UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MARIA FERNANDA DE SOUSA OLIVEIRA

CÂNCER DE MAMA E DE COLO DE ÚTERO: INQUÉRITO DE RASTREAMENTO EM RIO BRANCO-ACRE

RIO BRANCO – AC
2009

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

MARIA FERNANDA DE SOUSA OLIVEIRA

CÂNCER DE MAMA E DE COLO DE ÚTERO: INQUÉRITO DE RASTREAMENTO EM RIO BRANCO-ACRE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa:
Processo Saúde-Doença: Epidemiologia e Atenção a Saúde

Orientadoras:
Prof[a] Dra. Leila Maria Geromel Dotto
Prof[a] Dra. Rosalina Jorge Koifman

RIO BRANCO - AC

2009

Aos meus pais, Gracindo e Marilete.

Aos meus avós Maria e Fernando, Isabel e Joaquim.

Ao meu irmão Gleyson.

Dedico.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, o Criador do Universo e Soberano Senhor, por conduzir a minha vida com fidelidade, proporcionando oportunidades e conquistas impossíveis de serem alcançadas sem a Sua Divina e Paternal companhia. Ao maravilhoso Salvador da minha alma, graças dou pelo auxílio fornecido a mim em todos os momentos dessa e de tantas outras jornadas vividas.

Aos meus pais, pela dedicação em me oferecer os princípios e a educação que nortearam todos os aspectos da minha vida, por me incentivarem em todos os caminhos por onde passei, contribuindo para que eu pudesse acreditar nas vitórias que estariam a mim reservadas. Ao meu irmão Gleyson, tia Marilena, familiares, amigos e irmãos de fé por me darem o apoio e a amizade suficientes para que eu percebesse o quanto torcem por minhas conquistas. *Através do amor que recebo de cada um de vocês posso sentir o grande amor que Deus tem por mim*.

À querida orientadora Leila Dotto, pelo carinho, respeito e atenção com que sempre me tratou. Agradeço pela paciência e dedicação em me ajudar a crescer nessa importante etapa acadêmica e profissional, pelas preciosas palavras de apoio e incentivo, escritas e faladas de modo tão amável. *Seu auxílio e valorização foram primordiais para a caminhada. Ter você como orientadora foi um presente maravilhoso que Deus me concedeu.*

À querida co-orientadora Rosalina Koifman, pelas fundamentais contribuições e instruções que ofereceu a este trabalho, sempre de forma tão carinhosa e responsável. Admiro a sua inteligência, competência, dedicação profissional e simplicidade*. Ter você como co-orientadora foi um privilégio pelo qual sou profundamente grata.*

À querida tutora Margarida Cunha, professores da Universidade Federal do Acre e professores da Escola Nacional de Saúde Pública, em especial aos professores Sergio Koifman e Gina Torres, pelo ensino e colaborações fornecidas ao longo do curso.

Ao professor Pascoal Muniz pela dedicação em contribuir com a Saúde Coletiva do Acre, por conduzir mais um importante trabalho em nosso Estado e nos conceder a oportunidade de participarmos da análise desses dados. Ao professor Thiago Silva, pela permanente disposição em cooperar nos aspectos estatísticos do banco de dados. À equipe de auxiliares de pesquisa pelo trabalho executado.

Aos colegas de curso pela amizade e companheirismo, pela troca de saberes e experiências. Agradeço a Deus por ter conhecido e convivido com pessoas tão especiais.

À direção e aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pela forma organizada e responsável de trabalho e pelo interesse em corresponder às necessidades dos alunos.

À Universidade Federal do Acre por possibilitar a criação do primeiro curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Estado do Acre, cujos frutos muito poderão contribuir para o avanço da saúde em nossa região.

"Porque Eu, o Senhor teu Deus, te tomo pela
Tua mão direita; e te digo: Não temas que Eu te ajudo"
Isaías 41.13

RESUMO

Introdução: Dentre os principais tipos de neoplasia que podem afetar a população feminina, o câncer de mama e o câncer de colo do útero constituem os mais importantes, pelos elevados índices de morbi-mortalidade que apresentam. Diante dessas neoplasias, o rastreamento se configura como a melhor abordagem a ser empreendida, através do exame clínico e da mamografia para detecção do câncer de mama, e do exame de Papanicolau para detecção do câncer de colo uterino. Considerando que em Rio Branco, a capital do Acre, inexistem inquéritos publicados que avalie a cobertura desses exames, o presente estudo pretendeu preencher esta lacuna, respondendo a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a cobertura dos exames de rastreamento para o câncer de mama e de colo de útero em Rio Branco-Acre? **Objetivo:** Avaliar a cobertura dos exames de rastreamento do câncer de mama e do câncer de colo do útero no município de Rio Branco, Acre. **Metodologia:** Nesta dissertação, são apresentadas em dois artigos as análises das coberturas desses exames, a partir de dados oriundos do "Inquérito de Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco-Acre", um estudo transversal, de base populacional, realizado na capital acreana nos anos de 2007 e 2008. O primeiro artigo analisa a cobertura do exame clínico das mamas e da mamografia. O segundo artigo avalia a cobertura do exame de Papanicolau. **Resultados:** Destaca-se a baixa cobertura dos exames das mamas na capital acreana, com percentuais de exame clínico de 37,0% (n=305) e da mamografia de 40,1% (n=294), sendo que a maior parte dos exames foi realizada na rede de serviços privados. A cobertura do exame de Papanicolau foi elevada, alcançando percentual de 75,3%(n=772) e na população alvo (25 a 59 anos) a cobertura foi de 85,3%, com maior proporção de exames na rede de serviços do SUS. Na análise das estimativas de risco, foram encontradas razões de prevalência positivas para não realização dos exames de detecção do câncer de mama nos estratos de mulheres com baixa escolaridade. Também apresentaram estimativa de risco positiva para não adesão ao exame clínico das mamas mulheres que não haviam se submetido a exame de colesterol sanguíneo no ultimo ano (RP=1,22 IC:1,04-1,43) e mamografia nos dois anos anteriores(RP=3,00 IC:1,98-4,56), e para não adesão à mamografia o estrato de mulheres que não estavam com os exames de Papanicolau(RP=1,37 IC:1,13-1,65) e exame clínico das mamas atualizados(RP=3,23 IC: 2,05-5,08). Para não realização do Papanicolau foram encontradas estimativas de risco positivas ($p<0,05$) nas mulheres de 18 a 24 anos (RP=3,19 IC: 2,23-4,57), de 60 a 69 anos (RP=2,05 IC:1,45-2,88) solteiras (RP=1,77 IC:1,22-2,58), com menor renda (RP=1,47 IC:1,13-1,92), baixa escolaridade (RP=1,74 IC:1,37-2,20) e que não haviam se submetido à dosagem de colesterol sanguíneo (RP=1,89 IC:1,22-2,90) . **Conclusões:** Os achados desse estudo apontam para a importância do acesso aos serviços públicos na capital acreana. Os baixos percentuais de cobertura dos exames das mamas refletem a capacidade operacional reduzida desses serviços na rede pública, contrapondo-se à boa cobertura do rastreamento do exame preventivo de Papanicolau, que apresentou acentuada utilização no SUS. Os resultados revelam necessidade de fortalecimento do programa de rastreamento do câncer de mama, a fim de favorecer a maior acessibilidade ao diagnóstico precoce e a terapêutica adequada. As magnitudes encontradas nas razões de prevalência foram consistentes com os achados de outros estudos, demonstrando maior necessidade de intervenção no grupo específico de mulheres cujas estimativas de risco estiveram positivamente associadas a não realização dos exames.

Palavras chaves: Neoplasias da mama. Neoplasias de colo do útero. Programas de Rastreamento.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer and cervical cancer are among the main types of neoplasms that affect women taking into account the high death rate associated with these diseases. In dealing with such neoplams, screening is the most effective approach to be deployed through clinical exams and mammography in order to detect breast cancer, and Pap smears for detecting cervical cancer. Taking into consideration that in Rio Branco, capital of the State of Acre, there are no data available reporting the range of such exams among the population, this study aimed at filling in the gap, as it tried to answer to the following research question: What is the range of screening exams among the population in Rio Branco? **Objective:** To identify the range of screening exams for breast and cervical cancer in Rio Branco, Acre. **Methodology:** Two articles in this thesis report the analysis of the range of the previous stated exams, having as point of departure data provided at the "Investigation on Health and Nutrition in Children and Adults in the city of Rio Branco, Acre", a transversal study carried out in Rio Branco throughout the years of 2007 and 2008. The first article focuses on clinical exams range for breast cancer and mammography among the population. The second article concentrates on the range of Pap smears. **Results:** Results reveal a low range of breast cancer exams among the community, with a percentage of 37,0% (n=305) for clinical exams and 40.1% (n=294) for mammography. It should be highlighted that most of the exams were made in private clinics. The extention of Pap smears shows a high percentage, reaching 75,5% (n=772) and in the target population (25 to 59 years of age) coverage percentage was 85,3% with a higher number of exams being carried out through public health service. The analysis of risk estimation demonstrates reasons of positive prevalence for not submitting to breast cancer detection exams among groups of women with lower educational background. Women who had not submitted themselves to cholesteral blood testing in the previous year (RP=1,22 IC:1,04-1,43) also presented positive risk estimation for not taking clinical exam for brest cancer and mammography in the two previous years (RP=3,00 IC:1,98-4,56). Women who did not have Pap smears (RP=1,37 IC:1,13-1,65) and clinical breast cancer exams updated (RP=3,23 IC: 2,05-5,08) did not do mammography. Positive risk estimative ($p<0,05$) was identified for not undertaking Pap smears among groups of women ranging from 18 to 24 years of age (RP=3,19 IC:2,23-4,57), from 60 to 69 years of age (RP=2,05 IC:1,45-2,88), single women (RP=1,77 IC:1,22-2,58), with lower income (RP=1,47 IC:1,13-1,92), low education (RP=1,74 IC:1,37-2,20) and who never submitted themselves to cholesterol blood testing (RP=1,89 IC:1,22-2,90). **Conclusions:** The findings in this study point to the relevance of public health service access to the population in general in the city of Rio Branco. The low percentage of breast cancer exams might be a reflection of the reduced operational capacity of such services in the public health system, in opposition to the better screening range capacity of Pap smears preventive exams, more highly used in the public health system. Results reveal a need for investments in the breast cancer screening program, in order to contribute to a higher accessibility of early diagnosis and proper treatment. The numbers in the reasons of prevalence were consistent with the findings of other studies, there demonstrating a higher need to intervene more specifically in the group of women whose risk estimatives are positively associated with not undertaking exams.

Key-words: Breast neoplasms. Uterine cervical neoplasms. Screening programs.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS xi
LISTA DE TABELAS xii
1. INTRODUÇÃO 14
2. REFERENCIAL TEÓRICO 19
2.1. Epidemiologia do Câncer de Mama e de Colo do Útero 20
2.2. Câncer de Mama 23
2.3. Câncer de Colo de Útero 27
2.4. Inquéritos sobre Cobertura de Rastreamento do Câncer de Mama e do Câncer de Colo do Útero 29
3. RELEVÂNCIA DO ESTUDO 33
4. OBJETIVOS 35
4.1. Objetivo Geral 36
4.2. Objetivos Específicos 36
5. METODOLOGIA 38
6. ARTIGO 1: Exames de Detecção do Câncer de Mama: Inquérito de Rastreamento em Rio Branco-Acre 41
RESUMO 42
Introdução 43
Material e Método 45
Resultados 48
Discussão 55
Conclusão 58
Referências Bibliográficas (Artigo 1) 60
7. ARTIGO 2: Prevenção de Câncer de Colo do Útero: Inquérito de Rastreamento em Rio Branco- Acre 62
RESUMO 63
Introdução 64
Material e Método 66
Resultados 68
Discussão 74

Conclusão 79
Referências Bibliográficas (Artigo 2) 80
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (Dissertação) 86
ANEXOS 92
ANEXO A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 93
ANEXO B - Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP 95
ANEXO C – Questionário 97
ANEXO D – Metodologia 100

LISTA DE ABREVIATURAS

ASC - Células Escamosas Atípicas

ASCUS - Células Escamosas de Caráter Desconhecido

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

HPV - Human Papillomavirus (Papilomavírus humano)

HSIL - Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau

IARC - International Agency for Research on Cancer (Agência Internacional de Pesquisa em Câncer)

IBGE - Instituto Brasileira de Geografia e Estatística

IC - Intervalo de confiança

INCA - Instituto Nacional de Câncer

LSIL - Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau

MS - Ministério da Saúde

NIC - Neoplasia intra-epitelial cervical

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCCU - Preventivo do Câncer de Colo do Útero

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

RP - Razão de prevalências

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SISCOLO - Sistema de Informações de Controle do Câncer de Colo do Útero

SM - Salário mínimo

SUS - Sistema Único de Saúde

UFAC - Universidade Federal do Acre

UPA - Unidade Primária de Amostragem

WHO - World Health Organization

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1. Distribuição da freqüência de realização de exame clínico das mamas no ano prévio e de mamografia nos dois anos anteriores à pesquisa, segundo local e motivo de realização do exame, Rio Branco-Acre, 2007-2008 49

Tabela 2. Frequência da realização do exame clínico das mamas no ano anterior à pesquisa e Razões de Prevalência para a não realização do exame, segundo as características socioeconômicas e demográficas, Rio Branco-Acre, 2007-2008 50

Tabela 3. Frequência da realização do exame clínico das mamas no ano anterior à pesquisa e Razões de Prevalência para a não realização do exame, segundo as características de estilo de vida e condições de saúde, Rio Branco-Acre, 2007-2008..... 51

Tabela 4. Frequência da realização do exame de mamografia nos dois anos anteriores à pesquisa e Razões de Prevalência para a não realização do exame, segundo as características socioeconômicas e demográficas, Rio Branco-Acre, 2007-2008 53

Tabela 5. Frequência da realização do exame de mamografia nos dois anos anteriores à pesquisa e Razões de Prevalência para a não realização do exame, segundo as características de estilo de vida e condições de saúde, Rio Branco-Acre, 2007-2008..... ..54

ARTIGO 2:

Tabela 1. Frequencia de realização do exame Papanicolau (PCCU) nos três anos anteriores à pesquisa, segundo grupos etários de mulheres, Rio Branco-Acre, 2007-2008 68

Tabela 2. Distribuição da realização do exame Papanicolau nos três anos anteriores à pesquisa, segundo local, motivo e frequência do exame, Rio Branco-Acre, 2007-2008 69

Tabela 3. Frequencia de realização do exame PCCU nos últimos três anos das mulheres de 18 a 69 anos, segundo as variáveis sócio-econômicas, demográficas, de estilo de vida e condições de saúde, Rio Branco-Acre, 2007-2008 70

Tabela 4. Frequência da realização do exame PCCU nos três anos anteriores à pesquisa e Razões de Prevalência para a não realização do exame nas mulheres de 18 a 69 anos, segundo as características socioeconômicas e demográficas, Rio Branco-Acre, 2007-2008 72

Tabela 5. Frequência da realização do exame PCCU nos três anos anteriores à pesquisa e Razões de Prevalência para a não realização do exame nas mulheres de 18 a 69 anos, segundo as características de estilo de vida, cuidados e condições de saúde auto-referida, Rio Branco-Acre, 2007-2008.....73

Introdução

1 – INTRODUÇÃO

Dentre os principais tipos de neoplasia que podem afetar a população feminina, o câncer de mama e o câncer de colo do útero constituem os mais importantes pelos elevados índices de morbi-mortalidade que apresentam (WHO, 2008a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que ocorram mais de 1.050.000 casos novos de câncer de mama em todo o mundo a cada ano, tornando este o tipo de câncer mais comum entre as mulheres e a primeira causa de morte por neoplasias na população feminina (BRASIL, 2006a).

Em relação ao câncer de colo do útero, este corresponde ao segundo tipo de neoplasia mais comum entre as mulheres, apresentando maiores taxas de incidência nos países em desenvolvimento, em contraposição às baixas taxas observadas em países desenvolvidos (FERNANDES; NARCHI, 2002; MARTINS et al., 2005).

No Brasil, o câncer de mama e o câncer de colo do útero também são os tipos de neoplasia com maiores incidências e taxas de mortalidade entre as mulheres, sendo considerados graves problemas de saúde pública no país (GUERRA et al., 2005; THULER; MENDONÇA, 2005).

Diante disso, o Ministério da Saúde por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA) lançou em 1996 o Programa Viva Mulher, direcionando no ano de 1997 um projeto-piloto de controle do câncer de colo do útero em seis localidades

do país, o qual foi expandido para todos os estados a partir do ano seguinte, período em que também se implantou o Sistema de Informações de Controle do Câncer de Colo do Útero – SISCOLO (BICALHO, 2002).

A partir de 1999 foram incorporadas ao programa ações de controle do câncer de mama, e passou a ser denominado “Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e de Mama”, tendo como objetivo reduzir a morbidade e a mortalidade dessas neoplasias através da oferta de serviços para prevenção, detecção em estágios iniciais, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2004a).

Em 2004, foi estabelecido o Plano de Ação para o Controle do Câncer de Mama e do Colo do Útero no Brasil 2005 – 2007, contendo diretrizes estratégicas voltadas para o aumento da cobertura da população-alvo, com garantia da qualidade, fortalecimento do Sistema de Informação e desenvolvimento de capacitações e de pesquisas, sendo este plano um instrumento que compõe a Política Nacional de Controle Oncológico, instituída em 2005 (BRASIL, 2005).

Em 2006, a publicação das diretrizes do Pacto pela Saúde apresentou o controle do câncer de mama e do câncer de colo uterino como prioridade para a gestão na saúde do país, estabelecendo como meta ampliar para 60% a cobertura da mamografia e para 80% a cobertura do exame preventivo para câncer de colo do útero (BRASIL, 2006b).

As estratégias governamentais formuladas concordam com estudos que defendem a prevenção como a abordagem mais efetiva diante dessas neoplasias. (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2006a; CESTARI; ZAGO, 2005).

Em relação à detecção do câncer de mama no Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a realização do exame clínico das mamas para todas as mulheres nas consultas ginecológicas, com periodicidade anual a partir dos 40 anos de idade, e a realização da mamografia para mulheres entre 50 a 69 anos de idade a intervalo máximo de dois anos entre os exames (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2006c; THULER, 2003).

Quanto à prevenção do câncer de colo do útero, no país, é preconizado que toda mulher que já teve atividade sexual, especialmente dos 25 aos 59 anos de idade, se submeta ao exame preventivo a cada ano, sendo realizado a cada três anos se dois exames anuais seguidos apresentarem resultados negativos para displasia ou neoplasia (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2006a).

Ambos os tipos de neoplasias são considerados de bom prognóstico quando diagnosticados e tratados precocemente. Contudo, a manutenção das elevadas taxas de mortalidade em nosso país sugere que o diagnóstico tem sido realizado em fase avançada da doença, conduzindo ao questionamento se as mulheres têm sido beneficiadas pelos procedimentos preventivos que permitem a detecção e as intervenções terapêuticas precoces (THULER; MENDONÇA, 2005).

São poucos os estudos sobre cobertura populacional dos exames preventivos para câncer de mama e de colo do útero, destacando-se recentemente o Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis, realizado em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2002 e 2003, onde foram encontrados percentuais entre 39,8 a 81,2% para a cobertura do exame clínico das mamas, de

36,8 a 69,9% para o exame de mamografia e de 73,4 a 92,9% para o exame de Papanicolau, sendo que os menores percentuais de exame clínico e mamografia foram encontrados nas capitais da região norte (MARTINS et al., 2005; BRASIL, 2004b).

Considerando que em Rio Branco, a capital do Acre, inexiste estudo que avalie a cobertura desses exames, a presente pesquisa pretende preencher esta lacuna, analisando as informações obtidas acerca do rastreamento dos cânceres de mama e de colo do útero na capital acreana por meio de um inquérito de base populacional.

Referencial Teórico

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Epidemiologia do Câncer de Mama e de Colo do Útero

Segundo a OMS, o câncer é uma das principais causas de morte em todo o mundo, responsável por cerca de 13% de todos os óbitos em 2007, sendo que entre os cinco tipos de neoplasia mais frequentes entre as mulheres se encontram o câncer de mama e o câncer de colo do útero, os quais configuram-se, respectivamente, como a primeira e a quarta causa de morte por neoplasias nessa população, excetuando o câncer de pele não melanoma (WHO, 2008b).

Em relação ao câncer de mama, maiores taxas de incidência e mortalidade são observadas em países desenvolvidos, destacando-se os países da América do Norte e da Europa, como Estados Unidos, Suécia, Reino Unido e Itália, os quais apresentam taxas de incidência superiores a 100 casos por 100 mil mulheres/ano e cerca de 40 óbitos por 100 mil mulheres/ano (SCLOWITZ et al., 2005). Na Europa Oriental, América do Sul, África do Sul e Ásia Ocidental estes índices são menores, porém ainda assim se configura como o tipo de câncer mais comum na população feminina nestas regiões geográficas (PARKIN, 2002).

No Brasil, dados do registro populacional de câncer em 16 cidades brasileiras apontam que na década de 1990 o câncer de mama foi o mais incidente no país, com exceção de Belém, onde prevaleceu o câncer de colo

uterino, sendo que as maiores taxas de neoplasia mamária foram encontradas em Porto Alegre, Distrito Federal e São Paulo (BRASIL, 2003a).

De acordo com as estimativas do Instituto Nacional do Câncer para os anos de 2008 e 2009, ocorrerão 234.870 casos novos de câncer na população feminina, sendo o câncer de mama o tipo mais incidente com 49 mil casos novos (BRASIL, 2007a).

Em relação à mortalidade por câncer de mama no Brasil, ocorreu um aumento na taxa de mortalidade padronizada por idade, no período de duas décadas, que variou de 5,77 por 100 mil mulheres em 1979 para 10,15 por 100 mil mulheres em 2002 (BRASIL, 2002c; BRASIL, 2004b, BRASIL, 2007b; FERREIRA, 2007). Estudo sobre morbidade e mortalidade por neoplasia no país, entre 2002 e 2004, aponta o câncer de mama como o tipo de neoplasia com maiores índices de mortalidade entre as mulheres nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste (BOING et al., 2007). Dados oficiais do Sistema de Informações de Mortalidade apontam taxa de 11,4 por 100 mil mulheres no ano de 2006. (BRASIL, 2008).

Quanto ao câncer de colo do útero, este corresponde ao segundo tipo de neoplasia mais comum entres as mulheres, com maior incidência nos países em desenvolvimento, destacando-se a América Latina e países do Caribe, partes da África, Sul e Sudeste Asiático, que podem apresentar taxas de incidência superiores a 25 por 100 mil mulheres/ano e taxas de mortalidade em torno de 10 a 25 por 100 mil mulheres/ano, contrapondo-se, assim, às baixas taxas observadas em países desenvolvidos (MARTINS et al., 2005).

No Brasil, excetuando casos de câncer de pele não melanoma, o câncer de colo uterino é considerado o segundo tipo de neoplasia mais incidente, com taxa estimada de 19 por 100 mil mulheres. No entanto, quando observamos a incidência dessa neoplasia por regiões brasileiras, encontramos que na região Norte o câncer de colo uterino ocupa o primeiro lugar, apresentando taxa de incidência de 22 por 100.000 mulheres (BRASIL, 2007a).

Em relação à mortalidade por câncer de colo do útero no país, as taxas ajustadas por idade na população padrão mundial apesar de continuarem altas permaneceram estáveis, variando de 4,97 por 100 mil mulheres em 1979 para 5,03 por 100 mil mulheres em 2002 (BRASIL, 2002c; BRASIL, 2007b). Em 2006, a taxa de mortalidade por câncer de colo de útero no país foi de 4,8 por 100 mil mulheres, segundo dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Analisando a taxa de mortalidade de câncer de colo uterino por regiões do país, no ano de 2006 a região norte possui a mais alta taxa, de 6,3 por 100 mil mulheres (BRASIL, 2008).

Na população feminina do Estado do Acre, excetuando o câncer de pele não melanoma, o câncer de colo do útero é o mais incidente, apresentando nos anos de 2006 e 2007 taxa de incidência estimada de 13,68 por 100 mil mulheres/ano, seguido do câncer de mama que alcançou no mesmo período taxa estimada de 11,62 por 100 mil mulheres/ano (BRASIL, 2007a). No entanto, estes valores podem estar subestimados tendo em vista a inexistência de um registro populacional de câncer no estado (BRASIL, 2006d). Com relação à mortalidade por estas neoplasias no Acre, os resultados foram semelhantes, sendo encontrada

em 2006 taxa de mortalidade por neoplasia de câncer de colo do útero de 3,6 por 100 mil mulheres e taxa de mortalidade por câncer de mama 3,3 por 100 mil mulheres (BRASIL, 2008).

2.2. Câncer de Mama

O câncer de mama é a denominação que define o conjunto de tumores epiteliais malignos, derivados geralmente das células dos ductos terminais dos lóbulos mamários, que se caracterizam pela heterogeneidade tumoral e pela capacidade de invadir os tecidos proximais, podendo produzir metástase à distância (VIEIRA et al., 2008).

O crescimento do tumor de mama é progressivo e percebe-se melhor seu desenvolvimento à medida que o tumor torna-se palpável, onde se estima que duplique de tamanho a cada 3-4 meses, podendo desenvolver metástases principalmente nos ossos, pulmões e fígado. Os sinais e sintomas mais comuns do câncer de mama são nódulos, alterações cutâneas, como abaulamento ou retrações, e dor mamária (BRASIL, 2002d; BRASIL, 2006a).

Associados à causalidade da doença, estão fatores como aumento da idade, história familiar de câncer, antecedentes de diagnóstico histopatológico de lesão mamária, menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, primeira gravidez após 30 anos e terapia hormonal. Outros fatores comportamentais, como tabagismo, sedentarismo e consumo de álcool são pressupostos associados a um risco maior de desenvolver câncer de mama, mas a inexistência de estudos que forneçam dados conclusivos de causalidade desses aspectos, não indica que

sejam recomendadas medidas específicas de prevenção primária para neoplasia de mama. Contudo, a adoção de hábitos saudáveis é recomendada para prevenção de doenças não transmissíveis em geral (BRASIL, 2006a; PINHO; COUTINHO, 2007)

A detecção precoce do câncer de mama constitui a melhor abordagem diante desta neoplasia, fundamentada como estratégia de rastreamento pelo exame clínico das mamas e no diagnóstico por imagem pela mamografia (MOLINA et al., 2003; MARINHO et al., 2003).

O exame clínico das mamas é um procedimento que faz parte do exame físico e ginecológico da mulher, o qual deve ser realizado pelo profissional médico ou enfermeiro, treinado para identificar alterações nas mamas e para indicar exames complementares quando necessário (BRASIL, 2004a; FERREIRA; OLIVEIRA, 2006).

Como estratégia de rastreamento, o exame é recomendado às mulheres a partir dos 40 anos, com periodicidade anual. Contudo, por ser compreendido como parte integrante do atendimento à saúde da mulher, deve ser realizado em todas as consultas ginecológicas (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2006a).

A partir de uma revisão bibliográfica sobre a eficácia do exame clínico das mamas, Barton e colaboradores (1999) estimaram sensibilidade do exame em torno de 54% e especificidade em torno de 94%, com maior precisão quando a técnica incluía bom posicionamento das clientes e movimento dos dedos com duração de pelo menos três minutos em cada mama.

O exame clínico das mamas é um procedimento de baixo custo, pelo qual é possível identificar tumores mamários, possibilitando a terapêutica oportuna e o aumento da sobrevida e da taxa de cura (DIAS-DA-COSTA et al., 2007).

Já a mamografia é um método radiográfico de imagem utilizado na detecção e diagnóstico das doenças da mama, sendo identificada atualmente como o método mais sensível para detecção do câncer de mama em estágio pré-invasivo, ocasião em que a neoplasia tem 95% de chances de ser curável (CORRÊA et al., 2008; GODINHO; KOCH, 2002).

Ensaios clínicos apontam a sensibilidade da mamografia realizada anualmente para identificar o câncer de mama em torno de 71 a 98%, conforme a faixa etária, e especificidade em torno de 53 a 86%, com maiores benefícios para mulheres com idade entre 50 e 69 anos. Outros ensaios têm demonstrado que esse método pode reduzir mortes por câncer de mama entre 20 a 39% das mulheres submetidas ao exame com idades entre 50 e 74 anos, e cerca de 17% das mulheres com idade entre 40 a 49 anos (THULER, 2003).

Estudos têm demonstrado significativas reduções nas taxas de mortalidade por câncer de mama com a execução de programas de rastreamento mamográfico (AGUILAR; BAUAB, 2003). Contudo, existem muitas controvérsias quanto à faixa etária a ser recomendada para a prática dos programas (LIMA-COSTA; MATOS, 2007).

Nos Estados Unidos, recomenda-se a realização de mamografia anual ou bienalmente em mulheres com faixa etária de 40-69 anos, com reconhecimento da eficácia desse procedimento mesmo em mulheres com idade acima de 70 anos,

enquanto no Canadá é recomendada a faixa etária de 50-69 anos (THULER, 2003).

Porém, existe consenso quanto à eficácia do método em mulheres com idade entre 50 e 69 anos, faixa etária recomendada para programas de rastreamento no Brasil, onde se preconiza o intervalo máximo de dois anos entre os exames. Recomenda-se também a realização anual do exame clínico e mamografia a partir dos 35 anos para mulheres que fazem parte do grupo de risco para câncer de mama, que é composto de mulheres com história familiar de câncer de mama de um parente de primeiro grau abaixo dos 50 anos ou com câncer de ovário ou de mama bilateral em qualquer idade, história familiar de câncer de mama masculino e mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ (BRASIL, 2006e; BRASIL, 2007c).

Em relação ao auto-exame das mamas, vários estudos apontam que não há evidência direta que esse procedimento reduza a mortalidade por câncer de mama. Ainda que o auto-exame das mamas não tenha sido adotado como estratégia de detecção pelo documento de Consenso de Controle do Câncer de Mama (BRASIL, 2004a), é importante que as mulheres estejam atentas para perceberem alterações em suas mamas, propiciando que procurem o profissional de saúde para esclarecimentos, o que pode contribuir como ação complementar à detecção precoce (THULER, 2003).

2.3. Câncer de Colo do Útero

O câncer do colo do útero é descrito como uma afecção em que ocorrem alterações intra-epiteliais nas camadas de revestimento do útero, recebendo a classificação de neoplasia intra-epitelial cervical grau I (NIC I) quando atinge a camada mais basal do epitélio, neoplasia intra-epitelial cervical grau II (NIC II) quando avança até três quartos da espessura do epitélio, neoplasia intra-epitelial cervical grau III (NIC III) quando atinge todas as camadas e carcinoma invasor quando invade o tecido conjuntivo abaixo do epitélio (BRASIL, 2002b).

A nomenclatura aceita mundialmente em laudos citopatológicos é o Sistema Bethesda 2001, que classifica as anormalidades em células escamosas atípicas (ASC), lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau (LSIL), lesão intra-epitelial escamosa de alto grau (HSIL) e carcinoma de células escamosas (WOLSCHICK, et al 2007).

São definidas como lesões intra-epiteliais de baixo grau (LBG) as atipias de células escamosas de caráter desconhecido (ASCUS), atipias de células glandulares de significado indeterminado (AGUS) e neoplasia intra-epitelial cervical grau I (NIC I). As neoplasias intra-epiteliais cervicais de grau II e III (NIC II e NIC III) são consideradas lesões intra-epiteliais de alto grau (LAG) (BRASIL, 2006f).

O principal fator de risco associado com a ocorrência de câncer de colo do útero e lesões precursoras é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), sendo também considerados fatores de risco associados, o início precoce de atividades sexuais, a multiplicidade de parceiros sexuais masculinos e a multiparidade. Existem outros fatores considerados de risco como o estado imunológico, a nutrição, a história familiar e as infecções genitais, embora estejam pouco esclarecidos (STIVAL et al., 2005; SILVA, et al., 2006).

A prevenção primária do câncer de colo do útero ocorre quando se procura evitar o aparecimento da doença, principalmente por medidas que impeçam a infecção pelo HPV, como o uso de preservativo nas relações sexuais e comportamentos que evitem a multiplicidade de parceiros (BRASIL, 2002 b).

A prevenção secundária dirigida a essa neoplasia consiste no diagnóstico precoce das lesões intra-epiteliais do colo uterino, por meio de estratégias de rastreamento compreendidas pela colpocitologia oncológica, colposcopia, cervicografia e testes de detecção do DNA do papilomavírus humano. Destes, a colpocitologia oncológica, mais conhecida como exame preventivo do câncer de colo uterino ou teste de Papanicolau, é o método mais indicado para ser aplicado em programas de rastreamento, recomendado no Brasil para mulheres que já tiveram relação sexual, especialmente dos 25 aos 59 anos de idade, a cada ano, sendo realizado a cada três anos, quando dois exames anuais seguidos apresentarem resultado negativo para displasia ou neoplasia (BRASIL, 2006a; MULLER et al., 2008; PINHO; FRANÇA, 2003).

O teste de Papanicolau consiste na análise de células da ectocérvice e da endocérvice, coletadas por meio da raspagem do colo do útero após introdução de espéculo vaginal na mulher submetida ao exame durante a consulta ginecológica, previamente orientada a realizar o exame fora do período menstrual e a abster-se de relações sexuais, duchas, medicamentos ou exames intravaginais nas 48 horas antecedentes (BRASIL, 2002b).

O exame de Papanicolau é capaz de detectar as alterações em fases pré-malignas, quando é curável com medidas relativamente simples (CAETANO et al., 2006). Oliveira e colaboradores (2006) afirmam que o exame preventivo é um procedimento simples e de baixo custo, reduzindo o risco cumulativo do câncer de colo do útero em 84% para mulheres rastreadas a cada cinco anos e em 91% para mulheres que se submetem ao exame a cada três anos.

2.4. Inquéritos sobre Cobertura de Rastreamento do Câncer de Mama e do Câncer de Colo do Útero

Estudos transversais de base populacional têm sido realizados para estimar a cobertura do exame clinico das mamas, da mamografia e do exame de Papanicolau no Brasil, concentrando-se principalmente nas regiões Sul e Sudeste do país.

Em relação à cobertura dos exames de detecção do câncer de mama, um estudo em Campinas, nos anos de 2001 e 2002, com mulheres acima de 40 anos, estimou a não realização do exame clínico no último ano em 38,2% e a não realização da mamografia nos dois anos anteriores em 50,8% (AMORIN et al.,

2008). Em São Leopoldo-RS, nas mulheres de 20 a 60 anos, foram estimadas coberturas do exame clínico anual das mamas de 54,2% (DIAS-DA-COSTA et al., 2007) e em Pelotas-RS esse percentual foi de 48,9% (COSTA et al., 2003).

Em relação à cobertura do Papanicolau, uma revisão sistemática da literatura conduzida por Martins e Colaboradores (2005) revelou que até o ano de 2004 foram realizados no Brasil treze estudos transversais, sendo nove de base populacional e quatro com amostra não aleatória. Destes, quatro foram em São Paulo nos anos de 1987, 1988, 2000 e 2002, quatro no Rio Grande do Sul nos anos de 1995, 1999, 2000 e 2002, e um no Paraná em 2002, com diferenças metodológicas entre eles.

O inquérito de base populacional realizado em São Paulo, no ano 2000, identificou que na amostra de 1.050 mulheres com idade entre 15 e 49 anos, que haviam iniciado atividade sexual, 77,3% se submeteu ao exame nos três anos anteriores à pesquisa (PINHO et al., 2003). Já no inquérito de Pelotas-RS foi encontrado o percentual de 68,8% na amostra de 1.178 mulheres de 25 a 59 anos incluídas na pesquisa (QUADROS et al., 2004).

Outras pesquisas foram realizadas como o estudo transversal de base populacional, em São Leopoldo do Sul (RS), em 2003, que revelou uma cobertura de 85,5% do exame de Papanicolau nos últimos três anos (MULLER et al., 2008). Um inquérito em Londrina, em 2004, identificou uma cobertura de 80,7% (SILVA et al., 2006). Em São Luís do Maranhão, 82,4% das mulheres informaram terem se submetido ao exame pelo menos uma vez (OLIVEIRA et al., 2006), e no município

de Rio Grande (RS) foi encontrado um percentual de 57% de mulheres que nunca se submeteram ao exame (CESAR et al., 2003).

Em 2003 foram realizados dois inquéritos de base populacional, de abrangência nacional, que abordaram a cobertura dos exames de detecção do câncer de mama e do exame preventivo de Papanicolau. Um deles foi a Pesquisa Mundial de Saúde, realizada pela OMS em 188 municípios, onde foi identificada uma cobertura de 48,6% da mamografia nas mulheres de 50 a 69 anos e 66% de realização do exame de Papanicolau entre mulheres de 18 a 69 anos nos três anos anteriores à pesquisa (BRASIL, 2004c; SZWARCWALD et al., 2005). O outro estudo foi a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em que 37,7% das mulheres foram submetidas ao exame clínico no ano anterior, 41,2% das realizaram mamografia nos dois anos anteriores e 76% realizaram o Papanicolau nos cinco anos anteriores à pesquisa (BRASIL, 2003b; NOVAIS et al., 2006). No entanto, estas pesquisas não incluíram os municípios do estado do Acre.

Em 2004 foi publicado o Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis, realizado em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2002 e 2003, o qual também possuía categorias relativas ao exame clínico das mamas, da mamografia e do exame de Papanicolau, revelando coberturas de 39,8% (Manaus) a 81,2% (Vitória) para o exame clínico das mamas e de 36,8% (Belém) a 69,9% (Porto Alegre) para mamografia nos dois últimos anos em mulheres com faixa etária entre 50 e 69 anos. A cobertura do exame preventivo do câncer de colo uterino, realizado nos três anos anteriores à pesquisa, variou de 73,4% (João Pessoa) a

92,9% (Vitória), com amostra de mulheres em idade de 25 a 59 anos (BRASIL, 2004b). Contudo, a capital acreana também não foi contemplada nesta pesquisa.

Dados do SISCOLO do Acre apresentam cobertura do exame preventivo de câncer de colo do útero na cidade de Rio Branco, capital do Estado, em torno de 28,8% e apontam que ocorreram no ano de 2007 cerca de 2.000 exames de mamografia. Não há dados registrados quanto à cobertura de exame clínico das mamas.

Relevância do Estudo

3 – RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Considerando que o câncer de mama e o câncer de colo de útero são responsáveis por elevados índices de morbi-mortalidade na população feminina, sendo passíveis de cura quanto mais precoce for empreendida a detecção e a terapêutica adequada, a realização de exames de rastreamento destas neoplasias configura-se como a mais importante estratégia a ser empreendida para o adequado controle destes agravos.

Reconhecendo que em Rio Branco são escassas as publicações sobre neoplasias de colo uterino e mama, podendo-se afirmar que inexistem inquéritos de base populacional que avaliem a cobertura de realização dos exames de rastreamento destas neoplasias, o presente estudo justificou-se pela necessidade de preencher esta lacuna, através de informações obtidas por meio de um inquérito de base populacional no município.

Este estudo poderá contribuir para o conhecimento da situação de prevenção e detecção destas neoplasias e fornecer subsídios para avaliação e melhoria dos programas de controle destes agravos em Rio Branco-Acre.

Objetivos

4 – OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral:

Avaliar a cobertura dos exames de rastreamento do câncer de mama e do câncer de colo do útero no município de Rio Branco, Acre.

4.2. Objetivos Específicos:

- Caracterizar a população de estudo quanto aos aspectos sociais, demográficos, econômicos e comportamentais;
- Estimar a cobertura do exame clínico anual das mamas e mamografia nos últimos dois anos;
- Determinar a distribuição da cobertura do exame clínico das mamas e mamografia, segundo o local em que o exame foi realizado e motivo de realização do exame;
- Verificar a associação entre a não realização do exame clínico das mamas, mamografia e as variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentais.
- Estimar a cobertura de realização do exame de Papanicolau nos três anos anteriores à pesquisa;
- Determinar a distribuição da cobertura do exame preventivo de Papanicolau, segundo o local em que o exame foi realizado, frequencia e motivo de realização do exame;

- Verificar a associação entre a realização do exame de Papanicolau e as variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentais.

Metodologia

5 – METODOLOGIA

Esta dissertação foi estruturada sob a forma de dois artigos, cobrindo os objetivos específicos.

1º Artigo - Exames de Detecção do Câncer de Mama: Inquérito de Rastreamento em Rio Branco-Acre

- Caracterizar a população de estudo quanto aos aspectos sociais, demográficos, econômicos e comportamentais;
- Estimar a cobertura do exame clínico anual das mamas e mamografia nos últimos dois anos;
- Determinar a distribuição da cobertura do exame clínico das mamas e mamografia, segundo o local em que o exame foi realizado e motivo de realização do exame;
- Verificar a associação entre a não realização do exame clínico das mamas, mamografia e as variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentais.

2º Artigo - Prevenção do Câncer de Colo do Útero: Inquérito de Rastreamento em Rio Branco-Acre

- Caracterizar a população de estudo quanto aos aspectos sociais, demográficos, econômicos e comportamentais;
- Estimar a cobertura de realização do exame de Papanicolau nos três anos anteriores à pesquisa;
- Determinar a distribuição da cobertura do exame preventivo de Papanicolau, segundo o local em que o exame foi realizado, frequência e motivo de realização do exame;
- Verificar a associação entre a realização do exame de Papanicolau e as variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentais.

A metodologia utilizada está apresentada no corpo desses dois artigos e com maiores detalhes no Anexo D.

O projeto “Inquérito de Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco-Acre”, que é a base das informações desta dissertação de mestrado, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, sob o protocolo 2307.001150/2007-22, sendo aprovado em 22 de fevereiro de 2007.

6 – ARTIGO 1

EXAMES DE DETECÇÃO DO CÂNCER DE MAMA: INQUÉRITO DE RASTREAMENTO EM RIO BRANCO-ACRE

Maria Fernanda de Sousa Oliveira[1]

Leila Maria Geromel Dotto[1]

Rosalina Jorge Koifman[2]

Margarida de Aquino Cunha[1]

Pascoal Torres Muniz[1]

[1] Universidade Federal do Acre – UFAC

[2] Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP FIOCRUZ

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é um grave problema de saúde pública em todo o mundo, responsável por elevadas taxas de incidência e mortalidade na população feminina. O rastreamento pelo exame clínico das mamas e diagnóstico por imagem através da mamografia são fundamentais na detecção precoce desta neoplasia. **Objetivo:** Estimar a cobertura do exame clínico anual das mamas e do exame de mamografia nos últimos dois anos em Rio Branco-Acre e identificar variáveis associadas a não realização dos exames. **Método:** Estudo transversal, por inquérito de base populacional, com população elegível de 324 mulheres de 40 a 69 anos. A coleta de dados foi realizada no período de novembro/2007 a outubro/2008. **Resultados:** O percentual de realização do exame clínico das mamas no ano prévio foi de 37,0% (n=305) e da mamografia nos dois anos anteriores à entrevista foi de 40,1%(n=294), sendo que a maior parte dos exames foi realizada na rede de serviços privados. O estudo identificou estimativa de risco positiva para não realização de ambos os exames nos estratos de mulheres com baixa escolaridade ($p<0,05$), com tendência linear significativa de quanto menor a escolaridade maior a razão de prevalência para não realização dos exames. **Conclusão:** Foram encontrados baixos percentuais de cobertura dos exames em Rio Branco, os quais podem estar refletindo a capacidade operacional reduzida de detecção precoce do câncer de mama nos serviços de saúde pública da capital acreana. O estudo também identificou elevada estimativa de risco para não realização de ambos os exames entre as mulheres com baixa escolaridade, revelando a necessidade de se desenvolver estratégias para atingir essa população específica.

Palavras chaves: Neoplasias da mama. Exame clínico. Mamografia

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que ocorram mais de 1.050.000 casos novos de câncer de mama em todo o mundo a cada ano, tornando este o tipo de câncer mais comum entre as mulheres e a primeira causa de morte por neoplasias na população feminina[1].

Considerado um grave problema de saúde pública nos países desenvolvidos, pelas altas taxas de incidência e mortalidade que apresenta, tem se tornado cada vez mais comum nos países em desenvolvimento, onde as taxas de incidência têm aumentado em até 5% por ano nas últimas décadas e as razões de mortalidade por incidência são mais elevadas do que nos países desenvolvidos[2].

No Brasil, de acordo com as estimativas do Instituto Nacional do Câncer para os anos de 2008 e 2009, ocorrerão 234.870 casos novos de câncer na população feminina, sendo o câncer de mama o tipo mais incidente com 49 mil casos novos[3].

Em relação à mortalidade por câncer de mama no país, ocorreu um aumento na taxa de mortalidade padronizada por idade, que variou de 5,77 por 100 mil mulheres em 1979 para 10,15 por 100 mil mulheres em 2002[4,5,6]. Dados oficiais do Sistema de Informações de Mortalidade apontam taxa de 11,4 por 100 mil mulheres no ano de 2006[7].

Excetuando o câncer de pele não melanoma, o câncer de mama é a localização neoplásica com maior incidência e mortalidade na população feminina

do Brasil. Entretanto, na região Norte ocupa o segundo lugar, com uma estimativa de 15 casos novos por 100 mil mulheres e uma taxa de mortalidade de 4,3 por 100 mil mulheres[7].

A maioria dos casos de câncer de mama feminino acomete mulheres após os 40 anos de idade, apresentando um melhor prognóstico quando diagnosticado nos estágios iniciais[8,9]. Sendo assim, a melhor abordagem a ser empreendida diante desta neoplasia é a detecção precoce, fundamentada nos programas de rastreamento pelo exame clínico das mamas e no diagnóstico por imagem através da mamografia[10, 11,12].

A mamografia, um método radiográfico de imagem utilizado na detecção e diagnóstico das doenças da mama, tem sido identificado como o método mais sensível para detecção do câncer de mama em estágio pré-invasivo, ocasião em que a neoplasia tem 95% de chance de ser curável[13,14]. Ensaios clínicos apontam a sensibilidade do exame realizado anualmente para identificar o câncer de mama em torno de 71 a 98% e especificidade em torno de 53 a 86%, com maiores benefícios para as mulheres com idade entre 50 e 69 anos[8].

Já o exame clínico das mamas é um procedimento de baixo custo, pelo qual é possível identificar tumores mamários, especialmente acima de 2 cm de diâmetro, possibilitando a terapêutica oportuna, o aumento da sobrevida e da taxa de cura[8,12,15]. A partir de uma revisão bibliográfica sobre a eficácia do exame, Barton e colaboradores estimaram sensibilidade do exame em torno de 54% e especificidade em torno de 94%, com maior precisão quando a técnica incluía bom

posicionamento das clientes e movimento dos dedos com duração de pelo menos três minutos em cada mama[16].

O Ministério da Saúde do Brasil por meio do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama recomenda a realização do exame clínico das mamas para todas as mulheres nas consultas ginecológicas, com periodicidade anual a partir dos 40 anos de idade, e a realização da mamografia para mulheres com idade entre 50 a 69 anos de idade, com intervalo máximo de dois anos entre os exames. O exame clínico e a mamografia também são preconizados anualmente para mulheres acima de 35 anos que tenham risco elevado de desenvolver câncer de mama [8,11,12].

Considerando a importância do diagnóstico precoce do câncer de mama na população feminina e que inexistem estudos que avaliem a cobertura dos exames de rastreamento para esta neoplasia no estado do Acre, o presente trabalho tem como objetivo avaliar a cobertura do exame clínico das mamas e da mamografia nas mulheres acima de 40 anos, por meio de um inquérito de base populacional realizado na capital acreana.

MATERIAL E MÉTODO

Os dados analisados neste trabalho fazem parte do “Inquérito de Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco-Acre”, um estudo transversal, de base populacional, realizado no município de Rio Branco, capital do Acre, no qual a amostragem foi realizada por conglomerados em dois estágios de seleção, formado por setores censitários e domicílios.

Foram selecionados 35 setores censitários dos 250 elaborados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o censo do ano 2000, os quais incluem áreas da zona urbana e rural de Rio Branco. De cada setor censitário, foram sorteados 25 domicílios, totalizando 875 domicílios, dos quais participaram da pesquisa indivíduos maiores de 18 anos que habitassem no domicílio e aceitassem participar do estudo, por meio de adesão ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados ocorreu no período de novembro/2007 a outubro /2008, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Acre.

A população fonte do inquérito foi composta de 863 mulheres, das quais 817 possuíam idade entre 18 e 69 anos, sendo elegíveis para responder ao módulo de perguntas relacionadas aos exames de detecção do câncer de mama conforme critério pré-estabelecido. Para o presente estudo, foram elegíveis 324 mulheres, pois possuíam idade entre 40 e 69 anos. Destas, 305 (94,1%) mulheres apresentaram respostas válidas para as questões sobre o exame clínico das mamas e 294 (90,7%) para as questões relativas à mamografia. Para avaliação da adesão ao exame clínico das mamas, a variável dependente foi definida como ter realizado ou não o exame no ano prévio à data da entrevista e para avaliação da realização de mamografia a variável desfecho foi definida como ter realizado ou não mamografia nos dois anos anteriores à data da entrevista.

As variáveis independentes demográficas e sócio-econômicas estudadas foram: idade (anos) na data da entrevista, situação conjugal, escolaridade, renda (em salários mínimos) e trabalho fora de casa. As variáveis independentes

relativas a estilo de vida e condições de saúde foram: padrão de alimentação, prática de atividade física (ao menos uma vez por semana), tabagismo, submissão ao exame de Papanicolau nos três anos anteriores à pesquisa, realização de dosagem de glicose e colesterol sanguíneos no último ano, auto-percepção de saúde, morbidade auto-referida, diabetes e hipertensão auto-referidas.

Dentre as mulheres que se submeteram aos exames, foi avaliado o local da demanda do último exame (rede pública ou privada) e qual foi a motivação para sua realização (como exame de rotina ou para verificar problemas anteriores).

O banco de dados foi construído utilizando o pacote estatístico Epi Info 6.0 e para análise dos dados foi utilizado o programa estatístico STATA 10.0 (Stata Corporation).

Foi realizada a análise descritiva das variáveis de interesse do estudo e determinadas medidas de associação através das razões de prevalências para não realização do exame clínico das mamas e da mamografia com as variáveis demográficas, sócio-econômicas, de estilo de vida e condições de saúde. Razões de prevalências foram estimadas a partir do modelo de regressão multivariada de Poisson, considerando-se estatisticamente significativos os valores de $p<0,05$ (IC 95%). O Teste p de Tendência foi aplicado na categoria escolaridade. A análise foi ponderada, sendo utilizados comandos do módulo “svy” *(survey comands)* do pacote estatístico Stata, que considera os pesos, estratos e unidades primárias de amostragem.

RESULTADOS

Em relação à amostra de mulheres que responderam ao exame clínico (n=305), a média de idade foi de 51 anos (primeiro quartil=44 anos, mediana=50 anos e terceiro quartil=57anos), 51,8% eram casadas ou possuía união estável, 46,9% relataram uma escolaridade no nível do ensino fundamental completo, 54,1% trabalhavam fora de casa e 40,1% possuíam renda entre 1 e 2 salários mínimos. Na avaliação da amostra da mamografia, também predominaram mulheres não solteiras (57,6%), com ensino fundamental (48,5%), que trabalhavam fora de casa (51,7%) e que tinham renda entre 1 e 2 salários mínimos (42,9%).

Quanto à realização dos exames, 37,0% afirmaram ter se submetido ao exame clínico no ano prévio à data da entrevista e 40,1% relataram ter realizado o exame de mamografia nos dois anos anteriores à pesquisa.

Analisando a distribuição da freqüência das mulheres conforme local e motivo de realização do exame clínico e da mamografia, observa-se que a maioria das mulheres utilizou a rede de serviços privados e não apresentava problemas visíveis que motivassem os exames (Tabela1).

Tabela 1. Distribuição da freqüência de realização de exame clínico das mamas no ano prévio e de mamografia nos dois anos anteriores à pesquisa, segundo local e motivo de realização do exame, Rio Branco-Acre, 2007-2008.

Variáveis	**Exame Clínico das Mamas (N=127)**	**Mamografia (N=132)**
Local do exame		
Rede SUS	61(49,2)	53(43,0)
Rede Privada	66(50,8)	79(57,0)
Motivo do exame		
Não apresentava problema visível	108(84,3)	104(77,2)
Verificar problemas anteriores	19(15,7)	28(22,8)

A Tabela 2 apresenta a distribuição das características demográficas e sócio-econômicas conforme realização do exame clínico das mamas, mostrando razões de prevalência brutas significativas para não realização do exame para os estratos de mulheres de 60 a 69 anos, que não trabalhavam fora de casa, que não tinham renda ou possuíam renda inferior a dois salários mínimos e com baixa escolaridade.

Após ajuste por idade, as medidas de efeito mantiveram significância estatística nos estratos de mulheres sem escolaridade ou apenas alfabetizada e que possuíam somente o ensino fundamental, com teste t de tendência significativo ($p<0,01$), revelando que quanto menor o grau de escolaridade, maiores são as prevalências para não realização do exame. O grupo etário de mulheres de 50-59 anos apresentou uma razão de prevalência significativa protetora para não realização do exame da ordem de 0,79 (IC: 0,68-0,92), após ajustamento pela variável escolaridade.

Tabela 2. Frequência da realização do exame clínico das mamas no ano anterior à pesquisa e Razões de Prevalência para a não realização do exame, segundo as características socioeconômicas e demográficas, Rio Branco-Acre, 2007-2008.

Variáveis	N(%)*	Exame Clínico das Mamas Não (%)	Sim (%)	Razão de Prevalência IC (95%)	Razão de Prevalência Ajustada ** IC (95%)
Idade					
40-49	145(46,1)	84(62,9%)	61(37,1%)	1,0	1,0
50-59	107(35,7)	57(54,6%)	50(45,4%)	0,86(0,72-1,03)	0,79(0,68-0,92)
60-69	53(18,2)	37(79,7%)	16(20,3%)	1,26(1,07-1,49)	1,08(0,91-1,28)
Escolaridade(anos)* **					
Ensino Superior	50(14,8)	14(30,2)	36(69,8)	1,0	1,0
Ensino Médio	77(22,1)	41(54,5)	36(45,5)	1,80(0,95-3,40)	1,80(0,96-3,35)
Ensino Fundamental	142(48,9)	94(73,3)	48(26,7)	2,42(1,34-4,37)	2,43(1,37-4,30)
Alfabetizada ou sem escolaridade	34(14,2)	27(73,5)	7(26,5)	2,43(1,37-4,31)	2,32(1,31-4,09)
Estado Civil					
Casada/união estável	158(56,2)	81(58,3%)	77(41,7%)	1,0	1,0
Solteira/divorciada/viúva	147(43,8)	97(69,0%)	50(31,0%)	1,18(0,97-1,43)	1,16(0,96-1,40)
Trabalho					
Sim	165(51,4)	82(47,5%)	83(52,5%)	1,0	1,0
Não	140(48,6)	96(72,9%)	44(27,1%)	1,39(1,18-1,63)	1,11(0,93-1,32)
Renda (em salários mínimos)					
Mais de 2 SM	100(31,1)	43(49,3%)	57(50,7%)	1,0	1,0
Menos 1 a 2 SM	120(41,4)	84(72,5%)	36(27,5%)	1,47(1,11-1,93)	1,09(0,87-1,38)
Não tenho renda	79(27,5)	48(64,7%)	31(35,3%)	1,31(1,04-1,64)	0,97(0,76-1,25)

*As diferenças nos valores absolutos correspondem às perdas.
**Razão de prevalência ajustada por escolaridade e idade
***p Tendência linear < 0,05

Quanto às variáveis de estilo de vida e condições de saúde, a análise da razão de prevalência bruta para não realização do exame clínico das mamas no ano prévio mostrou que o estrato de mulheres que não praticava atividade física semanal, não se submeteu ao exame de colesterol e de glicose sanguíneos no último ano, não realizou o exame de mamografia nos últimos dois anos e o exame de Papanicolau nos últimos três anos, e que consideravam a própria saúde como insatisfatória, apresentou razões de prevalências significativas para não realização do exame. Contudo, após ajuste, somente o estrato de mulheres que não havia se

submetido ao exame de mamografia e de colesterol sanguíneo apresentaram associações positivas com significância estatística para não adesão ao exame clínico das mamas.

Tabela 3. Frequência da realização do exame clínico das mamas no ano anterior à pesquisa e Razões de Prevalência para a não realização do exame, segundo as características de estilo de vida e condições de saúde, Rio Branco-Acre, 2007-2008.

Variáveis	N(%)*	Exame Clínico das Mamas Não (%)	Sim (%)	Razão de Prevalência IC (95%)	Razão de Prevalência Ajustada** IC (95%)
Alimentação Saudável					
Sim	186(63,1)	105(63,6)	81(36,4)	1,0	1,0
Não	119(36,9)	73(61,9)	46(38,1)	0,97(0,75-1,24)	0,92(0,79-1,08)
Atividade Física Semanal					
Sim	72(20,2)	28(38,4)	44(61,6)	1,0	1,0
Não	233(79,8)	150(69,2)	83(30,8)	1,80(1,27-2,55)	1,15(0,89-1,49)
Dosagem de Colesterol Sanguíneo no último ano					
Sim	162(50,7)	73(49,8)	89(50,2)	1,0	1,0
Não	143(49,3)	105(76,5)	38(23,5)	1,53(1,20-1,96)	1,22(1,04-1,43)
Dosagem de Glicose Sanguíneo no último ano					
Sim	178(53,8)	84(49,0)	94(51,0)	1,0	1,0
Não	127(46,2)	94(76,9)	33(23,1)	1,50(1,20-1,88)	1,11(0,90-1,36)
Exame de Papanicolau nos últimos três anos					
Sim	237(80,5)	120(54,5)	117(45,5)	1,0	1,0
Não	51(19,5)	45(90,9)	6(9,1)	1,66(1,32-2,10)	1,03(0,91-1,16)
Exame de Mamografia nos últimos dois anos					
Sim	132(41,1)	28(25,4)	104(74,6)	1,0	1,0
Não	155(58,9)	132(86,7)	23(13,3)	3,41(2,28-5,01)	3,00(1,98-4,56)
Auto-percepção de Saúde					
Satisfatória	143(40,4)	71(49,2)	72(50,9)	1,0	1,0
Insatisfatória	160(59,6)	105(70,8)	55(29,2)	1,39(1,11-1,73)	1,15(0,94-1,40)
Morbidade Auto-referida					
Sim	270(90,7)	157(63,5)	113(36,5)	1,0	1,0
Não	35(9,3)	21(57,7)	14(42,3)	1,10(0,77-1,56)	1,00(0,73-1,36)
Hipertensão Auto-referida					
Sim	119(41,4)	67(64,6)	52(35,4)	1,0	1,0
Não	186(58,6)	111(61,8)	75(38,2)	1,04(0,81-1,34)	0,91(0,73-1,13)
Diabetes Auto-referida					
Sim	21(6,1)	14(67,0)	7(33,0)	1,0	1,0
Não	284(93,9)	164(62,7)	120(37,3)	1,06(0,78-1,44)	0,92(0,72-1,18)
Tabagismo					
Sim	57(17,8)	37(70,4)	20(29,6)	1,0	1,0
Não	248(82,2)	141(61,3)	107(38,7)	1,14(0,94-1,39)	0,99(0,86-1,57)

As diferenças nos valores absolutos correspondem às perdas.
**Razão de prevalência ajustada para idade, escolaridade, dosagem de colesterol sanguíneo no último ano, mamografia nos dois últimos anos.

A análise da associação das características demográficas e sócio-econômicas com a realização do exame de mamografia nos dois anos anteriores à data da entrevista (Tabela 4) mostrou razão de prevalência significativa para as mulheres de 50 a 59 anos, com efeito protetor para não realização do exame, expressando razão de prevalência de 0,71(0,57-0,89).

Mulheres com baixa escolaridade, que não trabalhavam fora de casa e que possuíam renda menor que dois salários mínimos apresentaram razões de prevalências brutas positivas para não realização da mamografia nos últimos dois anos. Na análise ajustada por idade, observa-se que somente o estrato de mulheres com baixa escolaridade apresentou razão de prevalência com magnitude positiva para não realização do exame.

A variável escolaridade apresentou-se inversamente associada a não realização do exame de mamografia, com p valor de tendência significativo ($p<0,001$), evidenciando que quanto menor o nível de escolaridade maior a razão de prevalência para não realização do exame de mamografia.

Tabela 4. Frequência da realização do exame de mamografia nos dois anos anteriores à pesquisa e Razões de Prevalência para a não realização do exame, segundo as características socioeconômicas e demográficas, Rio Branco-Acre, 2007-2008.

Variáveis	N(%)*	Mamografia Não (%)	Mamografia Sim (%)	Razão de Prevalência IC (95%)	Razão de Prevalência Ajustada** IC (95%)
Idade					
40-49	138(45,5)	82(64,0)	56(36,0)	1,0	1,0
50-59	102(34,9)	45(46,0)	57(54,0)	0,71(0,57-0,89)	0,65(0,54-0,77)
60-69	54(19,6)	35(75,3)	19(24,7)	1,17(0,94-1,46)	0,94(0,73-1,22)
Escolaridade(anos)* **					
Ensino Superior	50(15,0)	15(31,6)	35(68,4)	1,0	1,0
Ensino Médio	73(21,7)	32(42,9)	41(57,1)	1,35(0,74-2,45)	1,37(0,78-2,40)
Ensino Fundamental	137(48,5)	91(70,4)	46(29,6)	2,22(1,28-3,84)	2,33(1,38-3,93)
Alfabetizada ou sem escolaridade	33(14,8)	23(78,4)	10(21,6)	2,47(1,38-4,44)	2,43(1,35-4,38)
Estado Civil					
Casada/união estável	156(57,6)	78(57,6)	78(42,4)	1,0	1,0
Solteira/divorciada/viúva	138(42,4)	84(63,1)	54(36,9)	1,09(0,88-1,36)	1,13(0,92-1,40)
Trabalho					
Sim	159(48,3)	86(67,9)	49(32,1)	1,0	1,0
Não	135(51,7)	76(51,3)	83(48,7)	1,32(1,07-1,62)	0,99(0,78-1,27)
Renda (em salários mínimos)					
Mais de 2 SM	96(30,2)	37(44,6)	59(55,4)	1,0	1,0
Menos 1 a 2 SM	116(42,9)	80(74,8)	36(25,2)	1,67(1,23-2,27)	1,19(0,88-1,61)
Não tenho renda	76(26,9)	43(55,1)	33(44,9)	1,23(0,84-1,81)	0,86(0,56-1,31)

*As diferenças nos valores absolutos correspondem às perdas.
**Razão de prevalência ajustada por idade e escolaridade
***p de Tendência <0,001

Em relação à análise multivariada das características de estilo de vida e condições de saúde, (Tabela 5), as razões de prevalência ajustadas mostraram que mulheres que não se submeteram ao exame clínico anual das mamas e que não estavam com o exame de Papanicolau atualizado apresentaram uma estimativa de risco positiva com significância estatística para não realização do exame de mamografia.

Tabela 5. Frequência da realização do exame de mamografia nos dois anos anteriores à pesquisa e Razões de Prevalência para a não realização do exame, segundo as características de estilo de vida e condições de saúde, Rio Branco-Acre, 2007-2008.

Variáveis		Mamografia		Razão de Prevalência IC (95%)	Razão de Prevalência Ajustada IC (95%)
	N(%)*	Não (%)	Sim (%)		
Alimentação Saudável					
Sim	181(62,8)	93(59,1)	88(40,9)	1,0	1,0
Não	113(37,2)	69(61,4)	44(38,6)	1,03(0,82-1,30)	1,00(0,87-1,15)
Atividade Física Semanal					
Sim	73(20,8)	23(31,4)	50(68,6)	1,0	1,0
Não	221(79,2)	139(67,4)	82(32,6)	2,15(1,45-3,17)	1,37(0,96-1,95)
Dosagem de Colesterol Sanguíneo no último ano					
Sim	155(50,2)	63(47,3)	92(52,7)	1,0	1,0
Não	139(49,8)	99(72,7)	40(27,3)	1,53(1,19-1,98)	1,07(0,86-1,33)
Dosagem de Glicose Sanguíneo no último ano					
Sim	173(54,0)	76(49,9)	97(50,1)	1,0	1,0
Não	121(46,0)	86(71,7)	35(28,3)	1,43(1,11-1,85)	0,93(0,76-1,15)
Exame de Papanicolau nos últimos três anos					
Sim	226(79,5)	99(48,1)	127(51,9)	1,0	1,0
Não	52(20,5)	50(97,2)	2(2,8)	2,01(1,49-2,72)	1,37 (1,13-1,65)
Exame Clínico das mamas no último ano					
Sim	127(38,5)	23(20,3)	104(79,7)	1,0	1,0
Não	160(61,5)	132(83,0)	28(17,0)	4,07(2,47-6,42)	3,23(2,05-5,08)
Auto-percepção de Saúde					
Satisfatória	137(39,5)	65(49,2)	72(50,8)	1,0	1,0
Insatisfatória	155(60,5)	95(66,5)	60(33,5)	1,35(1,03-1,76)	1,02(0,77-1,35)
Morbidade Auto-referida					
Sim	263(91,2)	145(60,3)	118(39,7)	1,0	1,0
Não	31(8,8)	17(56,3)	14(43,7)	0,93(0,62-1,40)	1,05(0,72-1,54)
Hipertensão Auto-referida					
Sim	114(40,6)	55(56,5)	59(43,5)	1,0	1,0
Não	180(59,4)	107(62,3)	73(37,7)	1,10(0,88-1,37)	1,14(0,98-1,32)
Diabetes Auto-referida					
Sim	22(6,6)	13(63,5)	9(36,5)	1,0	1,0
Não	272(93,4)	149(56,7)	123(43,3)	0,94(0,64-1,37)	0,88(0,65-1,20)
Tabagismo					
Sim	54(18,9)	35(72,6)	19(27,4)	1,0	1,0
Não	240(81,1)	127(57,0)	113(43,0)	0,78(0,61-1,00)	0,88(0,70-1,11)

*As diferenças nos valores absolutos correspondem às perdas.

**Razão de prevalência ajustada para idade, escolaridade, exame clínico anual das mamas e Papanicolau nos últimos 3 anos.

DISCUSSÃO

No presente estudo, os percentuais de cobertura do exame clínico das mamas no ano prévio (37%) e de mamografia nos dois anos anteriores à entrevista (40,1%) foram inferiores aos observados em um inquérito semelhante realizado com mulheres de 40 a 69 anos em Campinas-SP nos anos de 2001 e 2002[9], que atingiu 61,8% para o exame clínico das mamas e de 49,2% para a mamografia.

A cobertura do exame clínico anual das mamas em mulheres acima de 40 anos observada na PNAD de 2003 foi de 37,7% [17], resultado similar ao observado em nosso estudo na capital do Estado, reforçando a consistência dos nossos achados.

Quando comparamos a realização dos exames nos últimos dois anos na população de 50 a 69 anos, condições adotadas na pesquisa de base populacional realizada pelo INCA em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2003[4], a cobertura do exame clínico das mamas em Rio Branco atinge 49,2% e a da mamografia 43,5%, percentuais superiores aos registrados nas capitais da região Norte que participaram do estudo (Manaus com 39,8% e 42,3%, e Belém com 43,6% e 36,8%, percentuais para exame clínico das mamas e mamografia, respectivamente). Cabe ressaltar que as coberturas observadas em Rio Branco foram inferiores aos resultados de todas as outras capitais participantes. O percentual para mamografia encontrado em Rio Branco foi semelhante aos da

PNAD 2003, que apontaram cobertura de mamografia no Brasil de 41,2% nessa faixa etária nos últimos dois anos[17].

Os resultados encontrados em inquéritos de abrangência nacional identificam baixos percentuais de cobertura para estes exames no Brasil. Em países desenvolvidos como Estados Unidos, Canadá e Reino Unido tem se observado uma redução importante na mortalidade por câncer de mama associada à detecção precoce decorrente de adequados programas de rastreamento e oferta de tratamento oportuno desenvolvidos nesses países, corroborando a importância dessa abordagem[12].

A maioria das mulheres que foi submetida aos exames não utilizou a rede do Sistema Único de Saúde, fato que também foi observado nas outras capitais estudadas pelo INCA, que apresentaram percentuais de utilização da rede SUS de 27,6% (Belém) a 48,7% (São Paulo) quando considerado o exame clínico das mamas e de 17,3% (Rio de Janeiro) a 46,7% (São Paulo) para a mamografia, excetuando Campo Grande em que a rede SUS foi o local de maior percentual do exame clínico e Manaus que obteve maior proporção para o SUS em ambos os exames[4]. O baixo percentual de cobertura dos exames no SUS pode estar contribuindo para o diagnóstico tardio e para as altas taxas de mortalidade por câncer de mama na população brasileira. As limitações do serviço de rastreamento público podem também estar favorecendo à maior proporção de exames na rede não pública, onde haveria maior facilidade para utilização dos exames.

O presente estudo identificou que a não realização do exame clínico das mamas e da mamografia estiveram associados à menor escolaridade das mulheres, com tendência significativa de quanto menor a escolaridade, maiores prevalências para não realização dos exames. Resultado semelhante ao encontrado na maioria das capitais brasileiras, onde a realização de ambos os exames estiveram positivamente associadas à maior escolaridade[18], gradiente que também se mostrou presente no estudo da PNAD[17].

Na análise multivariada, somente a faixa etária de 50 a 59 anos esteve associada de forma protetora a não realização de ambos os exames. Estudos têm revelado menor prática de exames na população mais idosa, onde os casos de câncer têm maior incidência[9], identificando a necessidade de se estimular a prevenção nesse grupo específico.

Nas características relacionadas ao estilo de vida, cuidados de saúde e morbidades, foi encontrada associação significativa com a não realização do exame clínico no estrato de mulheres que não haviam se submetido à dosagem de colesterol sanguíneo no último ano e a exames de mamografia nos dois anos anteriores à pesquisa.

Em relação à mamografia, estiveram associados a não realização do exame nos últimos dois anos não ter realizado o exame clínico das mamas no último ano e o exame de Papanicolau nos últimos três anos.

A marcante associação de exame de Papanicolau desatualizado e não realização dos exames de detecção do câncer de mama demonstra algo esperado, uma vez que todos esses exames fazem parte do atendimento da

consulta ginecológica. Conforme afirma Thuler[8], o rastreamento oportunista ocorre quando executado por iniciativa pessoal ou do profissional de saúde que o indica, permitindo sua prática por ocasião de outra demanda, como na realização do exame de Papanicolau ou de outras queixas ginecológicas, favorecendo a detecção precoce e oportuna das neoplasias de mama.

Inquéritos transversais de base populacional se configuram como importantes fontes de conhecimentos que contribuem para a organização dos serviços de saúde. Ainda que possam estar sujeitos a algumas limitações como vieses de informação e de memória, vários estudos sobre cobertura do exame clínico das mamas e da mamografia têm utilizado informações oriundas de inquéritos de base populacional pelo baixo custo relativo e pela semelhança apresentada na relação entre os dados referidos e os registrados em prontuários [9,13].

No presente estudo, perguntas relativas aos fatores de risco para câncer de mama, como uso de terapia hormonal, nuliparidade, menarca precoce ou menopausa tardia, não foram abordadas no questionário, aspectos que podem ser avaliados em próximos estudos.

CONCLUSÃO

Os baixos percentuais de cobertura do exame clínico das mamas e da mamografia encontrados em Rio Branco-Acre podem estar refletindo a capacidade operacional reduzida de detecção precoce do câncer de mama nos serviços de

saúde pública do município, revelando necessidade de fortalecimento do programa de rastreamento a fim de proporcionar às mulheres maior acessibilidade a esses exames, os quais podem favorecer a terapêutica adequada e propiciar maiores chances de cura e redução da mortalidade por este tipo de neoplasia.

O estudo também identificou elevada estimativa de risco para não realização de ambos os exames entre as mulheres com baixa escolaridade, revelando a necessidade de se desenvolver estratégias para atingir essa população específica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (ARTIGO 1)

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

2. International Agency for Research on Cancer-IARC [homepage on the Internet]. World Cancer Report 2008; [Acesso 13 jul 2009]. Disponível em:<http://www.iarc.fr>.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.

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

5. Ferreira, MLSM. Análise da percepção de mulheres de uma unidade básica de saúde sobre exame de papanicolau e de mama.. Rev. Ciên. Méd. Campinas, jan./fev.2007 v. 16, p. 5-13.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Atlas de mortalidade por câncer no Brasil 1979-1999. Rio de Janeiro: INCA; 2002.

7. Brasil. Ministério da Saúde. [homepage da Internet]. Sistema de informação sobre Indicadores e dados básicos – 2008.

8. Thuler, LCS. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. Rev. Bras. Cancerol. 2003 abr; 49(4): 227-238.

9. Amorim, VMSL et al. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(11):2623-2632, nov 2008.

10. Molina, L, Dalben, I, Luca, LA. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. Rev. Assoc. Med. Bras 2003; 49(2): 185-90.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce

do câncer da mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama: documento do consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

13. Corrêa RS. et al. Impacto de um programa de avaliação da qualidade da imagem nos serviços de mamografia do Distrito Federal. Radiol Bras. 2008 Mar/Abr; 41(2):109–114.

14. Godinho ER, Koch HA. O perfil da mulher que se submete a mamografia em Goiânia – uma contribuição a "Bases para detecção precoce do câncer de mama". Radiol Bras 2002; 35:139–45.

15. Dias-da-Costa JS.et al. Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2007 jul.: 23(7):1603-1612.

16. Barton MB, Harris R, Fletcher SW. The rational clinical examination. Does this patient have breast cancer? The screening clinical breast examination: should it be done? How? JAMA 1999; 282:1270-80.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por amostra de domicílio: acesso e utilização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: 2003.

7 – ARTIGO 2

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: INQUÉRITO DE RASTREAMENTO EM RIO BRANCO-ACRE

Maria Fernanda de Sousa Oliveira[1]

Leila Maria Geromel Dotto[1]

Rosalina Jorge Koifman[2]

Margarida de Aquino Cunha[1]

Pascoal Torres Muniz[1]

[1] Universidade Federal do Acre – UFAC

[2] Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP FIOCRUZ

RESUMO

Introdução: O câncer de colo do útero é um dos principais tipos de neoplasia que podem afetar a população feminina, constituindo elevados índices de morbi-mortalidade principalmente em países em desenvolvimento. Considerando que esta neoplasia apresenta lesões precursoras que têm bom prognóstico se diagnosticadas e tratadas precocemente, é de fundamental importância avaliar a execução do rastreamento populacional por meio do exame preventivo de Papanicolau. **Objetivos:** Estimar a prevalência auto-referida do exame preventivo de câncer de colo do útero no município de Rio Branco-Acre e caracterizar a população que se submeteu ao exame. **Método:** Estudo transversal de base populacional, com amostragem por conglomerados em dois estágios de seleção, formada por 772 mulheres de 18 a 69 anos no período de novembro/2007 a outubro/2008. **Resultados:** O percentual de mulheres que relataram ter se submetido à pelo menos um exame nos três anos anteriores à pesquisa foi de 75,3% e na população alvo (25 a 59 anos) foi de 85,3%. Entre as que se submeteram ao exame, a maioria utilizou a rede SUS (75,0%), realizou o preventivo como de rotina (84,7%) e com frequência anual (61,7%). Foram encontradas estimativas de risco positivas para não realização do exame com significância estatística ($p<0,05$) nas mulheres de 18 a 24 anos (RP=3,19 IC: 2,23-4,57), de 60 a 69 anos (RP=2,05 IC:1,45-2,88) solteiras (RP=1,77 IC:1,22-2,58), com menor renda (RP=1,47 IC:1,13-1,92), com baixa escolaridade (RP=1,74 IC:1,37-2,20) e que relatavam não ter se submetido à dosagem de colesterol sanguíneo (RP=1,89 IC:1,22-2,90). **Conclusão:** A cobertura do rastreamento do exame preventivo de Papanicolau demonstrou-se elevada na capital acreana, com acentuada utilização da rede do Sistema Único de Saúde, revelando facilidade de acesso ao exame no serviço público. As magnitudes encontradas nas razões de prevalência para não realização do exame foram consistentes com os achados de outros estudos, apontando maior necessidade de intervenção no grupo específico de mulheres, cujas estimativas de risco estiveram positivamente associadas a não realização do exame.

Palavras chaves: Neoplasias de colo do útero. Programas de Rastreamento. Papanicolau

INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero é o segundo tipo de neoplasia mais comum e a terceira causa de morte em mulheres por câncer no mundo, excetuando o câncer de pele não melanoma. As mais elevadas taxas de incidência são observadas nos países em desenvolvimento, destacando-se a América Latina e países do Caribe, partes da África e no Sul e Sudeste Asiático, que podem apresentar taxas de incidência superior a 25/100 mil mulheres/ano e taxas de mortalidade em torno de 10-25/100 mil mulheres/ano, contrapondo-se, assim, às baixas taxas observadas em países desenvolvidos[1, 2].

No Brasil, de acordo com as estimativas do Instituto Nacional do Câncer, válidas para os anos de 2008 e 2009, o câncer de colo do útero é considerado o segundo tipo de neoplasia mais incidente, com taxa estimada de 19/100 mil mulheres, sendo que na região Norte este câncer ocupa o primeiro lugar, apresentando taxas de incidência estimada de 22/100 mil mulheres[3].

Em relação à mortalidade por câncer de colo do útero, dados oficiais do país apresentam taxa de mortalidade ajustada por idade de 4,81/100 mil mulheres, sendo o Norte a região onde se encontra a mais elevada taxa de mortalidade do país, de 5,97/100 mil mulheres[4].

Considerando que esta neoplasia apresenta lesões precursoras que têm bom prognóstico se diagnosticadas e tratadas precocemente, a melhor forma de abordagem consiste na realização do rastreamento, através do exame preventivo para câncer de colo do útero, também conhecido como exame de Papanicolau, um procedimento simples e de baixo custo, capaz de detectar as alterações em

fases pré-malignas, quando são curáveis com medidas relativamente simples[5], reduzindo o risco cumulativo do câncer de colo do útero em 84% para mulheres rastreadas a cada cinco anos e em 91% para mulheres que se submetem ao exame a cada três anos[6].

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a cobertura de 80 a 85% de rastreamento da população de risco com o exame Papanicolau. No Brasil, é indicado para mulheres que já tiveram relação sexual, especialmente dos 25 aos 59 anos de idade, com periodicidade anual, e trienal quando dois exames anuais seguidos apresentarem resultados negativos para displasia ou neoplasia[7,8,9].

Apesar das elevadas taxas de morbimortalidade por câncer de colo uterino na região Norte, observa-se que são escassos os estudos sobre cobertura do exame de Papanicolau que investiguem esta região. Em relação ao Acre, este estado não foi contemplado por nenhuma das pesquisas de abrangência nacional e até o presente momento inexistem estudos que avaliem a cobertura populacional do rastreamento para câncer de colo uterino pelo exame de Papanicolau.

Sendo assim, o objetivo do presente trabalho consiste em estimar a cobertura do exame preventivo para câncer de colo do útero no município de Rio Branco-Acre nos três anos anteriores à pesquisa e avaliar as características da população estudada conforme adesão ao exame.

MATERIAL E MÉTODO

Os dados analisados neste trabalho fazem parte do “Inquérito de Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco-Acre”, um estudo transversal, de base populacional, realizado no município de Rio Branco, capital do Acre, no qual a amostragem foi realizada por conglomerados em dois estágios de seleção, formado por setores censitários e domicílios.

No referido inquérito foram selecionados 34 setores censitários dos 250 elaborados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o censo do ano 2000, os quais incluem áreas da zona urbana e rural de Rio Branco. De cada setor censitário, foram sorteados 25 domicílios, totalizando 850 domicílios, dos quais participaram da pesquisa indivíduos maiores de 18 anos que habitassem no domicílio e aceitassem participar do estudo, por meio de adesão ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados ocorreu no período de novembro/2007 a outubro/2008, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Acre.

A população fonte do inquérito foi composta de 863 mulheres. Para o presente estudo, foram elegíveis 817 mulheres entre 18 e 69 anos de idade. Foi registrada uma perda de 5,5% das mulheres (45) entrevistadas devido a não resposta do módulo com dados relacionados ao exame preventivo para câncer de colo do útero, o que resultou numa amostra de 772 mulheres para o presente estudo.

A variável dependente, o desfecho, foi definida como ter realizado ou não o exame nos três anos anteriores à data da realização da entrevista. As variáveis

independentes estudadas foram: idade (anos) na data da entrevista, situação conjugal, escolaridade, renda (em salários mínimos), trabalho fora de casa, tabagismo, auto-percepção de saúde, padrão de alimentação, prática de atividade física semanal, submissão à dosagem de glicose e colesterol sanguíneos, morbidade auto-referida, diabetes e hipertensão auto-referidas.

Dentre as mulheres que se submeteram ao exame, foi avaliado o relato de frequência do exame Papanicolau, local da demanda do último exame (rede pública ou privada) e qual foi a indicação para sua realização.

O banco de dados foi construído utilizando o pacote estatístico Epi Info 6.0 e para análise dos dados foi utilizado o programa estatístico STATA 10.0 (Stata Corporation).

Foi realizada a análise descritiva das variáveis de interesse do estudo e determinadas medidas de associação através das razões de prevalências para as variáveis relativas à cobertura do exame de Papanicolau e as variáveis demográficas, socioeconômicas, de estilo de vida e condições de saúde. Foi utilizado o Teste de Qui-quadrado de Pearson e estimadas razões de prevalências a partir da análise de regressão multivariada de Poisson, considerando-se estatisticamente significativos os valores de $p<0,05$(IC 95%). A análise foi ponderada, sendo utilizados comandos do módulo “svy” *(survey comands)* do pacote estatístico Stata, que considera os pesos, estratos e unidades primárias de amostragem.

RESULTADOS

Na amostra elegível para esta pesquisa (n=772), a média de idade foi de 36,6 anos (primeiro quartil=25,0 anos, mediana=34,0 anos e o terceiro quartil=46,0 anos) 55,3% eram casadas ou relataram união consensual, 65,3% tinham pelo menos o ensino fundamental completo, 56,5% não trabalhavam fora de casa, 54,4% possuíam renda de até um salário mínimo, 60,6% já havia se submetido a exame de colesterol sanguíneo e 57,1% afirmou ter realizado exame de glicose sanguínea alguma vez na vida.

Encontramos que o percentual de mulheres submetidas ao exame de Papanicolau pelo menos uma vez nos três anos anteriores foi de 75,3% (586). Considerando somente a população alvo para a realização do exame, composta por mulheres de 25 a 59 anos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, o percentual de adesão ao exame se eleva para 85,3% (453) (Tabela 1).

Tabela 1. Frequencia de realização do exame Papanicolau (PCCU) nos três anos anteriores à pesquisa, segundo grupos etários de mulheres, Rio Branco-Acre, 2007-2008.

PCCU	Mulheres elegíveis do Inquérito (18 a 69 anos)	Mulheres Alvo do Programa-MS (25 a 59 anos)	Mulheres <25anos e >59 anos
	No %	No %	No %
Sim (%)	586 (75,3)	453 (85,3)	133 (54,3)
Não (%)	186 (24,7)	79 (14,7)	107 (45,7)
TOTAL	772 (100)	532 (100)	240 (100)

Dentre todas as mulheres que se submeteram ao exame, a maioria (75,0%) utilizou a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) como local para a última coleta,

84,7% afirmou realizá-lo como exame de rotina e 61,7% referiu adotar uma periodicidade anual na adesão ao exame (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da realização do exame Papanicolau nos três anos anteriores à pesquisa, segundo local, motivo e frequência do exame, Rio Branco-Acre, 2007-2008.

Variáveis	Mulheres 18-69a N=586*(%)	Mulheres 25-59a N=532* (%)	Mulheres <25 e >59a N=240* (%)
Local de realização do exame			
Rede SUS	417(75,0)	329(72,8)	88(66,7)
Rede Privada	167(25,0)	123(27,2)	44(33,3)
Motivo para realização do exame			
Exame de Rotina	511(84,7)	393(87,0)	119(89,5)
Problemas anteriores	71(15,0)	57(12,6)	14(10,5)
Outros	2(0,3)	2(0,4)	-
Frequência de realização do exame			
Só fez uma vez	30(5,1)	18(4,1)	12(9,6)
Semestral	86(15,1)	72(16,3)	14(11,2)
Anual	350(61,7)	278(62,4)	72(57,6)
A cada 2 anos	40(7,1)	27(6,1)	13(10,4)
A cada 3 anos	10(1,8)	7(1,6)	3(2,4)
Mais de 3 anos	12(2,3)	10(2,7)	2(1,6)
Variável	39(6,9)	30(6,8)	9(7,2)

* As diferenças nos valores absolutos das freqüências correspondem às perdas.

Quanto às características sócio-econômicas e demográficas, entre as mulheres que realizaram PCCU a maior parte pertencia à faixa etária de 35 a 50 anos (30,6%) seguido da faixa etária entre 25 e 35 anos (30,5%), era casada ou possuía união estável (59,9%), possuía o ensino médio completo (40,4%) e ensino fundamental (36,9%), trabalhava fora de casa (52,5%) e possuía renda menor que 1 até 2 salários mínimos (41,7%) (Tabela 3).

Maiores percentuais de adesão ao exame foram encontrados entre as que afirmaram não praticar atividade física regularmente (80,0%), ter se submetido à exame de colesterol (66,1%) e glicose (61,5%) sanguínea, com significância estatística (Tabela 3).

Tabela 3. Frequencia de realização do exame PCCU nos últimos três anos das mulheres de 18 a 69 anos, segundo as variáveis sócio-econômicas, demográficas, de estilo de vida e condições de saúde, Rio Branco-Acre, 2007-2008.

Variáveis	**Realizou PCCU (n=772*)**		**"p" valor**
	Não (%) n=186*	Sim (%) n=586*	
Faixa etária			
18|-25 anos	87(47,7)	100(17,1)	P < 0.001
25|-35 anos	28 (13,5)	178(30,5)	
35|-50 anos	31(16,7)	189(30,6)	
50|-69 anos	40(22,1)	119(21,8)	
Status conjugal			
Solteira/divorciada/viúva	120(58,9)	250(40,1)	P= 0.004
Casado/união estável	66(41,1)	336(59,9)	
Escolaridade			
Não alfabetizado	11(6,7)	18(3,9)	P= 0.356
Alfabetizado	6(3,9)	10(2,1)	
Ensino Fundamental	65(42,6)	216(36,9)	
Ensino Médio	76(35,4)	232(40,4)	
Ensino Superior e mais	26(11,4)	109(16,7)	
Trabalho			
Sim	64(31,5)	301(52,5)	P= 0.003
Não	122(68,5)	285(47,5)	
Renda (em SM)			
Não tenho renda	92(59,0)	207(52.9)	P = 0.001
Menos 1 a 2 SM	64(41,0)	232(47,1)	
Fuma			
Sim	22(15,4)	85(14,9)	P = 0.873
Não	164(84,6)	501(85,1)	
Percepção de Saúde			
Excelente	15(6,8)	49(7,4)	P= 0.872
Boa	83(44,5)	263(42,7)	
Regular	72(38,9)	237(41,4)	
Ruim	16(9,8)	36(8,5)	
Alimentação Saudável			
Sim	83(49,6)	333(55,9)	P= 0.244
Não	103(50,4)	253(44.1)	
Atividade Física			
Sim	27(12,8)	125(20,0)	P= 0.036
Não	159(87,2)	461(80,0)	
Dosagem de Colesterol Sanguíneo			
Sim	81(43,4)	397(66,1)	P < 0.001
Não	104(56,6)	188(33.9)	
Dosagem de Glicose Sanguínea			
Sim	78(43,5)	370(61,5)	P < 0.001
Não	108(56,5)	216(38,5)	
Morbidade Auto-referida			
Sim	54(27,9)	125(19,1)	P= 0.07
Não	132(72,1)	461(80,9)	
Hipertensão Auto-referida			
Sim	37(24,3)	175(30,0)	P= 0.229
Não	149(75,7)	411(70,0)	
Diabetes Auto-referida			
Sim	4 (1,8)	25(3,9)	P= 0.176
Não	182(98,2)	561(96,1)	

* As diferenças nos valores absolutos das freqüências correspondem às perdas.

As razões de prevalência brutas mostraram que o estrato de mulheres não pertencentes à faixa etária alvo do Programa do Ministério da Saúde, sem união estável, que não trabalhavam fora de casa e com menor renda apresentaram maiores estimativas de risco para não realização do exame.

Após ajuste com as variáveis idade, estado civil, renda e escolaridade, a variável trabalhar fora de casa perdeu significância estatística e a escolaridade passou a apresentar associação com a não submissão ao exame, expressando razão de prevalência de 1,74 (IC 1,37-2,20) quando comparamos as mulheres que possuíam até o ensino fundamental tendo como referência o estrato de mulheres com maior escolaridade.

Na análise ajustada, a associação com não realização do exame obteve um resultado mais expressivo entre as mais jovens (idade inferior a 25 anos), apresentando uma razão de prevalência de 3,19 (IC 2,23-4,57) maior para não realização do exame do que a faixa etária alvo. Na população acima de 59 anos a magnitude de associação para não realização do exame foi de 2,05 (IC 1,45-2,88) (Tabela 4).

Tabela 4. Frequência da realização do exame PCCU nos três anos anteriores à pesquisa e Razões de Prevalência para a não realização do exame nas mulheres de 18 a 69 anos, segundo as características socioeconômicas e demográficas, Rio Branco-Acre, 2007-2008

Variáveis	**Realizou PCCU**		**Razão de Prevalência IC (95%)**	**Razão de Prevalência Ajustada ** IC (95%)**
	Sim(%) n=586*	**Não(%)** n=186*		
Idade (anos)				
18|-25	100(52,2)	87(47,8)	3,25(2,24-4,74)	3,19(2,23-4,57)
25|-60	453(85,3)	79(14,7)	1,0	1,0
60|-69	33(61,1)	20(38,9)	2,65(1,97-3,56)	2,05(1,45-2,88)
Escolaridade (anos)				
8 e mais	383(78,9)	109 (21,1)	1,0	1,0
0-7	192(71,1)	69(28,9)	1,36(0,99-1,86)	1,74(1,37-2,20)
Estado Civil				
Casada/união estável	336(81,7)	66(18,3)	1,0	1,0
Solteira/divorciada/viúva	250(67,4)	120(32,6)	1,77(1,20-2,60)	1,77(1,22-2,58)
Trabalho				
Sim	301(82,1)	64(17,9)	1,0	1,0
Não	285(70,0)	122(30,0)	1,67(1,20-2,24)	1,09(0,69-1,74)
Renda				
Maior que 1SM	299(81,4)	69(18,6)	1,0	1,0
Menor que 1SM	279(70,3)	114(29,7)	1,59(1,30-1,93)	1,47(1,13-1,92)

*As diferenças nos valores absolutos das freqüências correspondem às perdas
**Razão de prevalência ajustada para idade, estado civil, renda e escolaridade.

Em relação à análise da associação entre as características de estilo de vida e saúde auto-referidas e a não realização do exame, foi encontrada associação para não submissão ao exame somente na variável correspondente a não praticar atividade física, não realização de exames de colesterol e glicose sanguíneos, sendo que após ajuste somente o estrato de mulheres que não se submeteram à dosagem de colesterol sanguíneo se mostrou significativa, com estimativa de risco da ordem de 1,89 para não realização do PCCU (Tabela5).

Tabela 5. Frequência da realização do exame PCCU nos três anos anteriores à pesquisa e Razões de Prevalência para a não realização do exame nas mulheres de 18 a 69 anos, segundo as características de estilo de vida, cuidados e condições de saúde auto-referida, Rio Branco-Acre, 2007-2008

Variáveis	**Realizou PCCU**		**Razão de Prevalência IC (95%)**	**Razão de Prevalência Ajustada ** IC (95%)**
	Sim(%) n=586*	**Não(%)** n=186*		
Alimentação Saudável				
Sim	333(77,4)	83(22,6)	1,0	1,0
Não	253(72,8)	103(27,2)	1,20(0,83-1,67)	1,16(0,87-1,54)
Atividade Física				
Sim	125(82,7)	27(17,3)	1,0	1,0
Não	461(73,6)	159(26,4)	1,52(1,01-2,29)	1,21(0,76-1,91)
Dosagem de Colesterol Sanguíneo				
Sim	397(82,6)	81(17,4)	1,0	1,0
Não	188(65,1)	104(34,9)	2,00(1,52-2,63)	1,65(1,12-2,42)
Dosagem de Colesterol Sanguíneo no último ano				
Sim	231(86,0)	38(14,0)	1,0	1,0
Não	355(69,9)	147(30,1)	2,15(1,53-3,03)	1,89(1,22-2,90)
Dosagem de Glicose Sanguínea				
Sim	370(81,2)	78(18,8)	1,0	1,0
Não	219(67,5)	108(32,5)	1,72(1,27-2,34)	1,04(0,73-1,48)
Dosagem de Glicose Sanguínea no último ano				
Sim	274(84,7)	52(15,3)	1,0	1,0
Não	310(68,8)	133(31,2)	2,04(1,18-3,53)	1,26(0,67-2,38)
Auto-percepção de Saúde				
Satisfatória	312(74,8)	98(25,2)	1,0	1,0
Não Satisfatória	273(75,7)	88(24,3)	0,96(0,69-1,35)	1,02(0,77-1,35)
Morbidade Auto-referida				
Não	125(67,6)	54(32,4)	1,0	1,0
Sim	461(77,4)	132(22,6)	0,69(0,47-1,02)	0,94(0,63-1,41)
Hipertensão Auto-referida				
Não	411(73,8)	149(26,2)	1,0	1,0
Sim	175(79,0)	37(21,0)	0,80(0,55-1,16)	0,88(0,66-1,16)
Diabetes Auto-referida				
Não	561(74,9)	182(25,1)	1,0	1,0
Sim	25(86,9)	4(13,1)	0,52(0,18-1,48)	0,69(0,15-3,12)
Tabagismo				
Não	501(75,4)	164(24,6)	1,0	1,0
Sim	85(74,7)	22(25,3)	1,02(0,72-1,45)	0,85(0,64-1,13)

*As diferenças nos valores absolutos das freqüências correspondem às perdas

**Razão de prevalência ajustada para idade, estado civil, renda, escolaridade e dosagem de colesterol sanguíneo no último ano.

DISCUSSÃO

O percentual de cobertura do exame preventivo para câncer de colo do útero nos últimos três anos encontrado neste estudo revela boa adesão ao exame de Papanicolau pelas mulheres de Rio Branco, alcançando o percentual recomendado pela Organização Mundial de Saúde para a população de risco, considerada na faixa etária de 25 a 59 anos pelo Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama do Ministério da Saúde[7].

Em relação a essa população alvo, o percentual de adesão ao exame de Papanicolau de Rio Branco equipara-se aos melhores resultados de inquéritos realizados em outras capitais brasileiras.

Uma revisão sistemática da literatura conduzida por Martins e colaboradores[1] revelou que até o ano de 2004 foram realizados no Brasil treze estudos transversais para cobertura de exames de Papanicolau, sendo nove de base populacional e quatro com amostra não aleatória. Destes, quatro foram em São Paulo nos anos de 1987, 1988, 2000 e 2002, quatro no Rio Grande do Sul nos anos de 1995, 1999, 2000 e 2002 e um no Paraná em 2002, com diferenças metodológicas entre eles.

O inquérito de base populacional realizado em São Paulo, no ano de 2000, com uma amostra de 1.050 mulheres com idade entre 15 e 49 anos e com atividade sexual ativa, revelou que 77, 3% se submeteram ao exame nos três anos anteriores à pesquisa[10]. Já no inquérito de Pelotas(RS) foi encontrado o percentual de 68,8% em uma amostra de 1.178 mulheres de 25 a 59 anos[11].

Outras pesquisas de base populacional realizadas, como o estudo transversal em São Leopoldo (RS) no ano de 2003 revelou uma cobertura de 85,5% nos últimos três anos[8], um inquérito em Londrina (PR), no ano de 2004, que encontrou cobertura de 80,7%[12], em São Luís (MA), 82,4% das mulheres informou ter se submetido ao exame pelo menos uma vez[6] e no município de Rio Grande (RS) 83% se submeteram ao exame pelo menos uma vez nos três anos anteriores à pesquisa [13].

Em 2003, foram realizados três inquéritos de base populacional de abrangência nacional. Um deles foi a Pesquisa Mundial de Saúde realizada pela OMS em 188 municípios. Esta pesquisa identificou uma cobertura de 66% de realização do exame entre mulheres de 18 a 69 anos, nos três anos anteriores à pesquisa[14]. Outro foi a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)[15], na qual 76% das mulheres informaram ter realizado o Papanicolau nos cinco anos anteriores à pesquisa. Já pelo Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis, realizado em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, a cobertura dos exames de Papanicolau variou de 73,4% em João Pessoa a 92,9% em Vitória[16]

Comparando nossos achados com resultados apresentados neste último inquérito, o qual possui os mesmos aspectos metodológicos aplicados no presente estudo, a capital acreana ocupou o sexto lugar de maior adesão ao exame em relação às demais capitais e a primeira posição em relação às capitais selecionadas da região norte que participaram da referida pesquisa.

O percentual elevado encontrado em Rio Branco pode estar relacionado à natureza do estabelecimento onde ocorreu o exame, que demonstrou ser a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) o principal local de coleta (75,0%), revelando a importância do acesso ao exame de Papanicolau pelos serviços públicos de saúde nesta capital. Em outras capitais da região norte, como Manaus (63,4%) e Belém (53,7%), também foram encontrados maiores percentuais de realização do exame no SUS, aspecto que difere do observado nas regiões Sul e Sudeste, onde a rede privada apresentou um maior percentual[16]

A Organização Mundial de Saúde recomenda o exame anualmente a partir dos 25 anos até os 60 anos de idade e, caso os resultados sejam negativos para displasia ou neoplasia por dois anos consecutivos, o intervalo poderá ser estendido para três anos[17]. Neste estudo, a maior parte das mulheres (em torno de 60%) estabeleceu uma freqüência anual para a realização do exame, sugerindo facilidade de acesso pelos serviços públicos em Rio Branco. Contudo, nesse inquérito não foi possível estabelecer o vínculo entre o último exame e os resultados de exames anteriores que possibilitassem a classificação nesta recomendação.

Ao analisar estes dados é necessário considerar algumas limitações que podem interferir nos resultados de estudos transversais, como vieses de memória e informação, já que se trata de informações baseadas em auto-relato. Pode ocorrer o efeito de superestimação da freqüência dos exames e subestimação do tempo decorrido em relação ao exame mais recente. Contudo, estudos transversais são importantes para fornecer estimativas que auxiliem nas

programações de saúde e tem sido utilizados para avaliação da cobertura do exame de Papanicolau como um procedimento válido em diversos estudos[1,10,14].

A faixa etária prioritária estabelecida pelo Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama foi a que mais se submeteu ao exame, reforçando a importância de facilidade de acesso ao exame. Ainda que mulheres pertencentes a outras faixas etárias, que tiveram relação sexual possam ser atendidas pelo Programa de Prevenção, observa-se menor adesão ao exame entre mulheres mais jovens ou mais velhas em relação à faixa etária alvo[10,11,12]. No presente estudo, menor prevalência de realização do exame foi encontrada entre as mulheres com idade inferior a 25 anos.

Estudo conduzido por Etlingler e colaboradores[18] sobre avaliação da faixa etária de rastreamento a partir das mulheres atendidas nas Unidades de Saúde de São Paulo, identificou elevado número de casos de lesão intraepitelial de alto grau e neoplasia cervical entre mulheres com idade inferior ou igual a 34 anos, com destaque para as adolescentes, sugerindo necessidade de avaliação de alteração da faixa etária preconizada pelo Programa para as mulheres mais jovens, com ações educativas quanto ao comportamento e proteção dos fatores de risco para lesões induzidas pelo HPV.

No estado do Acre, um estudo transversal realizado em 2001 encontrou elevada freqüência de lesões precursoras na faixa etária de 15 a 19 anos, evidenciando exposição precoce aos fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de colo do útero entre as mulheres acreanas[19]. A associação entre exposição precoce e ausência de rastreamento oportuno pode ocasionar lesões

cervicais graves até a idade sugerida para o rastreamento[18], demonstrando a importância de ações educativas e preventivas voltadas para essa população específica.

Em relação às mulheres mais velhas, em nosso estudo mulheres acima 59 anos de idade também apresentaram menor adesão ao exame que as outras faixas etárias. Nesse sentido, o término da idade fértil ocasiona não submissão a consultas ginecológicas, levando ao afastamento das práticas de prevenção quando a incidência e gravidade da neoplasia são maiores. No entanto, essa população demanda outros serviços de saúde que poderiam ser aproveitados para a condução da realização do Papanicolau sob uma visão de integralidade da assistência[20].

Quanto aos fatores que se associaram a não realização do exame em Rio Branco, além da variável idade, o estado civil, a renda e a escolaridade foram variáveis em que se encontrou associação com este desfecho. Os estratos de mulheres solteiras, que possuíam até o ensino fundamental incompleto e renda inferior a um salário mínimo apresentaram magnitudes de associação positiva com a não submissão ao exame, resultados consistentes com os achados de estudos em outras localidades[8, 21], revelando a importância de se priorizar este grupo específico de mulheres com atividades educativas relacionadas ao rastreamento do câncer como cuidado de saúde.

Quanto às variáveis relacionadas ao autocuidado e estado de saúde auto-referido, foi encontrada associação para não realização do exame somente naquelas que não haviam se submetido a exame de colesterol e glicose

sanguíneos no último ano, como também encontrou Martins e colaboradores em estudo no Rio de Janeiro e Fortaleza[25].

No presente estudo, perguntas relativas aos fatores de risco para câncer de colo uterino, como início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, uso prolongado de contraceptivos orais, entre outras, não foram abordadas no questionário, impedindo a análise desses aspectos.

CONCLUSÃO

A cobertura do rastreamento do exame preventivo de Papanicolau demonstrou-se elevada na capital acreana, com acentuada utilização da rede do Sistema Único de Saúde, revelando facilidade de acesso ao exame no serviço público.

Contudo, faz-se necessário incentivar o rastreamento do câncer de colo do útero no grupo específico de mulheres, cujas estimativas de risco estiveram positivamente associadas a não realização do exame, composto, sobretudo, pelos estratos de mulheres não pertencentes à faixa etária prioritária do Programa, solteiras, com menor renda e baixa escolaridade.

No grupo de mulheres não pertencentes à faixa etária alvo, foram identificadas maiores estimativas de risco para não realização do exame. Estudos já mostraram alta incidência de lesões precursoras nas mulheres mais jovens em Rio Branco, fortalecendo a importância de ações educativas e preventivas voltadas para essa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (ARTIGO 2)

1. Martins, L.F.L; Thuler, L.C.S; Valente, J.G. Cobertura do exame de Papanicolau no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. Rev. Bras. Ginecol. Obstet 2005 ago.; 27(8): 485-92.

2. Fernandes, R.A.Q; Narchi, N.Z. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. Rev. Bras. de Cancerol. 2002, 223-230.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. [homepage da Internet]. Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2008. [Acesso 12 out 2009]. Disponível em: < http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm>.

5. Caetano, R.; Vianna, MM.; Thuler, LS. et al. Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n.1. 2006.

6. Oliveira, MMHN. et al. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolau em São Luís, Maranhão. Rev. Bras. Epidemiol. 9(3): 325-34; 2006.

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

8. Muller, DK. et al . Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, nov. 2008

9. Pinho, AA. & França Jr., I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolau. Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil, 2003. 3:95-112.

10. Pinho AA, França-Júnior I, Schraiber LB, D´Oliveira AFPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no município de São Paulo. Cad. Saúde Pública. 2003;19 Supl. 2:303-13.

11. Quadros, CAT, Victora, CG, Costa, JSD. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. Rev. Panam Salud Publica, Washington, v. 16, n. 4 oct 2004.

12. Silva, DW, Andrade, SM, Soares, DA, Tutini, B, Schneck, CA. Lopes, ML. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolau em município do Sul do Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.28, n.1, p. 24-31, 2006.

13. Cesar JA, Horta BL, Gomes G, Houlthausen RS, Willrich RM, Kaercher A, Iastrenski FM. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo sul do Brasil. Cad Saúde Pública 2003; 19: 109-18..

14. Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, RADIS: Comunicação em saúde, Rio de Janeiro, n. 23, jul. 2004.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por amostra de domicílio: acesso e utilização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: 2003.

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

17. World Health Organization (WHO). Health Topics Cancer. [acesso 13 nov 2008]. Disponível em: http://www.who.int.

18. Etlinger, et. al. Campanha de prevenção de câncer cervical: estudos no Instituto Adolfo Lutz mostram a necessidade de avaliação na faixa etária. Rev. Inst. Adolfo Lutz. 67(1):64-68, jan.-abr. 2008

19. Leal, EAS. et al. Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do município de Rio Branco - Acre. Rev. Bras. Ginecol. Obstet, São Paulo, v. 25, n. 2 , p. 81-86, mar. 2003.

20. Zeferino, Luiz Carlos et al. Organization of cervical cancer screening in Campinas and surrounding region, São Paulo State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.9, pp. 1909-1914. ISSN 0102-311X

21. Carlotto, Kharen et. al. Características reprodutivas e utilização de serviços preventivos em saúde por mulheres em idade fértil: resultados de dois estudos transversais de base populacional no extremo Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.9, pp. 2054-2062. ISSN 0102-311X.

Considerações Finais

8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desse estudo apontam para a importância do acesso aos serviços públicos na capital acreana. Os baixos percentuais de cobertura dos exames das mamas podem estar refletindo a capacidade operacional reduzida desses serviços na rede pública, contrapondo-se à boa cobertura do rastreamento do exame preventivo de Papanicolau, que apresentou acentuada utilização no SUS.

Os resultados revelam necessidade de fortalecimento do programa de rastreamento do câncer de mama, a fim de favorecer a acessibilidade ao diagnóstico precoce e a terapêutica adequada, que podem ocasionar maiores chances de cura e redução da mortalidade por este tipo de neoplasia.

As magnitudes encontradas nas razões de prevalência foram consistentes com os achados de outros estudos, demonstrando maior necessidade de intervenção no grupo específico de mulheres cujas estimativas de risco estiveram positivamente associadas a não realização dos exames. Na análise para não realização do exame clínico, esse grupo é composto de mulheres que não haviam se submetido a exame de colesterol sanguíneo no último ano e mamografia nos dois anos anteriores, e para não adesão à mamografia é formado pelo estrato de mulheres que não estavam com os exames de Papanicolau e exame clínico das mamas atualizados. Em ambos os exames das mamas, acentuadas estimativas

de risco para não adesão foram encontradas nas mulheres de baixa escolaridade, para as quais se faz necessário oportunizar o estímulo a práticas preventivas.

Em relação à adesão ao teste de Papanicolau, embora a cobertura do exame tenha sido elevada na capital acreana, é importante incentivar o rastreamento do câncer de colo do útero no grupo específico de mulheres, cujas estimativas de risco estiveram positivamente associadas a não realização do exame, composto, sobretudo, pelos estratos de mulheres não pertencentes à faixa etária prioritária do Programa, solteiras, com menor renda e menor escolaridade.

No grupo de mulheres não pertencentes à faixa etária alvo foi identificado maior estimativa de risco para não realização do exame. Estudos já mostraram alta incidência de lesões precursoras nas mulheres mais jovens em Rio Branco, fortalecendo a importância de ações educativas e preventivas voltadas para essa população.

9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (DISSERTAÇÃO)

AGUILAR, VLN, BAUAB, SP. Rastreamento mamográfico para detecção precoce do câncer de mama. **Rev. Bras. Mastol**., São Paulo, v. 13, n. 2, p. 82-89, 2003.

AMORIM, VMSL et al. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2623-2632, nov 2008.

BARTON MB, et al. The rational clinical examination. Does this patient have breast cancer? The screening clinical breast examination: should it be done? How? **JAMA,** v. 282, p. 1270-80, 1999.

BICALHO, S.M., ALEIXO, J.L.M. O Programa "Viva Mulher": Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino e de Mama. **Rev. Mineira de Saúde Pública**, v. 1, n. 1, jan./jun. 2002.

BOING, AF, et al. A carga das neoplasias no Brasil: mortalidade e morbidade hospitalar entre 2002-2004**. Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 53, n. 4, p. 317-22, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilncia. **Prevenção e controle de Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Falando sobre câncer de colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Atlas de Mortalidade por Câncer no Brasil. 1979-1999.** Rio de Janeiro: INCA; 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre câncer de mama.** Rio de Janeiro: INCA; 2002d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Prevenção e Vigilância do Câncer. **Câncer no Brasil**: Dados dos Registros de Base Populacional – volume III. Rio de Janeiro: INCA, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílio: acesso e utilização dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama: documento do consenso.** Rio de Janeiro: INCA, 2004a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, RADIS: **Comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, n. 23, jul. 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Plano de ação para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama 2005 – 2007**. Brasília, 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** 2ed. vol.1. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama: recomendações para gestores estaduais e municipais.** Rio de Janeiro: INCA, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Situação do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama: recomendações para gestores estaduais e municipais.** Rio de Janeiro: INCA, 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira**

para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. 2. ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2006f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA; 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Atlas de Mortalidade por Câncer.** Rio de Janeiro: INCA; 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Mamografia: da prática ao controle.** Rio de Janeiro: INCA, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2008**. Disponível em: < http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm>. Acesso em: Acesso em: 12 de outubro de 2009.

CAETANO, R et al. Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 99-118, 2006.

CARLOTTO, et al. Características reprodutivas e utilização de serviços preventivos em saúde por mulheres em idade fértil: resultados de dois estudos transversais de base populacional no extremo Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 2054-2062, 2008..

CESAR JA, et al. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo sul do Brasil. **Cad Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 109-18, 2003.

CESTARI, MEW, ZAGO, MMF. A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o século XXI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 218-21, mar./abr. 2005.

CORRÊA R.S. et al. Impacto de um programa de avaliação da qualidade da imagem nos serviços de mamografia do Distrito Federal. **Radiol Bras,** v. 41, n. 2, p. 109-114, mar/abr, 2008.

COSTA, JSD et al. Cobertura do exame físico de mama: estudo de base populacional em Pelotas, RS. **Rev. Bras. Epidemiol**. São Paulo, v. 6, n. 1, p. 39-48, abr. 2003.

DIAS-DA-COSTA JS.et al. Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1603-161, jul 2007.

ETLINGER, et al. Campanha de prevenção de câncer cervical: estudos no Instituto Adolfo Lutz mostram a necessidade de avaliação na faixa etária. **Rev. Inst. Adolfo Lutz**. v. 67, n. 1, p. 64-68, jan.-abr. 2008

FERNANDES, R.A.Q; Narchi, N.Z. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. **Rev. Bras. de Cancerol**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 223-230, abr./jun. 2002.

FERREIRA, MLM, & OLIVEIRA, C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama**. Rev. Bras. Cancerol**. Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 5-15, jan./mar 2006.

FERREIRA, MLSM. Análise da percepção de mulheres de uma unidade básica de saúde sobre exame de papanicolau e de mama.**Rev. Ciên. Méd. Campinas**, São Paulo, v. 16, p. 5-13, jan./fev.2007

GODINHO, E.R. & KOCH H.A. O perfil da mulher que se submete a mamografia em Goiânia – uma contribuição a "Bases para detecção precoce do câncer de mama". **Radiol Bras**, v. 35, p. 139-45, 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rb/v35n3/a04v35n3.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2008.

GUERRA MR, GALLO CVM, AZEVEDO GSM. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Rev. Bras. de Cancerol**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 227-34, mar 2005.

LEAL, EAS. et al. Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do município de Rio Branco - Acre. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, São Paulo, v. 25, n. 2 , p. 81-86, mar. 2003.

LIMA COSTA, MF & MATOS DL. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003). **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1665-73, jul. 2007.

MARINHO, LAB. et al . Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 37, n. 5, p. 576-82, out. 2003..

MARTINS, L.F.L; Thuler, L.C.S; Valente, J.G. Cobertura do exame de Papanicolau no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 485-92, ago. 2005.

MOLINA, L.; DALBEN, I.; LUCA, L.A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Rev. Assoc. Med. Bras 2003,** v. 49, n. 2, p. 185-90.

MULLER, DK. et al . Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, nov. 2008.

NOVAIS, H.; BRAGA, P., 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, MMHN. et al. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolau em São Luís, Maranhão. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 9, n. 3, p. 325-34, 2006

PARKIN, DM. et al. Global Cancer Statistics, 2002. **Cancer J Clin** v. 55, p. 74-108, 2005.

PINHO, AA. & FRANÇA Jr., I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolau. **Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 3, n.1, p. 95-112, jan mar 2003..

PINHO AA, et al. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 303-13, 2003.

PINHO, VFS; COUTINHO, ESF. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1051-59, maio 2007.

QUADROS, CAT, VICTORA, CG, COSTA, JSD. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. **Rev. Panam Salud Publica,** Washington, v. 16, n. 4, p. 223-32, oct 2004..

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

SCLOWITZ, ML. et al**.** Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados**. Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 340-9, 2005.

STIVAL, C.O. et al. Avaliação comparativa da citopatologia positiva, colposcopia e histopatologia: destacando a citopatologia como método de rastreamento do câncer do colo do útero. **Rev. Bras. An. Clín**., Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 215-218, out. /dez. 2005.

SZWARCWALD CL, Leal MC, Gouveia GC, Souza WV. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v. 5, sup 1, dez 2005.

THULER, LCS. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Rev. Bras. Cancerol**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 227-238, abr. 2003.

THULER, LCS, MENDONÇA GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 656-660, nov. 2005.

VIEIRA, DSC. et al. Carcinoma de mama: novos conceitos na classificação. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. São Paulo, v. 30, n. 1, p. 42-47, 2008.

ZEFERINO, LC. et al. Organization of cervical cancer screening in Campinas and surrounding region, São Paulo State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**., v. 22, n. 9, p. 1909-1914, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health Topics Cancer**. Disponível em: <http://www.who.int>. Acesso em: 13 nov 2008.

WOLSCHICK, NM et al. Câncer do colo do útero: tecnologias emergentes no diagnóstico, tratamento e prevenção da doença. **Rev. Bras. An. Clín**. v. 39, n. 2, p. 123-129, 2007.

Anexos

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO B - Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

ANEXO C - Questionário

ANEXO D– Metodologia

Os dados analisados neste trabalho fazem parte do “Inquérito de Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco-Acre”, um estudo transversal, de base populacional, realizado no município de Rio Branco, capital do Estado do Acre.

Os aspectos gerais da metodologia do inquérito são descritos a seguir e os aspectos específicos referente às investigações desta dissertação são apresentados em cada artigo.

5.1. Características do Estudo, Amostragem e Sujeitos da Pesquisa

Trata-se de um estudo do tipo observacional e transversal de base populacional realizado no município de Rio Branco, capital do Estado do Acre.

A amostragem foi realizada por conglomerados, com dois estágios de seleção, composta por setores censitários e domicílios. Os setores censitários utilizados foram os 250 setores elaborados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o censo do ano 2000, utilizados na PNAD de 2006, os quais incluem áreas de zona urbana e rural do município de Rio Branco. Destes setores, foram selecionados aleatoriamente 35 setores censitários, sendo 31 setores urbanos e 04 rurais.

De cada setor censitário, utilizado como unidade primária de amostragem (UPA), foram sorteados 25 domicílios, totalizando 875 domicílios a serem

pesquisados. Considerando a possibilidade de perdas da ordem de 15%, o tamanho amostral foi elevado para 977 domicílios, resultando uma população de estudo de 1.516 pessoas.

Foram elegíveis para participação no inquérito todos os indivíduos maiores de 18 anos que habitassem no domicílio sorteado e que aceitassem participar do estudo, por meio de adesão ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Acre (ANEXO B).

A população fonte do inquérito para o presente estudo foi composta por 863 mulheres, das quais 817 possuíam idade entre 18 e 69 anos, sendo elegíveis para participar da pesquisa conforme critérios estabelecidos para responder aos módulos sobre rastreamento para câncer de mama e exame preventivo para câncer de colo do útero.

5.2. Coleta de Dados

Para a coleta de dados, foi elaborado um questionário baseado no instrumento utilizado no Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, aplicado em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal [16].

Os dados do inquérito foram coletados, no período de novembro de 2007 à outubro de 2008, por meio de entrevista realizada por uma equipe de auxiliares de pesquisa treinados para aplicação do instrumento. O questionário incluía perguntas fechadas e abertas, distribuídas em quatro seções: 1) sociodemográfica

e econômica, com dados de gênero, idade, renda, escolaridade, número de pessoas no domicílio, entre outros; 2) avaliação do uso e cobertura de serviços de saúde; 3) avaliação do estado de saúde individual, com dados de morbidade referida, estilo de vida, atividade física, entre outros, e 4) avaliação do estado nutricional, com dados de antropometria e hábitos de consumo alimentar.

No bloco de avaliação do estado de saúde individual, havia o módulo sobre exames para detecção de câncer de colo de útero e de mama, composto de questões sobre a realização dos exames, local de realização do último exame, motivo e frequência de submissão (ANEXO C)

5.3. Análise de Dados

O banco de dados foi digitado duplamente e construído por meio do pacote estatístico Epi Info 6.0.

Para análise dos dados, foi utilizado o programa estatístico STATA 10.0 (*Stata Corporation*), por meio do qual foi realizada a análise descritiva das variáveis de interesse do estudo e determinadas medidas de associação através das razões de prevalências para as variáveis de estudo relativas à cobertura do exame clínico da mamas, mamografia e do exame de Papanicolau, e as variáveis sociais, demográficas, econômicas e comportamentais. O teste de associação utilizado foi o Teste de Qui-quadrado de Pearson e a razão de prevalências foi estimada a partir do modelo de regressão multivariada de Poisson, sendo considerados estatisticamente significativos os valores de $p<0,05$(IC 95%).

Foram calculados pesos amostrais para compensar diferentes probabilidades de inclusão dos indivíduos em cada unidade primária de amostragem. A análise foi ponderada, sendo utilizados comandos do módulo “svy” *(survey comands)* do pacote estatístico Stata, que considera os pesos, estratos e unidades primárias de amostragem.

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