreamento.

Hakama et al. (2008) analisaram a base teórica do *screening*, seguida por uma avaliação das iniciativas e organização dos programas de rastreamento do câncer realizados na União Européia, e observaram que, apesar da falta de estudos randomizados, o rastreamento com o exame Papanicolaou tem convincentemente demonstrado reduzir as taxas de incidência e mortalidade por CCU.

Schneider et al. (2001) observaram acentuada redução nas taxas

de incidência e mortalidade por CCU, ao longo dos 50 anos, em praticamente todos os países com funcionamento de programa de rastreamento que utilizaram o exame Papanicolaou. Citam como componentes essenciais para o sucesso de um programa de rastreamento a alta taxa de cobertura da população, intervalos regulares para realização do exame, equipe clínica e laboratorial bem treinada e eficiente seguimento e tratamento dos casos. Os autores notaram que cerca de 80% da incidência e mortalidade por CCU ocorrem em áreas geográficas nas quais as mulheres não recebem rastreamento adequado e não possuem serviços de saúde suficientes, e observaram que a razão mais importante para a mortalidade por CCU em países desenvolvidos é falta da cobertura completa na população. Spence, Goggin e Franco (2007), em uma meta-análise envolvendo 42 estudos que avaliaram a qualidade da assistência preventiva recebida por mulheres com CCU antes deste diagnóstico, verificaram que, em média, 53,8% das mulheres com CCU tiveram história de rastreamento inadequado e 41,5% nunca realizaram o exame Papanicolaou. Neste estudo, as falhas em prevenir o câncer invasivo puderam ser atribuídas a resultados falso-negativos em 29,3% e seguimento ruim de casos detectados em 11,9%.

No Brasil, o exame Papanicolaou começou a ser introduzido em meados da década de 40, porém sua utilização, durante muitos anos, ocorreu fora do contexto de um programa organizado (BRASIL, 2002b; LAGO, 2004). Em 1998, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), órgão do Ministério da Saúde responsável por elaborar políticas e planos de ação que cubram programas de prevenção primária, secundária e terciária, instituiu o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCCU), considerado uma estratégia mais adequada para mudar o cenário deste câncer no país (BRASIL, 2001).

O PNCCCU elegeu como método rastreador o exame de Papanicolaou (colpocitologia oncológica) e a cirurgia de alta frequência como método de tratamento das lesões intraepiteliais de alto grau. A programação das ações visava à cobertura da população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos, porém a população alvo da campanha se constituía por mulheres pertencentes à faixa etária mais restrita, entre 35 e 49 anos (BRASIL, 2001).

Apesar da existência a várias décadas de programas de rastreamento citológico para o CCU, existem diferentes estratégias de organização, em especial relacionadas à periodicidade do exame e à faixa etária da população alvo. Estudos sugerem que para os programas de rastreamento alcançarem sucesso na redução da morbi-mortalidade por CCU deve haver participação de mulheres mais velhas, priorizando-se, assim, a faixa etária entre 35 e 59 anos, pois nessa idade encontram-se as mulheres mais acometidas pela doença (MILLER; ROBLES, 1996; PINHO; FRANÇA JUNIOR, 2003; COPPELL; PAUL; COX, 2000). Reick et al. (2006), após análise da literatura, não identificaram estudos que demonstrassem a eficácia de rastrear mulheres jovens, porém concluíram que desde a introdução do rastreamento com o Papanicolaou, houve redução pela metade das taxas de incidência por CCU nas mulheres mais jovens. A população que o Ministério da Saúde recomenda ser rastreada são mulheres com idade entre 25 e 60 anos e mulheres com vida sexual ativa independente da faixa etária (BRASIL, 2003).

Com relação à periodicidade do Papanicolaou tem-se priorizado o rastreamento a cada três anos, uma vez que há poucas evidências de que mulheres submetidas ao exame anual tenham risco significativamente menor do que as examinadas trienalmente (AMB/CFM, 2008).

A OMS propõe que a idade alvo e a periodicidade do rastreamento devem ser baseadas nas seguintes recomendações: novos programas de *screening* devem priorizar mulheres com 30 anos ou mais, e somente quando o grupo de maior risco estiver coberto as mulheres mais jovens devem incluídas; programas organizados já existentes não devem incluir mulheres com menos de 25 anos de idade em sua população alvo; se houver a possibilidade da mulher ser rastreada apenas uma vez na vida, a melhor idade é entre 35 e 45 anos; para mulheres acima de 50 anos, um intervalo de cinco anos é apropriado; no grupo etário de 25 a 49 anos, um intervalo de três anos pode ser considerado adequado se houver recursos disponíveis; *screening* anual não é recomendado em nenhuma idade e mulheres acima de 65 anos de idade não necessitam de rastreamento, desde que os últimos dois exames tenham sido negativos (WHO, 2006).

Quanto à cobertura do exame Papanicolaou no Brasil, esta ainda é inferior a mínima necessária, contribuindo para as altas taxas de mortalidade por CCU no país. Segundo a OMS, para haver um impacto nos indicadores de morbi-mortalidade, é necessária cobertura de 80% nas mulheres de 35 a 59 anos de idade. Existem poucas estimativas brasileiras sobre a cobertura do exame na população. Em 2003, a Pesquisa Mundial de Saúde, promovida pela OMS em 71 países, realizou inquérito de abrangência nacional dentro de 188 municípios brasileiros e mostrou que a cobertura do Papanicolaou entre mulheres de 18 a 69 anos foi 66% (SZWARCOWALD et al., 2004). Outro inquérito populacional realizado em 2003 por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostrou que, nas mulheres com mais de 24 anos de idade, a cobertura do Papanicolaou foi 68,7%. Esta pesquisa concluiu também que 20,8% das mulheres nesta faixa etária nunca haviam sido submetidas ao exame Papanicolaou, e que a realização do exame estava positivamente associada à escolaridade, indicando graves desigualdades no cuidado preventivo (IBGE, 2003).

### 1.3 PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

No Brasil, o modelo de atenção à saúde vigente está centrado na assistência individual e curativa, incapaz de assistir a mulher de forma integral. O descompasso entre os problemas de saúde e o sistema tem como consequência a manutenção de altas taxas de morbi-mortalidade por câncer cérvico-uterino.

A OMS (2003) prioriza as ações preventivas no cuidado com as condições crônicas, como o câncer, enfatizando que toda a interação de saúde deve incluir a prevenção.

Prevenir tem o significado de impedir o surgimento da doença, exigindo uma ação antecipada a fim de tornar improvável seu progresso. A prevenção está estabelecida em níveis, podendo ser primária quando a doença não se instalou e inclui medidas não específicas de promoção da

saúde e medidas específicas de proteção contra riscos e danos; secundária ao se instaurar medidas de diagnóstico precoce e tratamento imediato no início da doença e de limitação de incapacidades caso haja progressão da doença e terciária quando se refere a reabilitar as seqüelas (CAMPOS et al., 2005).

No caso das neoplasias, a prevenção consiste em reduzir ou eliminar a exposição do indivíduo aos agentes carcinogênicos, além de diminuir a suscetibilidade aos efeitos dos agentes (OMS, 1995). Assim, a prevenção primária do câncer cérvico-uterino envolve ações de promoção e proteção específica contra os fatores de risco para a neoplasia, sendo que a promoção da saúde está relacionada às medidas inespecíficas como redução do tabagismo, orientação sobre dieta saudável, e relação sexual segura através do uso de preservativos, e a proteção específica refere-se às ações mais diretas como a vacinação. O rastreamento do câncer cérvico-uterino está incluído na prevenção secundária.

Sem dúvida, as estratégias de prevenção do câncer são práticas possíveis e efetivas, devendo ser usadas no processo de planejamento e implementação de programas preventivos. Coelho (1994) compartilha desta idéia e ressalta que as ações de prevenção não estão sendo aplicadas em sua plenitude no Brasil. Estas dependem do anseio político, da sensibilização dos profissionais de saúde e da motivação dos pacientes (COELHO, 1994). O autor ainda menciona que programas de prevenção dos cânceres do colo do útero, mama, boca e pele deveriam ser prioritários à nossa realidade local.

Por outro lado, a necessidade de uma abordagem mais abrangente da questão saúde é indicada pelo movimento de Promoção da Saúde que surge no Canadá em 1974, com a divulgação do Relatório Lalonde, motivado pelo custo elevado da assistência médica e pelas limitações da abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas (BUSS, 2000). Entretanto, o conceito de Promoção da Saúde se desenvolveu de forma mais vigorosa nos últimos 20 anos, sendo um marco a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986 em Ottawa, Canadá, na qual se apresentou a Promoção da Saúde como um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado (BUSS, 2000;

TEIXEIRA e SOLLA, 2006). A Carta de Ottawa, resultado desta conferência, define Promoção de Saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. É importante ressaltar que a Promoção da Saúde é definida de maneira mais ampla, não se dirigindo a uma determinada doença, e enfatiza a transformação das condições de vida, procurando integrar saberes técnicos e populares, bem como a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para o enfrentamento e resolução dos problemas de saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986). Estas características a diferenciam da prevenção em saúde, que busca evitar o surgimento de doenças específicas, através do controle da transmissão e a redução do risco de doenças.

A Carta de Ottawa reconhece como pré-requisitos fundamentais para a saúde: paz, educação, habitação, alimentação, renda, eco-sistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (CARTA DE OTTAWA, 1986). Preconiza cinco campos de ação: estabelecimento de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. Estes campos de ação foram desenvolvidos nas Conferências que seguiram, resultando nas Declarações de Adelaide, Sundsvall, Bogotá, Jacarta e a Carta de Bangkok.

Em 1988, a Conferência de Adelaide priorizou as políticas públicas saudáveis, identificando quatro áreas para promover ações imediatas: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, políticas de redução do consumo de tabaco e álcool e criação de ambientes favoráveis (DECLARAÇÃO DE ADELAIDE, 1988).

A III Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1991, em Sundsvall elegeu como tema central à criação de ambientes favoráveis à saúde, mantendo a busca pela equidade e educação, além de propor o aumento do poder de decisão dos indivíduos e a participação comunitária (DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL, 1991).

Em 1992, a Declaração de Bogotá que trouxe o tema da Promoção da Saúde para América Latina, reconhece a relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento, afirmando que a Promoção da Saúde na América Latina



deve buscar a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, destacando a necessidade de solidariedade e equidade para seu alcance (DECLARAÇÃO DE BOGOTÁ, 1992).

A Conferência de Jacarta, realizada em 1997, destacou o reforço da ação comunitária e o surgimento de novos atores e novos determinantes da saúde, como o direito de voz das mulheres e renda. O documento reconhece que os métodos de Promoção da Saúde baseados na combinação das cinco estratégias preconizadas pela Carta de Ottawa são mais eficazes que aqueles centrados em um único campo, e que diversos cenários (cidades, comunidades locais, escolas, locais de trabalho) oferecem oportunidades para a execução de estratégias integrais (DECLARAÇÃO DE JACARTA, 1997).

E, finalmente, a VI Conferência de Promoção da Saúde, realizada em Bangkok, em 2005, afirmou que as políticas e as parcerias que visam empoderar as comunidades, melhorar a saúde e a equidade, deveriam ser incluídas e priorizadas nos projetos de desenvolvimento global e nacional (CARTA DE BANGKOK, 2005).

O paradigma da Promoção da Saúde ressalta a importância e a necessidade da reorientação dos serviços de saúde, e estabelece metas com objetivo de diminuir as injustiças e desigualdades a fim de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos.

Nesse sentido, o caminho para o controle do CCU envolve ações mais abrangentes que superem a concepção clínico-assistencial, promovendo a intersetorialidade. Deve-se, portanto, compreender a saúde da mulher nos vários aspectos de sua vida, adotando uma perspectiva global, de forma que as ações em saúde não se tornem medidas pontuais e isoladas, mas envolvam todos os determinantes da saúde.

#### 1.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA MULHER NO BRASIL

A saúde da mulher, no Brasil, foi incorporada às políticas nacionais no início do século XX, estando restrita ao âmbito materno-infantil, ou seja, visava o ciclo gravídico-puerperal. Ao final dos anos 60, foi criado o

Programa de Saúde Materno-Infantil, cujo enfoque estava em prestar assistência aos filhos das mulheres que não tinham acesso aos serviços de saúde, constituindo a atenção pré-natal a única ação de caráter universalista com relação à saúde da mulher (VILLELA; MONTEIRO, 2005).

Com as mudanças na condição social das mulheres ocorridas ao longo da segunda metade do século XX, as propostas de atenção materno-infantil mostram insuficientes. Em especial o movimento feminista, que assumiu significativo protagonismo político na década de 70, irá questionar o recorte do Programa de Saúde Materno-Infantil criticando a maneira como a mulher e seu corpo eram reduzidos à reprodução biológica (VILLELA, 2000).

As mulheres argumentavam que suas necessidades extrapolavam o ciclo gravídico-puerperal, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todas as fases da vida, contribuindo para consolidar a idéia de integralidade que orienta a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2004a).

O PAISM foi proposto em 1984, pelo Ministério da Saúde, visando à extensão das ações básicas em saúde da mulher e incluindo, entre outras, atividades preventivas e de diagnóstico do câncer do colo do útero e mamário. A assistência integral envolvia o atendimento de todas as necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes, incluindo ações educativas (OSIS, 1998). Porém, a implementação efetiva do Programa não aconteceu como desejado, ficando as atividades nos serviços de saúde bastante focalizadas nas demandas relativas à contracepção, acompanhamento da gravidez e ao parto. A prevenção e controle do câncer ginecológico continuaram em segundo plano (BRASIL, 2002b).

A partir da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na China, em 1995, o governo brasileiro reconheceu a necessidade de propor um programa em âmbito nacional visando o controle do CCU no Brasil (BRASIL, 2001; UNITED NATIONS, 1995). Assim, em 1998, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

(PNCCCU), considerado como a estratégia mais adequada para mudar o cenário desse câncer no país.

O PNCCCU foi estruturado com a meta de reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais por esse câncer, através da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais, além de disponibilizar tratamento e reabilitação. O Programa elegeu como método rastreador o exame de Papanicolaou (colpocitologia oncológica) e elegeu a cirurgia de alta frequência como método de tratamento das lesões intraepiteliais de alto grau, priorizando as mulheres com idades entre 35 e 49 anos e as que nunca haviam realizado o exame preventivo.

Inicialmente, foi elaborado um Projeto Piloto denominado Viva Mulher, implantado no ano de 1997 em apenas seis localidades brasileiras (Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e em todo Estado de Sergipe). Com base na experiência do Projeto Piloto Viva Mulher, foi realizada em 1998 a expansão nacional, com inclusão de todos os Estados, abrangendo 97,9% dos municípios brasileiros.

De agosto a setembro de 1998 foi realizada a primeira fase de intensificação do programa, viabilizada por meio de uma campanha que utilizou os diversos meios de comunicação para mobilização da população. A população alvo eram mulheres de 35 a 49 anos e as que nunca haviam realizado o exame preventivo, e a meta era atingir, no prazo de 60 dias, o teto de quatro milhões de exames, tendo sido realizados 3.177.740 exames citopatológicos.

A partir de 1999 foi iniciada a fase de consolidação das ações do programa na rotina dos serviços. Em 2002, nos meses de março e abril, foi realizada a segunda fase de intensificação do programa, sendo desenvolvida uma campanha de mídia nacional para mobilização das mulheres alvo. Pretendia-se, nesta fase, atingir a meta de 2.511.581 mulheres. No entanto, o programa superou as expectativas, alcançando um total de 3.856.650 mulheres examinadas.

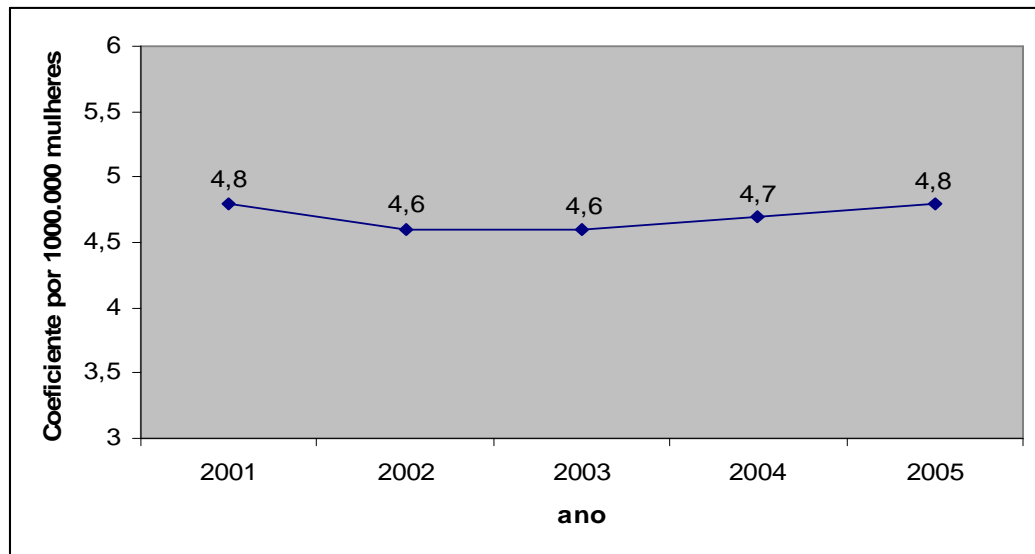
O PNCCCU colocou o CCU na agenda de prioridades em saúde e promoveu a prevenção secundária através da oferta do exame Papanicolaou à população brasileira. O Programa foi estruturado com a meta de reduzir a

mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais por este câncer, através da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais, além de disponibilizar tratamento e reabilitação (BRASIL, 2002b).

Para efetivação do PNCCCU, dois pontos foram contemplados. O primeiro foi a sensibilização da população feminina para realização do exame, sendo este respondido com a divulgação da campanha através dos meios de comunicação escrito, falado e televisionado. O segundo ponto importante para viabilização do programa foi a sensibilização dos profissionais de saúde da rede, realizada por meio de treinamentos dos gerentes municipais do programa e profissionais de saúde da rede, elaboração de materiais educativos e apresentação da proposta para os recursos humanos envolvidos na atenção ao CCU, com sua justificativa epidemiológica, objetivos, metas e orientações para o seguimento de cada mulher.

No Amazonas, a introdução do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero ocorreu em 1998 e atingiu os 62 municípios amazonenses. Em 1999, deu-se início à estruturação funcional do PNCCCU nas Unidades Básicas de Saúde do Estado (FCECON, 2001). Desde o início da implantação do programa no Amazonas, a equipe responsável vem utilizando várias estratégias para organizar a rede de serviços. Dentre as estratégias utilizadas para efetivar o programa no estado, podemos citar: capacitação dos profissionais para coleta do exame; distribuição de *kits* ginecológicos; criação do Cartão de Prevenção da Mulher; distribuição de panfletos e livretos; realização de palestras educativas em escolas; educação durante o comparecimento à Unidade de Saúde; e seguimento dos casos detectados, entre outras medidas (FCECON, 2002).

Apesar da existência de um programa de rastreamento para o CCU, o PNCCCU, as taxas de incidência e mortalidade por câncer cérvico-uterino têm-se mantido praticamente inalteradas ao longo dos anos no país (Figura 1), e nos anos de 2000 a 2002, a cobertura do exame Papanicolaou foi 68,7% das mulheres acima de 24 anos de idade, ficando aquém do preconizado pela Organização Panamericana de Saúde (BRASIL, 2005a).



**Figura 1** – Coeficiente de mortalidade por câncer do colo do útero por 100.000 mulheres no Brasil, no período de 2001 a 2005

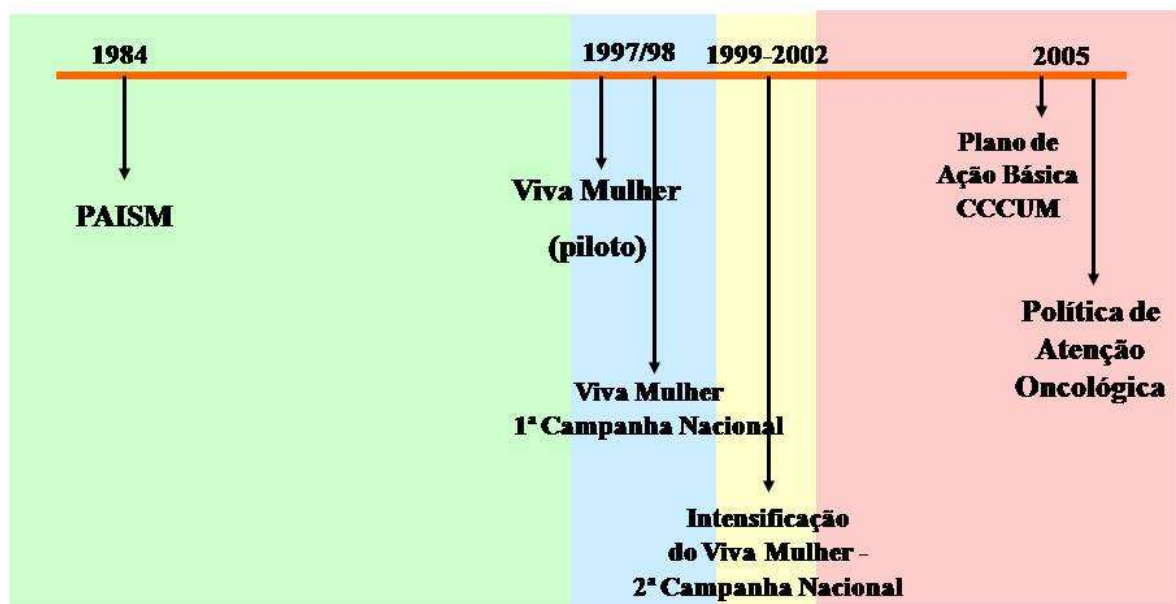
**Fonte:** BRASIL, 2007b.

Diante deste cenário, o Ministério da Saúde viu a necessidade de revisão da estrutura e das estratégias do Programa Viva Mulher, de forma a se construir novos meios que permitissem alcançar os objetivos preconizados pelo Programa: redução da taxa de incidência para o câncer de colo do útero e das taxas de mortalidade por câncer de colo do útero e mama. Para alcançar estes objetivos foi elaborado um Plano de Ação para o Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama 2005-2007 com definição de seis diretrizes estratégicas: aumento da cobertura da população-alvo; garantia da qualidade do exame; fortalecimento do sistema de informação; desenvolvimento de capacitações; desenvolvimento de pesquisas; mobilização social, compostas por ações a serem desenvolvidas, a partir do ano de 2005 (BRASIL, 2005a).

Concomitantemente, em 2005, foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, através da Portaria 2439/GM de 8 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005b). Esta política abordou a questão do câncer de forma integral, estabelecendo diretrizes desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos para as diversas neoplasias (PARADA et al.,

2008). Entre seus eixos norteadores, destacam-se a qualificação da assistência e a promoção da educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação da política, em consonância com os princípios da integralidade e da humanização (BRASIL, 2005b). Outro aspecto incluído na Política Oncológica foi o Plano de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco do Câncer do Colo do Útero e da Mama, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais e Estaduais de Saúde. A evolução temporal das políticas relacionados à saúde da mulher estão representadas na figura 2.

Desta forma, a Política de Atenção Oncológica ampliou o campo de atuação na prevenção do câncer de colo uterino, assim como das outras neoplasias, contribuindo para uma abordagem integral deste câncer.



**Figura 2** – Evolução das políticas de saúde para a mulher

## 2 OBJETIVO

### 2.1 GERAL

Descrever o perfil das mulheres que realizam o exame Papanicolaou no município de Manaus, visando identificar os fatores associados à sua realização.

### 2.1 ESPECÍFICOS

- Determinar as características sócio-demográficas das mulheres que realizam o Papanicolaou;
- Identificar o conhecimento das mulheres que realizam o exame Papanicolaou, sobre o mesmo;
- Verificar se as mulheres recebem informações dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde sobre a prevenção do câncer do colo do útero;
- Identificar os motivos que interferem na decisão da mulher em buscar o exame Papanicolaou;
- Determinar a taxa de mulheres que buscaram o resultado do último exame realizado.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 DESENHO DO ESTUDO**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo levantamento, utilizando abordagem metodológica quantitativa.

#### **3.2 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi realizado em seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) sendo três do Distrito de Saúde Oeste e três do Distrito de Saúde Sul, do município de Manaus – Amazonas.

##### **3.2.1 O município de Manaus**

Manaus é a capital do estado do Amazonas. Localiza-se no centro geográfico da Amazônia, e está situada a leste do estado, na sub-região Rio Negro/Solimões e norte do Brasil.

O município é privilegiado pela beleza da paisagem natural e seu acesso é feito principalmente por via fluvial ou aérea. O clima é tropical, quente e úmido, com temperatura média anual entre 23,3° e 31,4° C. A flutuação sazonal limita-se a duas estações: chuvosa (inverno), de dezembro a maio, e seca (verão), de junho a novembro. A umidade relativa do ar gira em torno de 80% e a média/dia de precipitação é 2.286 mm, o que contribui para o fenômeno da “cheia” e “vazante” dos rios e igarapés da região.



A população de Manaus caracteriza-se por ser demograficamente jovem e está contabilizada em 1.731.993 habitantes, sendo que 844.467 são homens e 887.526 são mulheres, das quais 600.735 estão em idade fértil (10 a 49 anos) (DATASUS, 2008). O município compreende uma área total de 11.458.50 km<sup>2</sup>, a área urbana ocupa 433.37 km<sup>2</sup> com uma população de 99,2% e a área rural 10.967.69 km<sup>2</sup>, representando 0,8% da população. Assim, quase totalidade da população concentra-se na área urbana.

Apesar da distância que separa Manaus dos grandes centros populacionais de outras regiões e da deficiência no sistema de transporte, o município apresentou, com a implantação da Zona Franca de Manaus, o maior índice dos movimentos migratórios nas décadas de 1970-1980, responsáveis pelo crescimento populacional. Embora a Zona Franca de Manaus tenha significado progresso para a região, o fluxo migratório provocou expansão territorial e crescimento demográfico de forma desordenada, não tendo sido acompanhado de igual capacidade do poder público para expandir a infra-estrutura de forma planejada (BARBOSA, 2004).

A principal atividade econômica de Manaus é a indústria com produção e venda de produtos eletroeletrônicos, seguida do comércio e turismo. A expansão da indústria decorrente da Zona Franca de Manaus é responsável pelo emprego de mão-de-obra em sua grande maioria com baixa qualificação e com presença expressiva de mulheres.

Em razão de seu crescimento industrial, Manaus detém funções urbanas que a colocam em posição de destaque político e econômico na região. Entretanto, o crescimento econômico e populacional não foi suficiente para causar efeitos multiplicadores positivos em sua periferia, agravando os problemas urbanos, ampliados pela ocorrência de freqüentes invasões. No período de 1991 a 2000, a renda *per capita* média apresentou uma redução de 5,2%, havendo aumento de 49,2% de pobres (renda domiciliar *per capita* equivalente a R\$ 75,00). Com relação à escolaridade, observou-se durante o período uma redução de 22,6% na proporção da população com menos de quatro anos de estudo, apesar do valor ainda ser alto (20,6%). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) melhorou 3,9%. O município apresenta Unidades de Desenvolvimento Humano (UDHs) com IDH baixo similar ao encontrado em países de terceiro mundo, e por outro lado, existem UDHs com

índices de países mais desenvolvidos (PNUD, 2000). A tabela 1 apresenta o perfil sócio-econômico de Manaus no período de 1991 a 2000.

**Tabela 1** – Perfil sócio-econômico do município de Manaus, AM, no período de 1991 a 2000

<b>Indicador</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>Crescimento%</b>
População	1.011.501	1.405.835	28
Renda per capita média ((R\$)	276,9	262,4	-5,2
Proporção de Pobres (%)	23,6	35,2	49,2
20% mais ricos	60,9	67,6	11,0
20% mais pobres	2,9	1,6	44,8
% de famílias com renda inferior a ½ salário mínimo	30,8	46,0	49,4
% população adulta com menos de 4 anos de estudo (15 anos ou mais)	26,6	20,6	-22,6
<b>IDH</b>	<b>0,754</b>	<b>0,774</b>	<b>3,9</b>
Acesso a serviços básicos			
Água encanada	81,9	75,0	-8,4
Energia elétrica	99,2	99,0	-0,2
Esgotamento sanitário	...	32,2	...
Coleta de lixo	78,1	91,3	16,9

**Fonte:** PNUD – Atlas de Desenvolvimento Humano em Manaus, 2000.

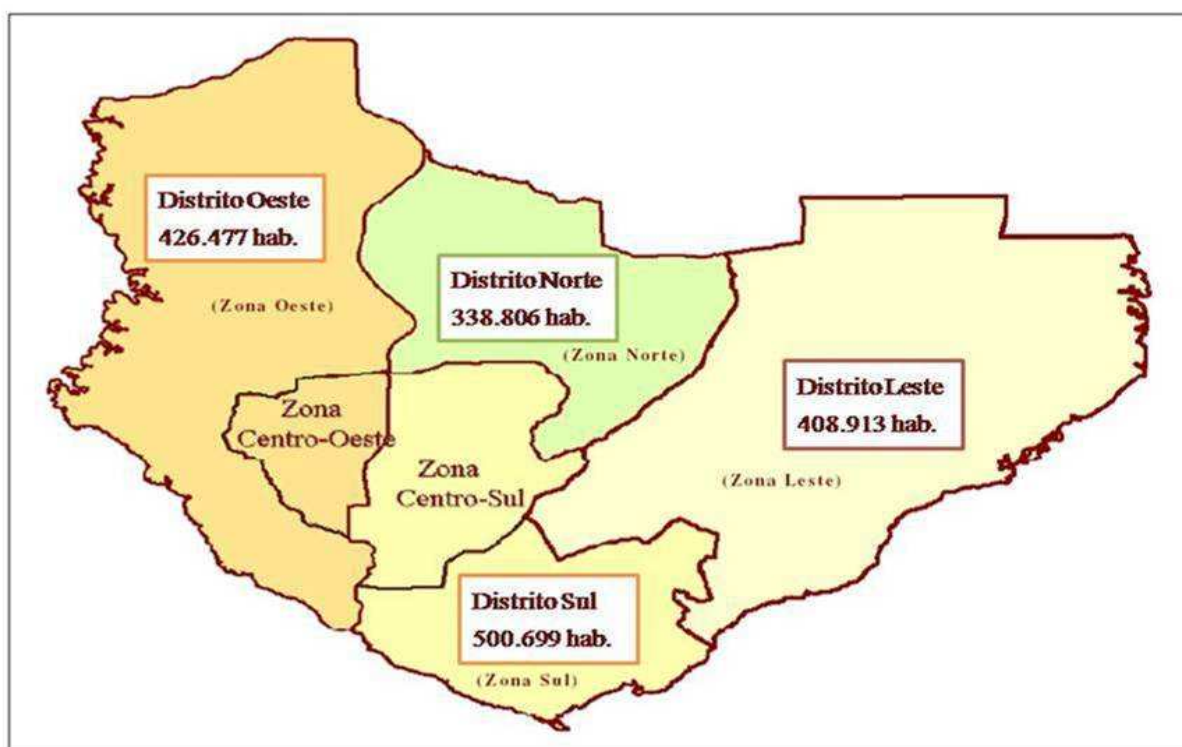
Com relação ao setor da saúde, o município de Manaus está atualmente habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

As unidades públicas municipais e estaduais de saúde constituem a maioria da rede prestadora de serviços do SUS no município e se organizam por níveis de hierarquia de procedimentos na Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, conforme capacidade potencial das unidades, as quais apresentam diversas nomenclaturas: Casa de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde, Casa de Saúde da Mulher, Centro de Atenção Integral à Criança, Pronto Atendimento, Policlínica, Centro de Atenção Integral à Melhor Idade, Serviço de Pronto Atendimento, Centro de Referência em Pneumologia Sanitária, Ambulatório de Especialidades, Centro de Oncologia, Centro Psiquiátrico, Hemocentro, Hospital Especializado, Hospital Geral, Hospital Infantil, Hospital Universitário, Instituto da

Criança, Fundação de Dermatologia e Venereologia, Fundação de Medicina Tropical, Maternidade, Pronto Socorro da Criança, Pronto Socorro Geral e Pronto Socorro de Referência (MANAUS, 2006).

A rede de serviços de saúde de Manaus organizou-se, inicialmente, a partir de seis zonas geográficas (norte, leste, sul, centro-sul, oeste e centro-oeste), obedecendo à divisão estabelecida pelo Instituto Municipal de Planejamento (IMPLAN), que, em 1995, conferiu à cidade um zoneamento sanitário fundamentado apenas em critérios geodemográficos, sendo todas as zonas na área urbana do município, que contava, em 1996, com 56 bairros.

Atualmente, a organização do sistema de saúde se desenvolve através de quatro Distritos de Saúde: Norte e Leste, que mantiveram a mesma delimitação geográfica e vinculação populacional anteriores; Oeste, que incorporou a zona centro-oeste; e Sul, incorporando a zona centro-sul. A área rural compreende 17 localidades situadas ao longo dos rios Negro e Amazonas com acesso algumas por via terrestre e outras somente por via fluvial. Os Distritos de Saúde e suas populações estão apresentados na figura 3.



**Figura 3** – Distritos de Saúde, zonas geográficas e população do município de Manaus, 2006

**Fonte:** Manaus, 2006.

No Distrito de Saúde Norte, existem poucos serviços especializados de média complexidade, levando a população a deslocar-se a outras áreas da cidade em busca desses serviços. Neste Distrito, há sete Unidades Básicas de Saúde que realizam o exame Papanicolaou.

O Distrito de Saúde Leste possui uma rede assistencial que dispõe de maior oferta de serviços básicos, de urgência e de serviços hospitalares, necessitando de serviços de média complexidade. Neste Distrito, o Papanicolaou é realizado em 13 Unidades Básicas de Saúde.

O Distrito de Saúde Sul é composto por bairros de mais de uma zona geográfica e sua rede assistencial oferta mais serviços especializados, porém também oferece serviços básicos. Neste Distrito, a população conta com 18 Unidades Básicas de Saúde que realizam o Papanicolaou.

O Distrito de Saúde Oeste dispõe em sua rede assistencial de serviços básicos, de urgência e serviços especializados. Este Distrito também é formado por

mais de uma zona geográfica, e o exame Papanicolaou é realizado em 16 Unidades Básicas de Saúde.

### 3.2.2 Delimitação do campo de coleta de dados

Considerando-se que 64% dos exames Papanicolaou são realizados na rede SUS em Manaus (BRASIL, 2004b), o presente estudo foi desenvolvido em seis Unidades Básicas de Saúde sendo três do Distrito Oeste e três do Distrito Sul, uma vez que seria inviável desenvolver a pesquisa em todos os Distritos de Saúde, bem como em toda área distrital Sul e Oeste em decorrência do grande número de unidades e por se considerar que uma amostra representativa possa ser obtida a partir da coleta de dados nas unidades selecionadas. Optou-se pelos Distritos de Saúde Oeste e Sul em razão de a população atendida por estes distritos pertencer a bairros de mais de uma zona geográfica (Distrito Oeste – Zonas Centro-oeste e Oeste; Distrito Sul – Zonas Centro-sul e Sul). A seleção das unidades básicas de saúde se deu em função da facilidade de acesso às mesmas. Duas unidades não foram incluídas no estudo, apesar de previsto no projeto, em razão da greve dos funcionários e redução do número de atendimentos devido à reforma das mesmas. Esta alteração, no entanto, não prejudicou o estudo, uma vez que as pacientes que iriam àquelas unidades foram redistribuídas para as outras unidades estudadas.

O Distrito de Saúde Sul concentra aproximadamente 500.699 habitantes correspondendo a 29,65% da população do município e é composto por bairros da zona Centro-sul e Sul. A zona Centro-sul é composta por uma população com elevado nível sócio-econômico, apresentando também conjuntos habitacionais antigos, onde reside uma classe média de menor poder aquisitivo. A zona Sul é a área mais central da cidade e engloba o centro e sua circunvizinhança, concentrando as principais atividades comerciais e de serviços do município.

A rede assistencial do Distrito Sul oferta os serviços básicos de saúde, porém dispõe de mais serviços especializados, tanto ambulatoriais quanto hospitalares. Este Distrito conta com 18 Unidades Básicas de Saúde que realizam o Papanicolaou.

Já o Distrito de Saúde Oeste é composto por bairros das zonas Centro-oeste e Oeste, e abrange uma região de 426.477 habitantes correspondendo a 25,26% da população do município. A zona Oeste caracteriza-se por ser um bairro muito antigo, próximo ao centro da cidade, onde a ocupação ocorreu de forma espontânea. A população da zona Centro-oeste é menos afetada por problemas habitacionais uma vez que esta zona é caracterizada pela ocupação por meio de conjuntos habitacionais.

O Distrito Oeste apresenta uma rede assistencial que dispõe de serviços básicos de saúde e de urgência, além de serviços especializados de referência em oncologia e medicina tropical. Neste distrito existem 16 Unidades Básicas de Saúde.

### 3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A população de estudo foi composta por indivíduos do sexo feminino com idade entre 18 a 64 anos, residentes no município de Manaus, AM.

Os critérios de inclusão foram:

- Concordância em participar do estudo voluntariamente;
- Ter iniciado a vida sexual;
- Idade igual ou superior a 18 anos e inferior a 65 anos;
- Residir no município de Manaus;

- Estar na Unidade Básica de Saúde para realização do Papanicolaou no dia da entrevista, ou estar na UBS por outro motivo que não a realização do Papanicolaou, mas já ter realizado o exame nos últimos cinco anos em qualquer uma das UBS do município.

### 3.4 PLANO DE AMOSTRAGEM

A estratégia amostral utilizada foi a não probabilística, ou seja, por conveniência.

O cálculo do tamanho da amostra necessário para atingir a proposta do estudo foi baseado no número de exames realizados por UBS por mês. Os dados utilizados para o cálculo são do ano de 2004, os mais recentes disponíveis. Considerando-se somente os exames realizados nas UBS das zonas oeste e sul, 34.013 exames, em 2004, obteve-se média de 76 exames/unidade/mês. O número de exames estimados para o período do estudo de dois meses nas seis UBS foi 912. O tamanho da amostra foi estimado em 30% da população atendida para realização do Papanicolaou no período do estudo nas UBS pesquisadas. O número de indivíduos necessários para atingir os objetivos da pesquisa foi 281 mulheres.

As participantes do estudo foram selecionadas por um processo de amostragem por conveniência. A amostra incluiu mulheres atendidas nas UBS estudadas no período de 1 de fevereiro a 31 de março de 2008.

Considerando-se o caráter homogêneo da população usuária do Sistema Único de Saúde para a realização do exame de Papanicolaou, a utilização de seis UBS de dois Distritos (Oeste e Sul) demonstrou ser adequada para os objetivos da pesquisa.

### 3.5 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Os dados foram coletados através de um formulário estruturado composto por questões referentes a aspectos sócio-demográficos, reprodutivo e da realização do exame Papanicolaou (Apêndice A). As questões empregadas no instrumento de pesquisa foram elaboradas a partir de formulários utilizados em outros estudos (PINHO, 2002; GAMARRA, 2004), com algumas adaptações referentes à realização do Papanicolaou.

### 3.6 VARIÁVEIS ESTUDADAS

As variáveis analisadas no estudo estavam relacionadas com: tempo de realização do Papanicolaou, motivos para realização do exame, características sócio-demográficas (idade, escolaridade, estado marital, renda) e reprodutiva (idade de início da atividade sexual), conhecimento sobre o Papanicolaou, fontes de informação sobre o exame e busca do resultado do último Papanicolaou realizado.

A seguir, descrevem-se as variáveis empregadas no estudo:

- Idade: em anos completos, conforme mencionado pela entrevistada.

Os resultados foram agrupados em seis categorias: menos de 20 anos; de 20 a 24 anos; 25 a 29 anos; 30 a 34 anos; 35 a 39 anos; 40 a 44 anos; 45 a 49 anos; 50 a 54 anos; 55 a 59 anos e mais de 59 anos.

- Escolaridade: foram classificadas em três categorias: nenhuma escolaridade ou até 4 anos de estudo; de 5 a 11 anos e 12 anos ou mais de estudo.

- Renda familiar: foram criadas quatro categorias: menos que 1 salário mínimo; de 1 a 2 salários mínimos; de 2 a 4 salários mínimos e mais que 4 salários mínimos.

- Estado civil: foram criadas três categorias: casadas; solteiras com parceiros e solteiras sem parceiros.

- Idade de início da atividade sexual: foram criadas três categorias: início da atividade sexual com menos de 15 anos; entre 15 e 19 anos e acima de 19 anos.

- Tempo de realização do exame Papanicolaou: foi categorizado dentro de dois grupos, baseado na recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b): adequado quando o último exame foi realizado nos últimos 3 anos; inadequado quando o último exame foi realizado acima de 3 anos.

- Fontes de informação sobre o exame Papanicolaou: foram criadas sete categorias: unidade básica de saúde; consulta médica; visita domiciliar; escola; amigos/parentes; revista/jornal e rádio/TV.

- Conhecimento sobre o Papanicolaou: foi agrupado em duas categorias: sabe, quando a mulher sabia que é para detectar o CCU, e não sabe,



quando a mulher nunca ouvir falar sobre o exame, ou já ouviu falar, porém não sabia que é para detectar o CCU.

- Recebimento de informação sobre o procedimento do Papanicolaou: categorizado em sim e não.

- Busca do resultado do último Papanicolaou realizado: esta variável foi categorizada em sim e não.

- Motivos referidos pelas mulheres para terem realizado o exame Papanicolaou: esta variável foi categorizada dentro de quatro grupos, baseados no modelo utilizado por Pinho (2002): demanda espontânea (quando a mulher procurou a UBS para fazer o exame Papanicolaou); recomendação médica (realizou o exame devido orientação e/ou solicitação médica); presença de queixas ginecológicas (procurou o serviço para realizar o Papanicolaou em razão de sintomas ginecológicos); outros motivos.

### 3.7 COLETA DOS DADOS

Os formulários foram aplicados às mulheres nas UBS, no período de fevereiro a março de 2008, pela própria pesquisadora. A coleta de dados ocorreu de segunda a sexta-feira, no período da manhã e da tarde, conforme dias e horários em que cada UBS realizava o exame citopatológico.

Participaram do estudo:

- Mulheres que estavam na UBS para realização do Papanicolaou no dia da entrevista;

- Mulheres que estavam na UBS por outro motivo que não a realização do Papanicolaou, mas já haviam realizado o exame nos últimos cinco anos em qualquer uma das UBS do município.

Para as mulheres entrevistadas no dia da realização do exame, o convite para a participação no estudo ocorreu antes da realização do Papanicolaou, na ante-sala do exame, na UBS, local onde foi realizada a entrevista individualmente. O convite e entrevista das outras mulheres, que não estavam realizando o Papanicolaou no dia da entrevista, ocorreram na mesma ante-sala da

UBS. No início da aplicação do formulário a participante era informada sobre a natureza e objetivos do estudo e questionada sobre sua participação voluntária, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B).

### 3.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados e processados através do programa Epi Info versão 3.4.3. Os dados coletados foram submetidos a técnicas explanatórias simples: média; desvio padrão e distribuição de frequências de cada variável.

Foi realizada uma análise bivariada, utilizando-se, quando necessário, o teste do qui-quadrado sendo a hipótese de associação aceita quando  $p$  foi inferior ou igual a 0,05. Foi calculado o risco relativo (*odds ratio*) com intervalo de confiança (IC) assumindo significância estatística de 95 %.

### 3.9 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa passou por análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca tendo sido aprovado sob nº137/07 (Anexo A). O projeto também foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Manaus/AM, obtendo-se autorização para realização da pesquisa (Anexo B).

A partir da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) as participantes eram informadas sobre o objetivo do estudo e o caráter voluntário da pesquisa, bem como a garantia de sigilo e anonimato. Ao término da leitura, as participantes eram questionadas sobre possíveis dúvidas e se concordavam ou não em participarem do estudo. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a cada mulher que aceitou participar do estudo.

## 4 RESULTADOS

Os resultados apresentados a seguir são referentes às 281 mulheres pesquisadas com relação às características sócio-demográficas, reprodutiva e aspectos relacionados ao exame Papanicolaou.

A apresentação dos resultados inicia-se com a análise descritiva da amostra. Posteriormente será realizada a análise univariada e bivariada dos fatores relacionados ao exame Papanicolaou. Os dados estão organizados e apresentados em tabelas.

### 4.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E REPRODUTIVAS

A idade das participantes variou de 18 a 64 anos, com idade média de 34,7 anos e desvio padrão 11. Observou-se uma proporção maior de mulheres mais jovens, com idade entre 18 a 34 anos correspondendo a 54,0% das participantes, enquanto 33,5% das mulheres encontravam-se na faixa etária de 35 a 49 anos e apenas 12,5% das mulheres tinham mais de 50 anos de idade (Tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição da amostra de mulheres entrevistadas segundo faixa etária no município de Manaus, AM, 2008

<b>Grupo etário</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<20	15	5,3
20-24	42	14,9
25-29	54	19,2
30-34	41	14,6
35-39	40	14,2
40-44	26	9,3
45-49	28	10,0
50-54	21	7,5
55-59	10	3,6
>59	4	1,4
<b>Total</b>	<b>281</b>	<b>100</b>

No que se refere à escolaridade das participantes do estudo, é possível observar na tabela 3 que grande parte das participantes (54,4%) apresentava de 5 a 11 anos de estudo, e apenas 10,3% das mulheres possuíam mais de 12 anos de estudo.

**Tabela 3** – Distribuição da amostra de mulheres entrevistadas segundo a escolaridade (anos) no município de Manaus, AM, 2008

<b>Escolaridade (anos)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
0 a 4 anos	99	35,2
5 a 11 anos	153	54,4
12 anos ou mais	29	10,3
<b>Total</b>	<b>281</b>	<b>100</b>

Em relação à renda familiar, quase a totalidade das entrevistadas (84,3%) possuía renda familiar mensal de até três salários mínimos e somente 15,7% das mulheres possuíam uma renda superior a três salários mínimos (Tabela 4).

**Tabela 4** – Distribuição da amostra de mulheres entrevistadas segundo a renda familiar no município de Manaus, AM, 2008

<b>Renda familiar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<01 salário mínimo	61	21,7
01 a 03 salários mínimos	176	62,6
>3 salários mínimos	44	15,7
<b>Total</b>	<b>281</b>	<b>100</b>

Com relação ao estado civil, mais da metade das mulheres (72,2%) referiu relação estável, e 27,8% das participantes encontravam-se na categoria solteira sem parceiro (Tabela 5).

**Tabela 5** – Distribuição da amostra de mulheres entrevistadas segundo o estado civil no município de Manaus, AM, 2008

<b>Estado Civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Casada	188	66,9
Solteira com parceiro	15	5,3
Solteira sem parceiro	78	27,8
<b>Total</b>	<b>281</b>	<b>100</b>

Quanto à idade da primeira relação sexual, a maioria das mulheres (69,4%) referiu ter iniciado a vida sexual na faixa etária entre 15 e 19 anos (Tabela 6).

**Tabela 6** – Distribuição da amostra de mulheres entrevistadas segundo a idade da primeira relação sexual no município de Manaus, AM, 2008

<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<15 anos	43	15,3
15-19 anos	195	69,4
>19 anos	43	15,3
<b>Total</b>	<b>281</b>	<b>100</b>

#### 4.2 ASPECTOS RELACIONADOS AO EXAME PAPANICOLAOU

Quanto ao tempo em que foi realizado o último Papanicolaou, mais da metade das mulheres (86,9%) relataram ter realizado o exame nos últimos três anos. Na tabela 7, pode-se observar que 130 mulheres (46,3%) realizaram o exame há menos de um ano, e 114 mulheres (40,6%) realizaram-no entre um a três anos. O restante das entrevistadas (13,2%) compareceu para a coleta há mais de três anos. Considerando-se somente as 189 mulheres que estavam realizando o exame no momento da entrevista (67,2% do total), 78 destas (27,7%) referiram ter realizado o último exame há menos de um ano, ou seja, dois exames em um ano, 92 (32,7%) realizaram o exame anterior entre um a dois anos e 19 (6,7%) relataram ter realizado o exame anterior entre três a cinco anos. Uma vez que não foi perguntado o tempo dos dois últimos exames, não se obteve o intervalo de tempo de realização do Papanicolaou entre as mulheres que não o realizaram no dia da entrevista.

**Tabela 7** – Distribuição da amostra de mulheres entrevistadas de acordo com o tempo de realização do último Papanicolaou no município de Manaus, AM, 2008

<b>Tempo do último Papanicolaou</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Menos de 1 ano	130	46,3
1 a 3 anos	114	40,6
Mais de 3 anos	37	13,2
<b>Total</b>	<b>281</b>	<b>100</b>

Quando perguntadas se haviam recebido alguma informação sobre o Papanicolaou, quase a totalidade das entrevistadas (272 mulheres, 96,8%) respondeu sim, das quais 190 mulheres (47,1%) referiram ter recebido informação de profissionais da UBS, e 30,1% receberam informação de outras pessoas. Apenas nove mulheres (3,2%) não foram informadas sobre o exame.

Dentre as 272 mulheres (96,8%) que receberam informação sobre o Papanicolaou, 124 (45,6%) mencionaram a UBS como local de informação, através de palestras educativas; 81 mulheres (29,6%) citaram outros meios (rádio/televisão, revista/jornal, amigos/familiares, igreja e instituição de ensino); 62 mulheres (22,8%) receberam informação durante a consulta médica e cinco mulheres (1,8%) relataram ter sido informadas durante visita domiciliar do agente comunitário (Tabela 8).

**Tabela 8** – Distribuição da amostra de mulheres entrevistadas de acordo com a fonte de informação sobre o exame de Papanicolaou no município de Manaus, AM, 2008

<b>Fonte de informação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
UBS (palestra)	124	45,6
Consulta médica	62	22,8
Rádio/TV	44	16,2
Escola	17	6,3
Revista/Jornal	8	2,9
Amigos/parentes	6	2,2
Igreja	6	2,2
Visita domiciliar	5	1,8
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100</b>

Pouco menos da metade das participantes do estudo (138 mulheres, 49,1%) disseram ter recebido informação sobre o procedimento do exame no momento da realização do mesmo, e 50,9% das entrevistadas (143 mulheres) não receberam.

Da amostra de 281 mulheres, 257 (91,5%) informaram saber que o Papanicolaou é um exame para diagnóstico do câncer do colo uterino, e 24 mulheres (8,5%) não sabiam a finalidade do exame.

Perguntou-se também às mulheres se haviam buscado o resultado do último Papanicolaou. A maioria das participantes, 256 mulheres (91,9%), retornaram ao serviço de saúde para receber o resultado do exame, enquanto 25 mulheres (8,9%) não foram buscar o último Papanicolaou realizado.

No que concerne a busca pelo Papanicolaou, podemos observar que mais da metade das mulheres entrevistadas, 66,2% (186 mulheres), relataram a procura espontânea pelo exame, justificada como rotina pelas participantes. Para 23,5% das mulheres, o principal motivo para adesão ao exame foi a recomendação médica (Tabela 9).

**Tabela 9** – Distribuição da amostra de mulheres entrevistadas de acordo com o fator que motivou a realizar o Papanicolaou no município de Manaus, AM, 2008

<b>Motivo para realização do último exame</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Demanda espontânea	186	66,2
Recomendação médica	66	23,5
Queixas ginecológicas	29	10,3
<b>Total</b>	<b>281</b>	<b>100</b>

#### 4.3 ANÁLISES BIVARIADAS

Os dados apresentados nesta seção são referentes às análises bivariadas. O motivo da realização do último Papanicolaou e a realização do exame nos últimos três anos foram considerados variáveis dependentes, tendo sido analisada sua associação com as seguintes variáveis: idade, escolaridade, estado civil, renda, idade de início da atividade sexual, conhecimento sobre o Papanicolaou e a fonte de informação sobre o exame.



#### 4.3.1 Análise da associação entre o motivo da realização do Papanicolaou com as variáveis estudadas

A tabela 10 apresenta a relação entre do motivo da realização do último Papanicolaou e as variáveis apontadas anteriormente.

Observou-se que o motivo para realização do Papanicolaou não se mostrou associado de maneira estatisticamente significativa ( $p = 0,93$ ) a fonte de informação sobre o mesmo. Entretanto, constatou-se que o fato de a mulher conhecer a finalidade do Papanicolaou aumentou sobremaneira a procura espontânea pelo exame ( $X^2 = 16,49$ ;  $p < 0,001$ ).

Com relação à idade média das mulheres estratificada pelo motivo da realização do último exame, observou-se que quando o motivo foi demanda espontânea (186 mulheres) a média de idade foi 35,8 anos; para queixas ginecológicas (29 mulheres) a idade média foi 34,8 anos e recomendação médica (66 mulheres) a média de idade foi 31,7 anos. Para a análise da associação entre o motivo da realização do Papanicolaou e a idade das participantes, estabeleceram-se duas categorias sendo uma faixa etária até 34 anos e a outra maior ou igual a 35 anos. Esta categoria foi mantida para análise estatística. Não foi observada associação estatisticamente significativa entre estas faixas etárias e o motivo para as mulheres terem realizado o último exame ( $X^2 = 5,54$ ;  $p = 0,06$ ).

A relação entre o motivo da realização do Papanicolaou e as variáveis escolaridade, estado civil, idade de início da atividade sexual e renda familiar não se mostrou associada de maneira estatisticamente significativa.

**Tabela 10** – Avaliação do motivo da realização do Papanicolaou segundo variáveis estudadas no município de Manaus, AM, 2008

Variáveis	Demanda espontânea		Queixa ginecológica		Recomendação médica		Total	P
	N	%	N	%	N	%		
<b>Idade</b>								0,06
<34 anos	94	61,8	14	9,2	44	28,9	152	--
>35 anos	92	71,3	15	11,6	22	17,1	129	--
<b>Escolaridade</b>								0,66
0 – 4 anos	63	33,9	13	44,8	23	34,8	99	--
5 – 11anos	101	54,3	14	48,3	38	57,6	153	--
>12 anos	22	11,8	2	6,9	5	7,6	29	--
<b>Estado civil</b>								0,50
Casada	95	51,1	13	44,8	34	51,5	142	--
União consensual	31	16,7	5	17,2	10	15,2	46	--
Solteira com parceiro	7	3,8	4	13,8	4	6,1	15	--
Solteira sem parceiro	53	28,5	7	13,8	18	27,3	78	--
<b>Idade de início da atividade sexual</b>								0,70
< de 15 anos	25	13,4	6	20,7	12	18,2	43	--
15 a 19 anos	131	70,4	18	62,1	46	69,7	195	--
> de 19 anos	30	16,1	5	17,2	8	12,1	43	--
<b>Renda familiar</b>								0,79
<1 salário	37	19,9	8	27,6	16	24,2	61	--
1 a 3 salários	118	63,4	18	62,1	40	60,6	176	--
>3 salários	31	16,7	3	10,3	10	15,2	44	--
<b>Conhecimento sobre o exame</b>								0,0003
Adequado	179	96,2	23	79,3	55	83,3	257	--
Inadequado	7	3,8	6	20,7	11	16,7	24	--
<b>Fonte de informação sobre o exame</b>								0,93
Profissionais UBS	128	69,6	19	73,1	43	69,4	190	--
Outros meios	56	30,4	7	26,9	19	30,6	82	--

#### 4.3.2 Análise da associação entre o tempo da realização do último Papanicolaou com as variáveis estudadas

Na tabela 11 é apresentada a relação entre o tempo de realização do último exame Papanicolaou com as variáveis estudadas.

Observou-se uma associação estatisticamente significativa entre a realização do Papanicolaou nos últimos três anos e a fonte de informação sobre o exame. As mulheres que receberam informação dos profissionais de saúde, na Unidade Básica de Saúde, tiveram proporção maior de realização do exame nos últimos três anos, comparadas àquelas que foram informadas através de outras fontes ( $X^2 = 6,96$ ;  $p < 0,01$ ;  $OR = 0,39$ ;  $IC\ 95\% = 0,19-0,80$ ).

Quanto à orientação durante o exame sobre o procedimento ao qual a mulher iria ser submetida, não foi observado nível de significância ( $p > 0,05$ ) para a categoria realização do teste nos últimos três anos.

**Tabela 11** – Avaliação do tempo da realização do último Papanicolaou segundo variáveis estudadas no município de Manaus, AM, 2008

Variáveis	Realização do exame nos últimos 3 anos		Realização do exame acima de 3 anos		Total	P
	N	%	N	%		
<b>Idade</b>						0,70
<34 anos	132	54,4	20	51,3	152	---
>35 anos	110	45,5	19	48,7	129	---
<b>Escolaridade</b>						0,16
0-14 anos	80	33,1	19	48,7	99	---
5-11 anos	136	56,1	17	43,6	153	---
>12 anos	26	10,7	3	7,7	29	---
<b>Estado civil</b>						0,38
Casada	123	50,8	19	48,7	142	---
União Consensual	39	16,1	7	17,9	46	---
Solteira com parceiro	15	6,2	0	0	15	---
Solteira sem parceiro	65	26,9	13	33,3	78	---
<b>Idade de início da atividade sexual</b>						0,06
< de 15 anos	33	13,6	10	25,6	43	---
15 a 19 anos	174	71,9	21	53,8	195	---
> de 19 anos	35	14,5	8	20,5	43	---
<b>Renda</b>						0,16
< 1 salário	48	19,8	13	33,3	61	---
1 a 3 salários	155	64,0	21	53,8	176	---
>3 salários	39	16,1	5	12,8	44	---
<b>Conhecimento sobre o exame</b>						0,43
Adequado	222	91,7	35	89,7	257	---
Inadequado	20	8,3	4	10,3	24	---
<b>Fonte de informação sobre o exame</b>						0,008
Profissionais da UBS	171	72,8	19	51,4	190	---
Outros meios	64	27,2	18	48,6	82	---
<b>Orientação durante o exame</b>						0,27
Sim	122	50,4	16	41,0	138	---
Não	120	49,6	23	59,0	143	---

## 5 DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa mostram que a maioria das participantes do estudo pertencia a uma população jovem, com 54,0% das mulheres na faixa etária de 18 a 34 anos. Este resultado está de acordo com o observado pelo Ministério da Saúde, segundo o qual a maioria dos exames citopatológicos é realizada em mulheres com menos de 35 anos (BRASIL, 2002c), e segue uma tendência observada por outros autores. Eduardo (2007), avaliando as ações de Promoção da Saúde no controle do CCU no município de São Gonçalo do Amarante, constatou predominância de mulheres na faixa etária de 20 e 29 anos dentre as que realizaram o Papanicolaou. Pinho, em 2005, avaliou o programa de controle do CCU e de mama em Londrina, e observou que 66,67% das mulheres iniciaram a realização do exame Papanicolaou com menos de 25 anos de idade. Brenna (1996), ao estudar o conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com neoplasia cervical no município de São Paulo, constatou que as mulheres mais velhas não haviam realizado o exame nos últimos três anos. Lago (2004), estudando as políticas de rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil, encontrou um predomínio de mulheres mais jovens na demanda rotineira dos serviços de saúde públicos, representando 51% dos exames realizados. A faixa etária prevalente no presente estudo, entretanto, é diferente da relatada por Pinho (2002), que ao estudar os fatores associados à realização do exame de Papanicolaou no município de São Paulo, encontrou uma proporção maior de realização do exame, alguma vez na vida, nas mulheres entre 35 a 49 anos.

A distribuição etária encontrada na presente pesquisa pode ter sido decorrente das características da população estudada, uma vez que as mulheres entrevistadas eram aquelas que compareciam às UBS, estando a realização do Papanicolaou muitas vezes relacionada ao pré-natal, conforme relatado por muitas participantes. Esta situação também foi verificada por Brenna et al. (2001), constatando que as mulheres mais jovens procuram mais os ginecologistas devido a

eventos comuns à fase reprodutiva, como a ocorrência da gravidez, a necessidade de métodos anticoncepcionais ou tratamento de leucorréias, enquanto as mulheres de idade mais avançada procuram menos os serviços de saúde, em especial, para a questão preventiva.

A faixa etária a que as mulheres pertencem está relacionada a incidência do câncer cérvico-uterino, devendo ser considerada no planejamento das ações de prevenção e controle desta neoplasia. O exame realizado na faixa etária entre 35 a 60 anos de idade tem se mostrado 30 vezes mais efetivo em detectar lesões que se tornaram câncer invasivo, e 10 vezes mais efetivo quando realizado em mulheres com 25 anos de idade, tendo-se como comparação o exame realizado aos 20 anos de idade (DAY, 1989).

Quanto à escolaridade e renda das participantes, constatou-se que a maioria apresentava padrão de baixo nível sócio-econômico, com 54,4% tendo de cinco a 11 anos de estudo e 62,6% possuindo renda mensal de até três salários mínimos. Os níveis de escolaridade e a renda não mostraram relação estatisticamente significativa com a realização do Papanicolaou entre a população estudada. No entanto, vários autores observaram que mulheres com maior nível de escolaridade apresentam melhor conhecimento sobre o exame, sendo mais provável de realizarem o Papanicolaou, em comparação às mulheres com nenhuma escolaridade ou primário incompleto (NASCIMENTO; ELUF-NETO; REGO, 1996; BRENNAN et al., 2001; PINHO, 2002; GAMARRA, 2004; AMORIM, 2005).

O nível educacional deve ser considerado na adesão a medidas preventivas para o câncer cervical, uma vez que a baixa escolaridade pode dificultar o conhecimento sobre a doença, seus fatores de risco e a importância da realização do Papanicolaou (JORGE et al., 2008). O acesso à informação e à instrução são essenciais para que o indivíduo tenha maior controle sobre sua saúde e participação neste processo, e favorece a prática de hábitos saudáveis. Nesse contexto, os profissionais das Unidades Básicas de Saúde devem atuar como facilitadores do acesso à informação para a comunidade, a fim de reduzir as barreiras oriundas do baixo nível sócio-econômico.

Outro importante preditor para a realização do Papanicolaou é o nível sócio-econômico. Amorim et al. (2006), ao estudarem os fatores associados à não realização do Papanicolaou em Campinas, observaram que a não realização do

exame ocorre com maior prevalência em mulheres de 40 a 59 anos, com até quatro anos de estudo, com renda mensal menor ou igual a quatro salários mínimos e que se auto-referiram pretas/pardas, apontando, assim, a presença de significativas desigualdades sócio-econômicas e raciais quanto à realização do exame. Nesta mesma linha, estudo realizado por Dias-da-Costa et al. (2003) sobre a cobertura do exame citopatológico em Pelotas identificou a existência de grupos mais vulneráveis de mulheres, como as de classe social mais baixa, mais velhas, não brancas, viúvas ou solteiras, e as que não consultam o médico. Outros autores observaram que mulheres de baixa renda familiar têm maior probabilidade de não realizarem o Papanicolaou do que aquelas com maior renda, fator este que também pode interferir na busca do resultado do mesmo (WILCOX; MOSHER, 1993; LOPES et al., 1995; AGUILAR et al., 1996; NASCIMENTO; ELUF-NETO; REGO, 1996; DIAS-DA-COSTA et al., 2003; PINHO; FRANÇA JUNIOR, 2003). Por sua vez, mulheres em condições desfavoráveis têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, estando expostas ao diagnóstico tardio de doenças, e conseqüentemente são mais susceptíveis ao acometimento do câncer cérvico-uterino (HEGARTY et al., 2000; JORGE et al., 2008).

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) contribuiu para a expansão de oferta e cobertura dos serviços, porém, ainda persistem disparidades entre grupos sociais e entre regiões do país, estando os grupos mais pobres, de baixa escolaridade, afro-descendentes, indígenas e os habitantes das regiões Norte e Nordeste dentre os que apresentam maiores dificuldades de acesso ao sistema de saúde e piores indicadores sanitários (MAGALHÃES; BURLANDY; SENNA, 2007). Em Manaus, a crescente imigração associada à concentração da população na periferia urbana consolida uma situação problemática, revelando a necessidade de redesenho dos Distritos de Saúde e conseguinte capacidade instalada para ofertar mais e melhores serviços às comunidades pobres residentes (BARBOSA, 2004).

Outra característica que tem sido sugerida como um fator preditor para a realização do Papanicolaou é o estado civil das mulheres, sendo observado, neste estudo, que a maioria das participantes (66,9%) era casada ou unida consensualmente, embora não tenha ocorrido associação significativa entre esta característica e perfil de realização adequado do exame. Várias pesquisas mostram que as mulheres casadas e as solteiras com atividade sexual regular apresentaram

maiores chances de realizar o exame Papanicolaou em relação às mulheres solteiras (WILCOX; MOSHER, 1993; PINHO, 2002; SÁ 2004; PINHO, 2005; NOVAES; BRAGA; SCHOUT, 2006). Independente do estado civil, a prática sexual regular seria o mediador para a realização do Papanicolaou, com conseqüente demanda aumentada por serviços de assistência ginecológica, obstétrica ou planejamento familiar (WILCOX; MOSHER, 1993; PINHO, 2002).

É consenso na literatura a relação entre a atividade sexual e o câncer cérvico-uterino, visto o risco de infecção por vírus papiloma humano (ELUF-NETO et al., 1994; CHUBACI; MERIGHI, 2005; ROTELI-MARTINS et al., 2007). No presente estudo, observou-se que 69,4% das mulheres entrevistadas iniciaram a vida sexual entre 15 e 19 anos. Este resultado é concordante com Roteli-Martins et al. (2007), que, ao estudarem a associação entre a idade de início da atividade sexual e subsequente infecção por HPV, verificaram 76,4% das mulheres com início da atividade sexual entre 14 e 20 anos. Os autores observaram associação significativa entre o início da vida sexual precoce e a aquisição de infecção por HPV de alto risco, mostrando que tal comportamento torna as mulheres mais vulneráveis ao câncer cervical. Desse modo, os hábitos sexuais constituem um aspecto da vida da mulher que deve ser considerado nas estratégias de prevenção de lesões precursoras do CCU, sendo necessário investir em estratégias de prevenção primária, como o uso de preservativos masculinos e femininos, a fim de diminuir o risco de infecção pelo vírus papiloma humano.

A análise dos dados relativos à realização do Papanicolaou mostrou que a maioria das mulheres realizou o exame nos últimos três anos (86,1%), sendo que 46,3% relataram ter realizado o Papanicolaou há menos de um ano e 40,6% entre um a três anos. Nascimento, Eluf-Neto e Rego (1996) pesquisaram, no município de São Paulo, a cobertura do Papanicolaou e as características das mulheres que realizam o exame, e observaram que 68,9% das mulheres relataram ter realizado pelo menos um teste durante a vida; 60,8% nos três anos anteriores a pesquisa e 41,3% há menos de um ano. Pinho (2002) encontrou uma proporção de 77,3% de mulheres que realizaram o Papanicolaou nos últimos três anos, sendo que 65,5% das mulheres realizaram o teste há menos de um ano e 24,2% entre um a três anos. Silva et al. (2006), pesquisando a cobertura e fatores associados com a realização do Papanicolaou em município do Sul do Brasil, observaram que 53,8%



das mulheres realizaram o exame há menos de um ano e 26,9% relataram ter realizado o teste entre um a três anos. Cabe ressaltar que a comparação entre os percentuais observados nesta pesquisa e os dos estudos acima mencionados deve ser realizada com cuidado, uma vez que estes trabalhos realizaram pesquisa com base populacional, incluindo mulheres que realizam ou nunca realizaram o exame.

No presente estudo a maioria das mulheres (86,9%) realizou o exame Papanicolaou nos últimos três anos, período sugerido pelo Ministério da Saúde, que recomenda a realização do exame a cada três anos após a obtenção de dois resultados negativos com intervalo de um ano (BRASIL, 2002c). É importante ressaltar que 27,7% das mulheres realizaram dois exames em um ano, intervalo curto, inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde. Este dado aponta a possibilidade de que as mulheres estejam adotando uma periodicidade anual na realização do exame Papanicolaou, como observado em estudos nos quais se constatou que a maioria das mulheres pesquisadas realizava o exame anualmente (OLIVEIRA, 2003; PINHO, 2005; FERREIRA; OLIVEIRA, 2006). A realização anual do exame é desnecessária, uma vez que o tempo de evolução das lesões é lento, e os recursos poderiam ser destinados para se obter uma alta cobertura com repetição menos freqüente dos exames, bem como a busca das mulheres que nunca realizaram (MILLER, 1993).

A periodicidade inadequada do Papanicolaou pode ser reflexo da informação dada pelo profissional de saúde, má qualidade das lâminas, falta de informação das pacientes e desorganização dos serviços de saúde. Oliveira (2003), por exemplo, ao estudar a prevenção do CCU em Ribeirão Preto, observou que as mulheres haviam recebido orientação de profissionais de saúde sobre a importância da realização do exame no máximo de ano em ano. Pinho (2005), em estudo realizado em Londrina, constatou que, embora o profissional da Unidade conheça a periodicidade preconizada pelo Ministério da Saúde, a coleta é orientada para ser realizada anualmente. A orientação para realização anual do exame pode ser fonte da falta do conhecimento sobre a prevenção do câncer ou em decorrência do entusiasmo dos profissionais das UBS em obter maior cobertura. Tavares (2006), estudando a atuação da enfermeira na prevenção do câncer cérvico-uterino nas Unidades Básicas de Saúde em Santa Catarina, observou que a baixa qualificação da assistência preventiva está intimamente relacionada com a maneira como o

trabalho dos profissionais está estruturado nas UBS, e percebeu a necessidade de ser direcionada a forma como as enfermeiras deveriam atender às mulheres nos serviços de prevenção do câncer cervical. As participantes do estudo de Tavares (2006) apontaram algumas lacunas existentes como a carência de capacitação técnica sobre o preventivo, a necessidade de normatização do procedimento para todas as Unidades Básicas e a falta da ligação entre a teoria e a prática, entre a necessidade de assistência e a forma como ela estava sendo desenvolvida. Para Starfield (2002), a assistência mais adequada para a saúde da mulher deveria ser realizada por uma equipe multidisciplinar, porém, a autora considera que um trabalho de equipe não é fácil de concretizar, sendo o problema de maior evidência o desafio da comunicação e da transparência das informações que são necessárias para a integralidade da atenção. No presente estudo observou-se que nas UBS estudadas não há uma normatização quanto às estratégias de prevenção do câncer cérvico-uterino. Algumas participantes mencionaram palestra educativa sobre a neoplasia e suas medidas de prevenção, realizada na própria UBS e desempenhada por enfermeiros ou assistentes sociais; outras mulheres referiram que, no dia da realização do exame, o profissional que preenchia o prontuário prestava informações sobre a importância da realização do Papanicolaou; e ainda houve mulheres que mencionaram desconhecimento de atividades educativas/informativas da UBS que frequentavam com relação ao câncer cérvico-uterino.

Quanto aos motivos que levaram as participantes a realizar o Papanicolaou, encontrou-se, neste estudo, uma proporção relativamente alta de mulheres que relataram a procura espontânea pelo exame (66,2%), mencionada muitas vezes como um procedimento de rotina. Este dado é corroborado por Pinho (2002), que observou como principal motivo da realização do exame a procura espontânea, ocorrendo em 55,5% das participantes. Outros autores também encontraram um grande número de mulheres que realizaram o exame por demanda espontânea, realizando-o para prevenção do câncer (MERIGHI; HAMANO; CAVALCANTE, 2002; GUARISI et al., 2004; PINHO, 2005; TELLES et al., 2008).

Outra razão que levou as participantes deste estudo a submeterem-se ao Papanicolaou foi a recomendação médica, que ocorreu em 23,5% das mulheres. Destas mulheres, 66,7% (36 participantes) tinham até 34 anos e 34% realizaram dois exames em um ano. Gamarra, Paz e Griep (2005), pesquisando o

conhecimento, atitudes e práticas em relação ao exame entre mulheres argentinas, observaram que uma das principais barreiras para a realização do Papanicolaou foi o fato de o médico ou outro profissional de saúde não ter solicitado o exame, o que indica que muitas mulheres não se sentem com direito ou conhecimento suficiente para solicitá-lo. Chubaci e Merighi (2005) também notaram que as mulheres brasileiras atribuem a recomendação médica como uma das razões para realização do exame, ao passo que as japonesas citam como principais razões a campanha de prevenção e o *check-up*. A recomendação por um profissional de saúde desempenha um importante papel na tomada de decisão quanto à realização do exame, devendo o profissional aproveitar todas as oportunidades de contato com as mulheres para oferecer informações que reforcem a importância de comportamentos preventivos (GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005; GONÇALES, 2007).

A busca pelo Papanicolaou em razão da presença de queixas ginecológicas, também foi mencionada por 10,3% das mulheres entrevistadas, à semelhança de outros estudos (MAXWELL et al., 2001; PINHO, 2005; RANCHO; VARGAS, 2007). Tal fato leva a consideração de dois pontos. O primeiro refere-se à premissa de que o Papanicolaou seja realizado periodicamente em mulheres sem sintomas (OPAS, 1989), uma vez que estes podem significar infecção genital, a qual diminui a qualidade da coleta do material (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006). Em países em desenvolvimento, a presença de sintomas ginecológicos é um dos principais fatores para a realização do exame, ao passo que nos países desenvolvidos esta relação representa menos de 10% (STRATON et al., 1993; LACZANO-PONCE et al., 1999). O segundo ponto diz respeito à barreira para realização do Papanicolaou em razão da ausência de sinais e sintomas, ou seja, a mulher assintomática não busca o serviço de saúde para realizar o exame (LACZANO-PONCE et al., 1999; PINHO, 2002; GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005). Tal atitude pode indicar a falta de conhecimento por parte das mulheres sobre as ações preventivas, já que elas associam a realização do exame com estado de doença, entendido por sintomas uro-ginecológicos. Neste sentido, é muito importante que os profissionais de saúde informem as mulheres sobre as lesões precursoras do câncer cérvico-uterino, as quais podem não apresentar sintomas, orientando-as para que realizem o exame mesmo na ausência de sintomatologia.

Cabe salientar, no presente estudo, que houve uma tendência das mulheres mais novas, abaixo de 34 anos, realizarem o exame por recomendação médica, enquanto que o grupo etário de maior idade tendeu a realizar o exame por demanda espontânea ou queixas ginecológicas. Tal achado pode sugerir que a realização do Papanicolaou está ocorrendo de forma oportunística, ou seja, como parte de outro procedimento assistencial, muitas vezes associado ao ciclo gravídico-puerperal e não propriamente a adoção de medidas preventivas. A realização do Papanicolaou de forma oportunística acaba ocorrendo nas mulheres de menor risco para o CCU, uma vez que são mulheres mais jovens, entre 25 a 34 anos, e por estarem em fase reprodutiva buscam os serviços de saúde para o pré-natal ou planejamento familiar, levando a distribuição irregular na cobertura do exame (PINHO, 2002). A associação entre o exame e o parto também é evidenciada por Chubaci e Merighi (2005) ao estudarem a vivência de mulheres japonesas e brasileiras descendentes de japonesas quanto ao exame precoce de câncer uterino.

Independente do motivo que levou a mulher a realizar o Papanicolaou, o serviço de saúde deve questionar se o caminho utilizado para prevenir o CCU está sendo capaz de reduzir suas taxas de incidência e mortalidade. Como vimos, nas Unidades de Saúde pesquisadas, a captação das mulheres para realização do exame preventivo ocorre prioritariamente através da demanda espontânea, o que tem como consequência, segundo Guarisi et al. (2004), uma cobertura populacional baixa, fato este observado no Estado do Amazonas (CORRÊA; VILLELA, 2008). Tavares (2006) ainda complementa que a captação das mulheres através de demanda espontânea, leva o profissional a vivenciar o atendimento da mulher que chega à unidade, ficando sempre com uma visão parcial da demanda e das necessidades de assistência da população em relação à prevenção do câncer cervical.

Observou-se, no presente estudo, que não há uma estratégia sistematizada e contínua para mobilização das mulheres na comunidade, uma vez que a maioria das participantes realizou o exame espontaneamente, não sendo referida a atuação dos profissionais das Unidades fora do serviço de saúde, ou seja, a abordagem estava limitada a UBS, através de palestras educativas. Considerando-se a variedade de profissionais na Unidade de Saúde e sua possibilidade de atuação, esta abordagem é muito restrita, devendo haver, por parte da equipe da

UBS, maior organização e efetividade das estratégias de captação das mulheres, envolvendo a família e a comunidade. Nesse sentido, Ramos et al. (2006) sugerem que o serviço de saúde realize a busca ativa por mulheres para realização do exame preventivo através de campanhas, palestras e grupos de discussão. O autor ainda ressalta o papel expressivo do agente comunitário por meio da realização de visita domiciliar. Assim, deve-se considerar que a sensibilização e a captação das mulheres serão mais abrangentes e efetivas se houver o envolvimento de todos os profissionais das Unidades de Saúde de forma estruturada.

A maioria das mulheres entrevistadas (96,8%) relatou ter recebido informação sobre o exame, sendo que 91,5%, do total da amostra referiram que o Papanicolaou é um exame para diagnosticar o CCU. Observou-se associação estatisticamente significativa entre o conhecimento da finalidade do exame e a procura espontânea ao mesmo, sugerindo que a informação aumenta a busca pela prevenção. Tal achado reafirma, como mencionado na Declaração de Jacarta, que o acesso à instrução e a informação é essencial para que o indivíduo alcance participação eficaz no controle sobre sua saúde.

A atividade educativa é uma importante ferramenta para Promoção da Saúde, devendo o profissional de saúde orientar a mulher sobre as medidas de prevenção e esclarecer quanto aos fatores de risco relacionados ao desenvolvimento do CCU e a importância da realização do exame Papanicolaou, ressaltando-se, no entanto, que essa atividade deve ter caráter multidisciplinar e envolver os diversos setores da vida da mulher. Eduardo (2007), por exemplo, ao estudar as atividades de promoção da saúde voltadas ao câncer cérvico-uterino, constatou que a educação em saúde relacionada ao câncer de colo uterino capacitou as mulheres quanto aos fatores protetores e de risco, bem como os meios para prevenir esta neoplasia.

Chubaci e Merighi (2005) confirmam as afirmações acima e mostram em seu estudo que o conhecimento da finalidade do Papanicolaou influencia as mulheres a se submeterem ao mesmo, resultando em uma maior procura, enquanto que a desinformação sobre a doença e o exame prejudica a busca pela prevenção. Em consonância com este argumento, alguns estudos têm observado que a realização do exame deriva do conhecimento do que é e para que serve o mesmo,

pois para se adotar uma prática adequada pressupõe-se um conhecimento prévio (BRENNAN et al., 2001; GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005).

A investigação a respeito da fonte de informação sobre o exame mostrou que 45,6% das mulheres receberam informação na Unidade Básica de Saúde e 29,6% das participantes foram informadas através de outros meios como rádio/televisão, revista/jornal, amigos/familiares, igreja e instituição de ensino. Os resultados obtidos seguem a tendência observada por Ferreira e Oliveira (2006) que, ao estudar o conhecimento das funcionárias das indústrias têxteis sobre o Papanicolaou, encontrou como principal fonte de informação a Unidade Básica de Saúde, vindo a seguir o ginecologista, o local de trabalho e os amigos. Em contrapartida, Gamarra (2004) constatou em inquérito domiciliar que as principais fontes de informação mencionadas foram rádio/televisão, seguida de amigas/familiares e, então, as instituições de saúde.

No presente estudo a fonte de informação sobre o Papanicolaou esteve associada de modo estatisticamente significativa ao tempo de realização do último exame, ou seja, as mulheres que receberam informação na Unidade Básica de Saúde tiveram maior proporção de realização do exame nos últimos três anos, quando comparadas àquelas que foram informadas através de outras fontes. A partir disto, pode-se inferir que a procedência da informação sobre o exame é um forte indicador do conhecimento e conseqüentemente da necessidade da realização do mesmo. Gamarra (2004) aponta que a origem do conhecimento do Papanicolaou representa um critério a considerar na avaliação do conhecimento, e sugere que os serviços de saúde ampliem a informação para a população sobre o exame e outros aspectos de promoção e prevenção.

Sob tal perspectiva considera-se que a fonte de informação sobre o exame é um fator que pode contribuir para o sucesso de um programa de rastreamento, principalmente na relação do profissional de saúde com o paciente. Tavares (2006) ressalta que é necessário o profissional de saúde estabelecer vínculo com a comunidade, através do diálogo e do compartilhamento de interesses coletivos, para assim alcançar a melhoria das condições de saúde da população. Austoker (1994) coloca, ainda, que os profissionais de saúde, especialmente os da atenção primária, estão em uma posição única para convidar as mulheres a realizar o Papanicolaou, assegurar o seguimento de mulheres com resultados suspeitos e

investigar as razões de não realização do exame. Wellensiek et al. (2002) referem que a melhoria das condições sócio-econômicas e educacionais pode contribuir para o êxito do programa de rastreamento do câncer cérvico-uterino, mas somente se o profissional de saúde fornecer informação adequada às pacientes e estas tomarem a iniciativa de realizar o exame. Pinho e França Junior (2003) ressaltam a importância do compartilhamento das fontes de informação entre as usuárias e os profissionais de saúde, para que as mulheres tenham uma participação ativa no processo decisório em relação à realização do Papanicolaou.

Acredita-se que em qualquer das fontes de informações sobre o exame o eixo norteador deva ser a produção e difusão de conhecimento, sensibilizando as mulheres a respeito da importância da realização do Papanicolaou contribuindo, assim, para a mudança no cenário do CCU.

Em relação ao recebimento de informação sobre o procedimento do exame no momento da realização do mesmo, constatou-se que 50,9% das mulheres não receberam explicação técnica sobre o exame. O exame Papanicolaou, segundo alguns autores, aflora nas mulheres diferentes sentimentos como vergonha, ansiedade e medo, o que gera resistência ao exame (TAVARES, 2006; EDUARDO et al., 2007; JORGE et al., 2008; TELLES et al., 2008). O profissional de saúde, ao realizar o exame sem fornecer a explicação do procedimento e seu sentido, e ainda atender a usuária de forma fria e descuidada, pode potencializar o sentimento de medo em submeter-se ao exame preventivo (PINHO; FRANÇA JUNIOR, 2003).

Eduardo et al. (2007), ao estudarem a preparação da mulher para a realização do Papanicolaou, observaram que a explicação do exame para a paciente foi realizada em apenas 38,2% dos atendimentos. Telles et al. (2008), em pesquisa realizada em Recife, perceberam um déficit de informação acerca da realização do Papanicolaou, considerando-se necessário o repasse de informações mais objetivas no momento da realização do mesmo. Merighi, Hamano e Cavalcante (2002) comentam a importância do esclarecimento sobre o exame, devendo o profissional de saúde mostrar os materiais utilizados para a realização do mesmo, além de interagir com a paciente, evitando termos técnicos de maneira que a mulher compreenda e se sinta compreendida. Os autores ainda referem que uma prática humanizada, com interação entre o profissional e a paciente, certamente contribuiria para a qualidade da assistência prestada à mulher.

Dessa forma, sendo o Papanicolaou um exame cercado por questões que interferem negativamente na sua busca, é essencial que o profissional forneça a devida explicação do procedimento e sua necessidade, desconstruindo os sentimentos negativos que estão relacionados ao exame. Neste contexto, ressalta-se a relevância de treinamento e capacitação dos profissionais de saúde a fim de melhorar o atendimento à mulher e aumentar a efetividade do programa de rastreamento.

Por último, o presente estudo investigou se as mulheres retornaram ao serviço de saúde para receber o resultado do exame, constando-se que 8,1% das participantes não buscaram o resultado do último Papanicolaou realizado. Freitas, Arantes e Barros (1998), ao estudarem a atuação da enfermeira na prevenção do CCU em Campo Grande, constataram que 30,77% das mulheres não haviam retornado ao serviço de saúde para receber o resultado do Papanicolaou, o que acaba invalidando o exame. Pinho (2002), em inquérito domiciliar realizado no município de São Paulo, observou que 13% das mulheres não haviam recebido o resultado do último exame, sendo que a maioria pertencia a um baixo nível sócio-econômico. Greenwood, Machado e Sampaio (2006), ao estudarem, no município de Fortaleza, os motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado do Papanicolaou, observaram que dentre as 969 mulheres que colheram o exame no mês de março de 2004, 8,97% não retornaram ao serviço de saúde para buscar o resultado do exame.

Assim como é importante a realização do exame Papanicolaou, é indispensável o retorno ao serviço de saúde para receber e conhecer o resultado, representando também uma oportunidade educativa, e caso ocorra a detecção do câncer de colo uterino, seja realizado o tratamento adequado. Quando a mulher não retorna ao serviço para receber o resultado do Papanicolaou, há um desperdício de tempo e recursos, por parte do serviço e da mulher, e o objetivo do exame, ou seja, a prevenção do câncer do colo uterino, não é alcançado (GREENWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006).

Em Manaus, a coordenação do Programa Viva Mulher, no período da campanha em 2000, utilizou-se de correspondências, comunicação em domicílio pelos agentes de saúde e comunicado na mídia com a finalidade de atrair a mulher para receber o resultado do Papanicolaou. Para Pinotti e Zeferino (1987) o



seguimento dos casos detectados, em termos de controle, é tanto ou mais importante que a própria detecção. Greenwood, Machado e Sampaio (2006) evidenciaram que os motivos que interferem na busca do resultado do Papanicolaou estão relacionados à mulher, ao profissional e ao serviço de saúde. Quanto à mulher, as autoras destacaram a situação de trabalho, a falta de transporte, viagens e o esquecimento. Quanto ao profissional, o principal motivo foi à falta da interação profissional-paciente, e em relação ao serviço de saúde, emergiram como empecilhos as greves, atraso na liberação do resultado do exame, falha de comunicação entre a clientela e o serviço e dificuldade para conseguir um novo atendimento quando a mulher não compareceu na data agendada.

Desta forma, deve-se atuar sensibilizando a mulher a respeito da importância do retorno ao serviço de saúde para buscar o resultado do Papanicolaou, transformando-a em um agente multiplicador em sua comunidade. Nesse processo, é fundamental que o sistema de saúde crie condições de seguimento dos casos, podendo convocar as mulheres, através de visita domiciliar ou outra forma de comunicação, pois para haver a diminuição da morbi-mortalidade por CCU, é necessário detectar, diagnosticar, tratar e seguir.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O levantamento do perfil das mulheres que realizaram o exame Papanicolaou nas Unidades de Saúde estudadas, no município de Manaus, permitiu evidenciar que o rastreamento está ocorrendo em proporção maior nas mulheres jovens o que possivelmente não implicará em mudança no quadro de morbimortalidade por câncer cervical em Manaus, tendo em vista que a faixa etária considerada de risco para a doença é de 35 a 49 anos.

Foi possível verificar que a procura espontânea pelo Papanicolaou esteve associada ao conhecimento da finalidade do mesmo, ressaltando, com isso, a importância do desenvolvimento de ações para sensibilizar as mulheres com relação aos aspectos da sua saúde.

A informação sobre o Papanicolaou prestada por profissionais das UBS mostrou-se ser um fator positivo para realização do exame dentro do período adequado de três anos. Este fato mostra a importância da equipe da UBS para o desenvolvimento de estratégias eficazes para o controle do câncer do colo uterino no município, embora se tenha verificado que as ações da UBS se restringiram aos limites físicos da Unidade, não sendo lançadas estratégias que alcançassem a comunidade.

O fato de algumas mulheres não terem retornado ao serviço de saúde para buscar o resultado do último exame Papanicolaou é uma condição que necessita ser mudada. Este dado chama atenção, pois reflete a falta de continuidade das ações preventivas e mostra a necessidade do desenvolvimento de estratégias para seguimento dos casos.

Os dados deste estudo sugerem que o Sistema de Saúde do município de Manaus vem prestando um cuidado fragmentado com relação ao CCU, pautado em uma demanda oportunística e voltado à população de menor risco para o câncer do colo uterino, indo contra o princípio da integralidade proposto pelo SUS.

Pensando na adequação de estratégias para o controle do CCU, sugere-se o desenvolvimento de ações que facilitem o acesso e sensibilizem as mulheres que não realizaram o exame. Nesta perspectiva, é importante que o Sistema de Saúde do município promova ações educativas contínuas sensibilizando a população quanto à importância da realização do Papanicolaou e a periodicidade adequada do exame. Além disso, sugere-se que as ações para o controle do câncer de colo uterino, como palestras educativas, devam ser estendidas aos centros comunitários e escolas, utilizando uma abordagem participativa, de modo a favorecer a informação e o esclarecimento de dúvidas sobre o exame Papanicolaou, capacitando a comunidade a atuar de maneira ativa no controle dos fatores relacionados a sua condição de saúde. Sugere-se ainda que os profissionais de saúde sejam continuamente treinados e estimulados, a fim de desenvolver uma boa interação com a clientela para que possam atuar como agente transformador, identificando aspirações e sensibilizando a comunidade para as questões de sua saúde.

As ações em torno do CCU não se devem restringir somente ao diagnóstico precoce com centralização das ações nas Unidades Básicas de Saúde, mas devem também levar em consideração o início da vida sexual da mulher, quando pode ocorrer o contato com o HPV, o seguimento e tratamento das mulheres com lesões pré-cancerígenas e invasivas e a reabilitação dos casos tratados. A fim de modificar os fatores de risco associados ao desenvolvimento do câncer do colo uterino, as ações em saúde devem ser estendidas além das Unidades de Saúde, envolvendo a comunidade no seu ambiente de convívio e tendo em vista suas particularidades e aspectos sócio-econômicos e culturais. Sem o adequado conhecimento da população que se pretende atingir com as ações preventivas, acaba por se estabelecer um programa centralizado e vertical, nos quais as atividades são planejadas e executadas a despeito das necessidades reais de cada comunidade.

## REFERÊNCIAS

AGUILAR, P.N.; LAZCANO-PONCE, E.C.; RUIZ P.A.; SÁNCHEZ, T.R.; URIZA, L.C.; AVILA, M.H. Factores asociados con la familiaridad de mujeres mexicanas con la función del Papanicolaou. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, v. 121, n. 6, p. 536-541, 1996.

AMB/CFM – Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. **Projeto Diretrizes**. São Paulo: Manole, 2008.

AMORIM, V.M.S. L. **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**. 2005. 87f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas.

AMORIM, V.M.S.L.; BARROS, M.B.A.; CÉRSARLL, C.L.G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n.11, p. 2329-2338, 2006.

AUSTOKER J. Cancer prevention in primary care: Screening for cervical cancer. **British Medical Journal**, v.309, n. 6949, p. 241-248, 1994.

AYRE, J. E. Cervical cytology in diagnosis of early cancer. **J Am Med Assoc.**, v. 136, n. 8, p. 513-517, 1948.

BARBOSA, M. A. **Desigualdades Regionais e Sistema de Saúde no Amazonas: O Caso de Manaus** 2004, 112f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

BERTELSEN, B. I. **Uterine cervical neoplasia Aspects of biology and pathology**. 2006. 80f. Thesis – The University of Bergen.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Controle do câncer do colo do útero**. Brasília; 2001.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Prevenção e Controle de Câncer, **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 3, p. 317-332, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Viva Mulher - Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas**. Rio de Janeiro: 2002b.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre o câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002c.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Prevenção do câncer do colo do útero: normas e recomendações do INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 49, n. 4, p.205, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: 2004a.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes Nacionais para Controle dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama no Brasil**. Rio de Janeiro, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ação Para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama 2005 – 2007: Diretrizes Estratégicas**. Brasília: 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM Nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p. 80-19, dez. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres de colo do útero e da mama**. Brasília, 2006.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2008**: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Departamento de Informação e Informática. Sistema de Informação sobre Mortalidade. **Indicadores e dados básicos**, Brasil: 2007b. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2003/c10.def>> Acesso em: 17 fev. 2008.

BOSCH, F.X.; LORINCZ, A.; MUÑOZ, N.; MEIJER, C.J.L.M.; SHAH, K.V. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. **Journal of Clinical Pathology**, v.55, n. 4, p. 244–265, 2002.

BRENNNA, S.M.F. **Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com neoplasia cervical**. 1996, 94f. Dissertação (Mestrado em Medicina na área de Tocoginecologia) – Universidade Estadual de Campinas.

BRENNNA, S.M.F.; HARDY, E.; ZEFERINO, L.C.; NAMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Caderno de Saúde Pública**, v.17, n. 4, p. 909-914, 2001.

BURK, R.D.; KELLY, P.; FELDMAN, J.; BROMBERG, J.; VERMUND, S.H.; HOVITZ, J.A.; LANDESMAN, S.H. Declining prevalence of cervicovaginal human papillomavirus infection with age is independent of other risk factors. **Sex Transm Dis**, v. 23, n. 4, p. 333-341, 1996.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAETANO, R.; VIANNA, C.M.M.; THULER, L.C.S.; GIRIANELLI, V.R. Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 99-118, 2006.

CAMPOS, Z.M. **Mortalidade por Neoplasias do Trato Genital Inferior em Manaus: Estudo de Correlação**. 2004, 86f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

CAMPOS, A.S.; SANTOS, C.C.; BENSI, C.G.; HATAKEYAMA, T.T.; PERESTRELO, V.B.; AFIOUNI, V.; AKERMAN, M. **Temas Interdisciplinares: Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças**. São Paulo: CESCO, 2005.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, novembro, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArg/Ottawa.pdf>> Acesso em: 17 set. 2008.

CARTA DE BANGKOK. **Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado**. Bangkok, Tailândia, Agosto, 2005. Disponível em: <<http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>> Acesso em: 17 set. 2008.

CASTELLSAGUÉ, X.; BOSCH, F.X.; MUÑOZ, N. The male role in cervical cancer. **Salud Pública de México**, v. 45, p. 345-353, 2003. Suplemento 3.

CESAR, J.A.; HORTA, B.L.; GOMES, G., HOULTHAUSEN, R.S.; WILLRICH, R.M.; KAERCHER, A.; IASTRENSKI, F.M. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n. 5, p. 1365-1372, 2003.

CHUBACI, R.Y.S.; MERIGHI, M.A.B. Exame para detecção precoce do câncer cérvico-uterino: vivência de mulheres das cidades de Kobe e Kawasaki, Japão e São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 4, p. 471-481, 2005.

COELHO, F.R.G. A prevenção do câncer. **Acta Oncológica Brasileira**, v. 149, n. 3, p. 105-118, 1994.

COOPER, D.; HOFFMAN, M.; CARRARA, H.; ROSENBERG, L.; KELLY, J.; STANDER, I.; DENNY, L.; WILLIAMSON, A.L.; SHAPIRO, S. Determinants of sexual activity and its relation to cervical cancer risk among South African Women. **BMC Public Health**, v.27, n. 7, p.341, 2007.

COPPELL, K.; PAUL, C.; COX, B. An evaluation of the National Cervical Screening Programme Otago site. **New Zealand medical journal**, v. 113, n. 1104, p. 48-51, 2000.

CORRAL, F.; CUEVA, P.; YÉPEZ, J.; MONTES, E. La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer de cuello de útero. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 121, n. 6, p. 511-517, 1996.

CORRÊA, D.A.D.; VILLELA, W.V. O controle do câncer do colo do útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 4, p. 491-497, 2008.

DANAIEI, G.; HOORN, S.V.H.; LOPEZ, A.D.; MURRAY, C.F.L.; EZZATI, M. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. **Lancet**, v.366, n. 9499, p. 1784-1793, 2005.

DATASUS. Departamento de Informação e Informática do SUS. Informação de Saúde – População Residente – Brasil. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popbr.def>>. Acesso em 21 abril 2008.

DAY, N.E. Screening for cancer of the cervix. **J. Epidemiol Community Health**, v.43, n.2, p. 103-106, 1989.

DE SANJOSÉ, S; BOSCH, F.X; MUÑOZ, N.; TAFUR, L; GILI, M. Izaeazugaza I et al. Socioeconomic differences in cervical câncer: Two case-control studeis in Colombia and Spain. **Am J Public Health**, v. 86, n.11, p.1532-38, 1996.

DECLARAÇÃO DE ADELAIDE. **Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Adelaide, Austrália, 5-9 de abril, 1988. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>> Acesso em: 17 set. 2008.

DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL. **Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde**. Sundsvall, Suécia, 9-15 de junho, 1991. Disponível em:<<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Sundsvall.pdf>> Acesso em: 17 set. 2008.

DECLARAÇÃO DE BOGOTÁ. **Conferência Internacional de Promoção da Saúde Santafé de Bogotá**. Colômbia, 9-12 de novembro, 1992. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Santafe.pdf>> Acesso em: 17 set. 2008.

DECLARAÇÃO DE JACARTA. **A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI**. Jacarta, República de Indonésia, 21-25 de Julho, 1997. Disponível em: <[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf)>. Acesso em: 17 set. 2008.

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



DUERR, A.; KIEKE, B.; WARREN, D.; SHAH, K.; BURK, R.; PEIPERT, J.F.; SCHUMAN, P.; KLEIN, R.S. Human papillomavirus-associated cervical cytologic abnormalities among women with or at risk of infection with human immunodeficiency vírus. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 184, n. 4, p.584-590, 2001.

EARDLEY, A.; ELKIND, A.K; SPENCER, B.; HOBBS, P.; PENDLETON, L.L.; HARAN, D. Attendance for cervical screening--whose problem? **Soc Sci Med**, v.20, n. 9, p. 955-962, 1985.

EDUARDO, K.G.T. **Avaliação das ações de promoção da saúde no controle do câncer de colo uterino**. 2007, 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará.

EDUARDO, K.G.T.; AMÉRICO C.F.; FERREIRA, E.R.M., PINHEIRO, A.K.B.; XIMENES, L.B. Preparação da mulher para a realização do exame de Papanicolaou na perspectiva da qualidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n.1, p. 44-48. 2007.

ELUF-NETO, J.; BOOTH, M.; BOSCH, F.X.; MEIJER C.J.L.M.; WALBOOMERS, J.M.M. Human Papillomavirus and invasive cervical cancer in Brazil. **Br j Cancer**, v. 69, n. 1, p 114-119, 1994.

ELUF-NETO, J.; NASCIMENTO, C.M.R. Cervical Cancer in Latin America. **Seminars in Oncology**, v. 28, n 2, p. 188-197, 2001.

FEITOSA, T.M.P.; ALMEIDA, R.T. Perfil de produção do exame citopatológico para controle do câncer do colo do útero em Minas Gerais, Brasil, em 2002. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 907-917, 2007.

FERREIRA, M.L.M.; OLIVEIRA, C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n.1, p. 5-15, 2006.

FCECON. Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas. **Relatório das Atividades de 2001 - Gerência dos Programas de Prevenção e Controle do Câncer**. Manaus, 2001.

FCECON. Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas. **Relatório das Atividades de 2002 - Gerência dos Programas de Prevenção e Controle do Câncer**. Manaus, 2002.

FRANCO, E.L.; DUARTE-FRANCO, E.; FERENCZY, A. Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. **Canadian Medical Association**, v. 164, n. 7, p. 1017- 1025, 2001.

FRANCO, E.L, SCHLECHT, N.F.; SASLOW, D. The epidemiology of cervical cancer. **Cancer J.**, v. 9, n. 5, p. 348-359, 2003.

FREITAS, S.L.F.; ARANTES, S.L.; BARROS, S.M.O. Atuação da enfermeira obstetra na comunidade ananguera, Campo Grande (MS), na prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista Latino-America de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 57-64, 1998.

GAKIDOU, E.; NORDHAGEN, S.; OBERMEYER, Z. Coverage of Cervical Cancer Screening in 57 Countries: Low Average Levels and Large Inequalities. **Plos Medicine**, v.5, n. 6, p.863-868, 2008.

GAMARRA, C.J. **Conhecimentos, atitudes e práticas do exame Papanicolaou em mulheres de Puerto Leoni, Argentina: Uma contribuição à enfermagem de saúde pública**. 2004, 119f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

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

GONÇALES, M.B. **Teste de Papanicolaou: construção e validação de material educativo para usuárias de serviços de saúde**. 2007, 88f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina.

GOODMAN, A. Role of routine human papillomavirus subtyping in cervical screening. **Current Opinion in Obstetrics and Gynecology**, v. 12, n. 1, p. 11-14, 2000.

GREENWOOD, S.A.; MACHADO, M.F.A.S.; SAMPAIO, N.M.V. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolaou. **Revista Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 503-509, 2006.

GUARISI, R.; HARDY, E.; DERCHAIN, S.F.M.; FONSECHI-CARVASAN, G.A.; BORGES, J.B.R. Rastreamento, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras e do câncer invasor de colo uterino no município de Franco da Rocha, SP. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n.1, p.7-15, 2004.

GUSTAFSSON, L.; PONTÉN, J.; ZACK, M.; ADAMI, H.O. International incidence rates of invasive cervical cancer after introduction of cytological screening. **Cancer Causes and Control**, v. 8, n. 5, p. 755-763, 1997.

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

HAKAMA, M.; COLEMAN, M.P.; ALEXE, D.M.; AUVINEN, A. Cancer screening: evidence and practice in Europe 2008. **European Journal of Cancer**, v. 44, n. 10, p. 1404-1413, 2008.

HANKINS, C.; COUPLÉE, F.; LAPOINTE, N.; SIMARD, P.; TRAN, T.; SAMSON, J.; HUM, L. Prevalence of risk factors associated with human papillomavirus infection in women living with HIV. **Canadian Medical Association Journal**, v.160, n.2, p. 185-191, 1999.

HEGARTY, V.; BURCHETT, B.M.; GOLD, D.T.; COHEN, H.J. Racial differences in use of cancer prevention services among older Americans. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 48, n. 7, p. 735-740, 2000.

HERRERO, R.; BRINTON, L.A.; REEVES, W.C.; BRENES, M.M.; de BRITTON, R.C.; GAITAN, E. Screening for Cervical Cancer in Latin America: A Case-Control Study. **International Journal of Epidemiology**, v. 21, n. 6, p. 1050-1056, 1992.

HERNANDEZ, B.Y.; WILKENS, L.R.; ZHU, X.; THOMPSON, P.; MCDUFFIE, K.; SHVETSOV, Y.B.; KAMEMOTO, L.E; KILLEEN, J.; NING, L.; GOODMAN, M.T. Transmission of human papillomavirus in heterosexual couples. **Emerg Infect Dis.**, v. 14, n. 6, p. 888-894, 2008.

HEWITT, M.; DEVESA, S.S.; BREEN, N. Cervical cancer screening among U.S. women: analyses of the 2000 National Health Interview Survey. **Preventive Medicine**, v.39, n. 2, p. 270-278, 2004.

HOLOWATY, P.; MILLER, A.B.; ROHAN, T.; TO, T. Natural history of Dysplasia of the uterine cervix. **J. Natl. Cancer Inst.**, v. 91, n. 3, p. 252-258, 1999.

IARC. Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: Human Papillomaviruses. **IARC Scientific Publication**; v.64, 1995.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde**, 2003. Disponível em:

<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude\\_2003.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude_2003.pdf)> Acesso em: 12 jan. 2009.

INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER. Carcinoma of the cervix and tobacco smoking: collaborative reanalysis of individual data on 13,541 women with carcinoma of the cervix and 23,017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies. **International Journal of Cancer**, v. 118, n. 6, p. 1481-1495, 2006.

INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies, **Lancet**, v. 370, n. 9599, p. 1609-1621, 2007.

JORGE, R.J.B.; DIÓGENES, M.A.R.; MENDONÇA, F.A.C.; SAMPAIO, L.R.L.; JORGE JUNIOR, R. Exame Papanicolaou: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, p. 1-7, 2008. Disponível em:

<<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva>> Acesso em: 21 jan. 2009.

KAHN, J.A.; ROSENTHAL, S.L.; SUCCOP, P.A; HO, G.Y.; BURK, R.D. The interval between menarche and age of first sexual intercourse as a risk factor for subsequent HPV infection in adolescent and young adult women. **J Pediatr.**, v. 141, n.5, p. 718-723, 2002.

LACEY, J.Y.; BRINTON, L.A.; BARNES, W.A; GRAVITT, P.E.; GREENBERG, M.D.; HADJIMICHAEL, O.C.; MCGOWAN, L.; MORTEL, R.; SCHWARTZ, P.E.; KURMAN, R.J.; HILDESHEIM, A. Use of Hormone Replacement Therapy and Adenocarcinomas and Squamous Cell Carcinomas of the Uterine Cervix. **Gynecologic Oncology**, v. 77, n. 1, p. 149-154, 2000.

LACZANO-PONCE, E.C.; CASTRO, R.; ALLEN, B.; NÁJERA, P.; ALONSO-DE-RUIZ, P.; HÉRNANDEZ-AVILA, M. Barriers to early detection of cervical-uterine cancer in Mexico. **J Womens Health**, v. 8, n.3, p. 399-408, 1999.

LAGO, T.D.G. **Políticas nacionais de rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil Análise do Período 1998 a 2002**. 2004. 141f. Tese (Doutorado em Demografia) – Universidade Estadual de Campinas.

LIU, S.; SENENUW, R.; PROBERT, A.; MAO, Y. Cervical câncer in Canadá: Changing patterns in incidence and mortality. **Inter J Gynecol Cancer**, v. 11, n. 1, p. 24-31, 2001.

LOPES, E.R.; REBELO, M.S.; ABREU, E.; SILVA, V.L.C.; EISENBERG, A.L.A.; LAVOR, M.F. Comportamento da população brasileira feminina em relação ao câncer cérvico-uterino. **J. Bras. Ginecol.**, v. 105, n. 11, p. 505-515, 1995.

MAGALHAES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M.C.M. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1415-1421, 2007.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Manaus, 2006.

MAXWELL, C.J.; BANCEJ, C.M.; SNIDER, J.; VIK, A.S. Factors important in promoting cervical cancer screening among Canadian women: findings from the 1996-97 National Population Health Survey (NPHS). **Can. J. Public Health**, v.92, n.2, p.127-133, 2001.

MERIGHI, M.A.B, HAMANO, L., CAVALCANTE, L.G. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.36, n.3, p. 289-296, 2002.

MILLER, A.B. **Programas de detección del câncer cervico-uterino: directrices de gestión**. Ginebra: OMS, 1993.

MILLER, A.B.; ROBLES, S.C. Taller centro americano sobre la detección del câncer de cuello uterino. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 121, n. 6, p. 589-602, 1996.

MORENO, V.; BOSCH, F.X.; MUÑOZ, N.; MEIJER, C.J.; SHAH, K.V.; WALBOOMERS, J.M.; HERRERO, R.; FRANCESCHI, S. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. **Lancet**, v. 359, n. 9312, p. 1085-1092, 2002.

MÜNGER, K.; BALDWIN, A.; EDWARDS, K.M.; HAYAKAWA, H.; NGUYEN, C.L.; OWENS, M.; GRACE, M.; HUH, K.W. Mechanisms of Human Papillomavirus-Induced Oncogenesis. **Journal of virology**, v. 78, n. 21, p. 11451–11460, 2004.

NASCIMENTO, C.M.; ELUF-NETO, J.; REGO, R.A. Cobertura do teste de Papanicolaou no município de São Paulo e características das mulheres que realizaram o teste. **Bol Oficina Sanit Panam.**, v.121, n. 6, p. 491-499, 1996.

NOVAES, H.M.D.; BRAGA, P.E.; SCHOUT, D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p. 1023-1035, 2006.

OLIVEIRA, M.M. **A Prevenção do Câncer do Colo do Útero, no contexto da Estratégia Saúde da Família, da Área Básica da Distrital-Oeste/Sumarezinho, do município de Ribeirão Preto-SP.** 2003. 151f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

OLIVEIRA, M.M.H.N.; SILVA, A.A.M.; BRITO, L.M.O.; COIMBRA, L.C. Cobertura e fatores associados à não realização do preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 3, p. 325-334, 2006.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Guías para la evaluación de los programas de detección precoz del cáncer de cuello uterino. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v.107, n. 5, p. 454-457, 1989.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe**, 2004.

ÖSTOR, A.G. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. **Int J Gynecol Pathol**, v.12, n. 2, p. 186-192, 1993.

OMS. Organización Mundial De La Salud. **Programas nacionales de lucha contra o câncer** – directrices sobre política y gestion. Ginebra, 1995.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**: relatório mundial. Brasília, 2003.

OSIS, M.J.M.D. Pasm: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 14, p. 25-32, 1998. Suplemento.

PARKIN, D.M.; BRAY, F.; FERLAY, J.; PISANI, P. Global Cancer Statistics, 2002. **Cancer Journal for Clinicians**, v. 55, n. 2, p. 74-108, 2005.

PINHO, A. A. **Fatores Associados à Realização do Teste Papanicolaou entre Mulheres em Idade Reprodutiva no Município de São Paulo**. 2002, 225f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

PINHO, A.A.; FRANÇA JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo de útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 3, n. 1, p. 95-112, 2003.

PINHO, M.C.V. **Avaliação do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Londrina – PR**. 2005, 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá.

PINOTTI, J.A.; ZEFERINO, L.C. **Programa de controle de câncer cérvico-uterino**. Campinas: Unicamp, 1987.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas do Desenvolvimento Humano em Manaus**. Brasil, 2000.

PARADA, R.; ASSIS, M.; SILVA, R.C.F.S.; ABREU, M.F.; SILVA, M.A.F.; DIAS, M.B.K.; TOMAZELLI, J.G.A Política Nacional de Atenção Oncológica e o papel da Atenção Básica na Prevenção e Controle do Câncer. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 11, n. 2, p. 199-206, 2008. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/ojs/index.php/aps/article/view/263>> Acesso em: 10 jan. 2009.

RAMOS, A.S.; PALHA, P.F.; COSTA, M.L.C.; SANT'ANNA, S.C.; LENZA, N.F.B. Perfil de mulheres de 40 a 49 anos cadastradas em um núcleo de saúde da família, quanto à realização do exame preventivo de Papanicolaou. **Revista Latino-America de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 170-174, 2006.

RANCHO, D.; VARGAS, V.R.A. Análise da prática e atitude sobre o exame preventivo de câncer de colo de útero em uma comunidade universitária. **Rev. Bras. Análises Clínicas**, v.39, n.4, p. 259-263, 2007.

RIECK, G.C.; TRISTRAM, A.; HAUKE, A.; FIELDER, H.; FIANDER, A.N. Cervical screening in 20-24-year olds. **J Med Screen**, v. 13, n. 2, p. 64-71, 2006.

ROBERTO NETO, A.; RIBALTA, J.C.L.; FOCCHI, J.; BARACAT, E.C. Avaliação dos métodos empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino do Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n.4, p. 209-215, 2001.

ROTELI-MARTINS, C.M.; LONGATTO, A.; HAMMES, L.S.; DERCHAIN, S.F.M.; NAUD, P.; MATOS, J.C; ETLINGER, D.; SARIAN, L.; GONTIJO, R.C.; MAEDA, M.Y.S.; SYRJANEN, K.J. Associação entre idade ao início da atividade sexual e subsequente infecção por papilomavírus humano: resultados de um programa de rastreamento brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.29, n. 11, p. 580- 587, 2007.

SÁ, A.L.C. **Perfil de Mulheres Submetidas ao Exame de Papanicolaou na USF do Bairro do Junco/Sobral – CE: Contribuições da Enfermagem para a Promoção da Saúde**. 2004. 50f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral.

SANTINI, L.A. Prevenção é o melhor caminho. **Revista Rede Câncer**, v. 1, n. 1, p.6-9, 2007.

SCHNEIDER, V.; HENRY, M.R.; JIMENEZ-AYALA, M.; TURNBULL, L.S.; WRIGHT, T.C. Cervical cancer screening, screening errors and reporting. **Acta Cytol**, v. 45, n. 4, p. 493-498, 2001.

SCHLECHT, N.F.; KULAGA, S.; ROBITAILLE, J.; FERREIRA, S.; SANTOS, M.; MIYAMURA, R.A.; DUARTE-FRANCO, E.; ROHAN, T.E.; FERENCZY, A.; SASIENI, P.D. Persistent human papillomavirus infection as a predictor of cervical intraepithelial neoplasia. **JAMA**, v. 286, n. 24, p. 3106-3114, 2001.

SERAPIONE, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2002.



SHANNON, J.; THOMAS, D.B.; RAY, R.M.; KESTIN, M.; KOETSAWANG, A.; KOETSAWANG, S.; CHITNARONG, K.; KIVIAT, N.; KUYPERS, J. Dietary risk factors for invasive and in-situ cervical carcinomas in Bangkok, Thailand. **Cancer Causes Control**, v. 13, n. 8, p. 691-699, 2002.

SILVA, D.W.; ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; TURINI, B.; SCHNECK, C.A.; LOPES, M.L.S. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 1, p. 24-31, 2006.

SOOST, H.J.; LANGE H.J.; LEHMACHER W.; RUFFING-KRELLMANN, B. The validation of cervical cytology: sensitivity, specificity and predictive values. **Acta. Cytol**, v.35, n.1, p. 128-131, 1991.

SPENCE, A.R.; GOGGIN, P.; FRANCO, E.L. Process of care failures in invasive cervical cancer: Systematic review and meta-analysis. **Preventive Medicine**, v. 45, n. 2, p. 93–106, 2007.

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

STRATON, J.A.; HOLMAN, C.D.; EDWARDS, B.M. Cervical cancer screening in Western Australia in 1992: Progress since 1983. **Med J Aust**, v.159, n.10, p. 657-661, 1993.

SZWARCWALD, C.L.; VIACAVA, F.; VASCONCELLOS, M.T.L.; LEAL, M.C.; AZEVEDO, L.O.; QUEIROZ, R.S.B.; CARVALHO, M.F.; SOUZA JÚNIOR, P.R.B.; GAMA, S.G.N.; FONSECA, M.G. Pesquisa Mundial de Saúde - 2003: O Brasil em números. **RADIS**, n. 23, p. 14-33, 2004.

TAVARES, C.M.A. **A atuação da enfermeira: uma contribuição para a prevenção do câncer ginecológico**. 2006. 269f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde**: Promoção, Vigilância e Saúde da Família. Salvador: EDUFBA, 2006.

TELLES, M. A. F.; ALENCAR, L. C. E.; PRAZERES, M. L. D.; ARAÚJO, E. C. Conhecimento de mulheres em idade fértil sobre a importância do Papanicolau. **Rev. Enferm UFPE**, v.2, n.1, p. 103-111, 2008.

TRAUT, H. F.; PAPANICOLAOU, G. N. Cancer of the Uterus: The Vaginal Smear in Its Diagnosis. **Cal West Med.**, v. 59, n. 2, p. 121-122, 1943.

UNITED NATIONS. **Report of the Fourth World Conference on Women.** Beijing, China, 4-15 September, 1995. Disponível em: <<http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/off/a--20.en>> Acesso em: 14 fev. 2009.

VAN DER AA, M.; PUKKLA, E.; COEBERGH, J.W.; ANTTILA, A.; SIESLING, S. Mass screening programmes and trends in cervical cancer in Finland and the Netherlands. **International Journal of Cancer**, v. 122, n. 8, p. 1854-1858, 2007.

VANZIN, A.S.; NERY, M.E.S. **Câncer:** problema de saúde pública e saúde ocupacional – atuação do enfermeiro na prevenção do câncer. Porto Alegre: RM&L, 1997.

VILLA, L.L.; FRANCO, E.L. Persistent Human Papillomavirus Infection as a Predictor of Cervical Intraepithelial Neoplasia. **JAMA**, v. 286, n. 24, p. 3106-3114, 2001.

VILLELA, W.V. Saúde Integral, Reprodutiva e Sexual da Mulher. In: **Saúde das Mulheres – Experiência e Prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde.** São Paulo: CFSS; 2000. p. 23-32.

VILLELA, W.V.; MONTEIRO, S. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: Wilza Villela; Simone Monteiro. **Gênero e Saúde:** programa saúde da família em questão. São Paulo: Arbeit, 2005. p. 15-31.

WALBOOMERS, J.M.; JACOBS, M.V; MANOS, M.M; BOSCH, F.X.; KUMMER, J.A.; SHAH, K.V.; SNIJDERS, P.J; PETO, J.; MEIJER, C.J.; MUNOZ, N. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. **J Pathol**, v.189, n.1, p. 12–19, 1999.

WELLENSIEK, N.; MOODLEY, M.; MOODLEY, J.; NKWANYANA, N. Knowledge of cervical cancer screening and use of cervical screening facilities among women from various socioeconomic backgrounds in Durban, Kwazulu Natal, South Africa. **Int. J. Gynecol. Cancer**, v.12, n. 4, p. 376-382, 2002.

WILCOX, L.S.; MOSHER, W.D. Factors associated with obtaining health screening among women of reproductive age. **Public Health Rep**, v. 108, n. 1, p.76-86, 1993.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Manual on the prevention and control of common cancers.** Geneva: WHO; 1998.

WHO. World Health Organization. **Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice.** Geneva: WHO; 2006.

WHO. World Health Organization. **Cytology screening.** Geneva: WHO; 2008.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Formulário

### FORMULÁRIO

1. Qual a sua idade?	
2. Você sabe ler e escrever?	Sim ( ) Não ( )
3. Qual é o grau mais alto de instrução que você cursou?	0 a 4 anos ( ) 5 a 11 anos ( ) 12 anos ou mais ( )
4. Qual sua renda familiar?	<01 salário mínimo ( ) 01 a 02 salários mínimos ( ) 02 a 04 salários mínimos ( ) >04 salários mínimos ( )
5. Atualmente você está casada ou tem um companheiro do sexo masculino?	Sim ( ) Não ( ) Casada ( ) Vivendo com um homem ( ) Tem um parceiro, mas não vive junto ( ) Não está casa ou vivendo com um homem ( )
6. Você já iniciou a atividade sexual? Com quantos anos?	Sim ( ) Não ( ) < 15 anos de idade ( ) 15-19 anos de idade ( ) > 19 anos de idade ( )
7. Quando foi a última vez que você fez o exame preventivo ou exame Papanicolaou?	Há menos de 1 ano ( ) De 1 a 2 anos ( ) De 3 a 5 anos ( ) Mais de 5 anos ( ) Não Lembra ( )
8. Você recebeu alguma informação a respeito deste exame? De quem?	Sim ( ) Não ( ) Médico( ) Enfermeiro ( ) Ag. Comunitário ( ) Profissionais da UBS ( ) Outros ( ) _____
9. Onde você recebeu informação a respeito do exame Papanicolaou?	Na unidade básica de saúde ( ) Em consulta médica ( ) Em visita domiciliar ( ) Em palestras ( ) Outro ( ) _____

10. Quando você foi realizar o exame recebeu orientação antes e/ou depois? De quem?	Sim ( ) Não ( ) Pessoa que realizou o exame ( ) Outra ( ) _____
11. Você sabe que o exame serve para descobrir o câncer do colo de útero?	Sim ( ) Não ( )
12. Você recebeu o resultado de seu último exame?	Sim ( ) Não ( )
13. Na ultima vez que você fez o exame qual foi o principal motivo de ter feito?	Procurou o serviço para fazer o exame ( ) Fez o exame por recomendação médica ( ) Fez porque tinha queixas ginecológicas ( ) Outro( ) _____

**APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro para fins de participação em pesquisa, na condição de sujeito da pesquisa, que fui devidamente esclarecida do Projeto de Pesquisa intitulado: **Fatores associados à realização do exame Papanicolaou em Manaus, Amazonas** desenvolvido pela aluna, Dina Albuquerque Duarte Corrêa do Curso de Mestrado em Promoção de Saúde da Universidade de Franca, quanto aos seguintes aspectos:

O objetivo desta pesquisa é identificar os fatores associados à realização do exame Papanicolaou no município de Manaus, esperando que se possa contribuir para reorganização dos serviços de assistência à saúde da mulher, em busca de reduzir as taxas de câncer uterino. Estaremos aplicando um formulário, no qual não constará seu nome e endereço.

A sua participação neste estudo é voluntária, tendo a liberdade de recusar participar. Caso você aceite participar, poderá retirar seu consentimento a qualquer momento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

DECLARO, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que nos foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Manaus, de \_\_\_\_\_ de 2008

Assinatura.....

## **ANEXOS**



**ANEXO A-** Aprovação do Comitê de ética de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE FRANCA


Pró-Reitoria Adjunta de Pesquisa e de Pós-Graduação

CEP - Comitê de  
Ética  
em Pesquisa

**DECLARAÇÃO**

Declaro que o projeto de pesquisa (**protocolo nº 137/07**), intitulado “**PERFIL DAS USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE QUE REALIZAM O PAPANICOLAOU EM MANAUS, AMAZONAS**” de autoria do aluno(a) e/ou pesquisador(a) **Wilza Vieira Vilela** por estar de acordo com os Princípios Éticos de Pesquisa em Humanos adotado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEPE) da Universidade de Franca-SP (*registrado no Ministério da Saúde sob o nº 128118/2005*), foi aprovado em 27 de março de 2009.

Franca, 27 de março de 2009.

  
Prof. Dr. Carlos Henrique Gomes Martins  
Coordenador do CEPE da Universidade de Franca

**ANEXO B – Autorização da Secretária Municipal de Saúde**

MANAUS  
**PREFEITURA**  
MOSTRANDO TRABALHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE


Ofício Nº 481 /2008 – GABIN/SEMSA

Manaus, 29 de janeiro de 2008.

Senhora Pesquisadora,

Cumprimentamos cordialmente Vossa Senhoria e, na oportunidade, informamos que em resposta a solicitação datada de 21 de janeiro de 2008, autorizamos a mestrandia em Promoção de Saúde **Dina Albuquerque Duarte Corrêa** a realizar a coleta de dados em oito Unidades Básicas de Saúde sendo quatro Distrito de Saúde Oeste e quatro do Distrito de Saúde Sul para o desenvolvimento da pesquisa "FATORES ASSOCIADOS A REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAOU EM MANAUS, AMAZONAS"

Atenciosamente,

  
Raimunda Vanilce Monteiro Lima

Subsecretária de Administração e Finanças, em exercício

À Ilustríssima Senhora  
**Wilza Vieira Villela**  
Pesquisadora da Universidade de Franca  
Manaus/AM  
CRA/SUBAS

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)