



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**ALANNY FERREIRA MOUTINHO**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME  
PAPANICOLAOU EM MULHERES BRASILEIRAS**

**NATAL - RN**

**2017**

ALANNY FERREIRA MOUTINHO

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME  
PAPANICOLAOU EM MULHERES BRASILEIRAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Dyego Leandro Bezerra de Souza.

NATAL - RN

2017

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Sistema de Bibliotecas - SISBI

Catálogo de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial Prof. Alberto Moreira Campos - Departamento de Odontologia

Moutinho, Alanny Ferreira.

Prevalência e fatores associados à não realização do exame papanicolaou em mulheres brasileiras / Alanny Ferreira Moutinho. - 2017.

95 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Natal, 2017.

Orientador: Dyego Leandro Bezerra de Souza.

1. Teste de Papanicolaou - Dissertação. 2. Programas de rastreamento - Dissertação. 3. Prevalência - Dissertação. 4. Associação - Dissertação. I. Souza, Dyego Leandro Bezerra de. II. Título.

RN/UF/BSO

BLACK D585

ALANNY FERREIRA MOUTINHO

Prevalência e Fatores Associados à não Realização do Exame Papanicolaou em Mulheres  
Brasileiras

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
– UFRN, requisito necessário à obtenção do título de Mestre em  
Saúde Coletiva.

Aprovada em 19/06/2017

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Dyego Leandro Bezerra de Souza  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Orientador

---

Prof. Dr. Mathias Weller  
Universidade Estadual da Paraíba  
Membro Externo ao Programa

---

Prof. Dra. Isabelle Ribeiro Barbosa  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Membro Interno



*Universidade Federal do Rio Grande do Norte*  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**ATA Nº 19**

Aos dezenove dias do mês de junho do ano de dois mil e dezeseite, às 14h00min, no Departamento de Odontologia da UFRN, instalou-se a banca examinadora de dissertação de mestrado do(a) aluno(a) Alanny Ferreira Moutinho. A banca examinadora foi composta pelos professores: Prof. Dr. Mathias Weller, UEPB, examinador externo, Prof.<sup>a</sup> Dra. Isabelle Ribeiro Barbosa, UFRN, examinador interno, e Prof. Dr. Dyego Leandro Bezerra de Souza, UFRN, orientador. Deu-se início a abertura dos trabalhos, por parte do professor Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira, coordenador do programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, que, após apresentar os membros da banca examinadora e esclarecer a tramitação da defesa, passou a presidência dos trabalhos ao Prof. Dr. Dyego Leandro Bezerra de Souza, que de imediato solicitou a(o) candidato(a) que iniciasse a apresentação da dissertação, intitulada PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAOU EM MULHERES BRASILEIRAS, marcando um tempo de trinta minutos para a apresentação. Concluída a exposição, o Prof. Dr. Dyego Leandro Bezerra de Souza, presidente, passou a palavra ao examinador externo, Prof. Dr. Mathias Weller, para argüir o(a) candidato(a), e, em seguida, a examinador interno, Prof.<sup>a</sup> Dra. Isabelle Ribeiro Barbosa, para que fizesse o mesmo; após o que fez suas considerações sobre o trabalho em julgamento; tendo sido (APROVADO) o(a) candidato(a), conforme as normas vigentes na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. A versão final da dissertação deverá ser entregue ao programa, no prazo de 60 dias; contendo as modificações sugeridas pela banca examinadora e constante na folha de correção anexa. Conforme o Artigo 46 da Resolução 197/2013 - CONSEPE, o (a) candidato (a) não terá o título se não cumprir as exigências acima.

**Dr. MATHIAS WELLER, UEPB**

Examinador Externo à Instituição

**Dr. ISABELLE RIBEIRO BARBOSA, UFRN**

Examinador Interno

**Dr. DYEGO LEANDRO BEZERRA DE SOUZA, UFRN**

Presidente

**ALANNY FERREIRA MOUTINHO**

Mestrando

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais por acreditarem em mim e investirem em minha educação desde criança.

À minha irmã gêmea, Nathanny, que me acompanhou durante toda minha vida, desde a formação na barriga, os primeiros passos, os primeiros dias na escola, as primeiras festinhas até à conclusão do ensino médio. À você que sempre me ajudou nas tarefas e apoiou em minhas escolhas. Te faço esta dedicatória para não esquecer que sempre serei grata por estar comigo na trajetória da vida.

À Dandara, minha irmã caçula, para que tenha como exemplo e acredite que também é capaz. Estarei sempre torcendo por seu crescimento.

A meu esposo, que me ajuda, me apoia, me estimula e sempre está ao meu lado respeitando minhas escolhas e torcendo por mim.

A meu orientador, que sem ele, nada disso seria realidade.

Esta dissertação também é de vocês!

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Dyego, meu orientador, pela grande oportunidade e por ter acreditado em mim. Este mestrado mudou minha vida. Muito obrigada pela oportunidade de aprendizado. Estarei sempre observando seus passos e fazendo deles um guia para mim.

Aos meus pais, que investiram pacientemente em minha educação, sempre me apoiaram em minhas escolhas, compreenderam minhas ausências e me educaram com princípios morais e éticos. Amo vocês.

Em especial à minha mãe, que sempre me incentivou a estudar.

À Nathanny, minha irmã gêmea, pelo companheirismo e incentivo.

À Dandara, minha irmã caçula, agradeço a compreensão, apoio e paciência.

À Phelippe, meu companheiro e incentivador. Agradeço pela compreensão, apoio, paciência, pelas comidinhas gostosas nos intervalos dos estudos e, sobretudo, por abrir mão de forma tão generosa dos nossos momentos juntos de recém-casados para que eu pudesse concluir esta dissertação. Amo-te!

À minha princesa, Sara, que em sua ingênua vida canina não compreende o motivo de mamãe passar tantas horas à frente do computador. Desculpe pela ausência em muitos momentos. Amo-te, minha cabritinha!

Aos meus avós Graça (*in memorian*) Milton, Aliete e Américo (*in memorian*) por todo amor, carinho e compreensão de minhas ausências.

Aos meus tios que sempre me incentivaram e acreditaram em mim.

Às amigas Bruna, Luzia, Kívia, Maria Gabriela e Érika, que compreenderam minhas ausências e não se esqueceram de mim nos poucos momentos que pude me fazer presente. Agradeço a amizade verdadeira e por me fazerem tão feliz quando estamos juntas e quando me lembro dos nossos muitos momentos agradáveis nos tempos de escola.

Aos amigos do Grupo de Trabalho de estudantes e egressos de Saúde Coletiva da UFRN que junto a mim acreditam no Sistema Único de Saúde e buscam inserção do Sanitarista graduado no mercado de trabalho. Agradeço a agradável companhia nestes anos de jornada e pela compreensão quando estive ausente.

Aos amigos da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, sobretudo do Departamento de Atenção Especializada, que compreenderam minhas ausências durante a dupla jornada de trabalhadora e estudante, o apoio de vocês foi essencial para que eu pudesse concluir minhas atividades acadêmicas com êxito.

À Januse Carvalho e Marianna Cancela pelas contribuições dadas ao trabalho, agradeço a disponibilidade e gentileza.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN, que tive oportunidade de conhecer e aprender com suas experiências.

A todos que de alguma forma contribuíram para realização deste trabalho, muito obrigada!



“No meio da dificuldade encontra-se a oportunidade”

Albert Einstein

## RESUMO

O exame Papanicolaou tem como finalidade o diagnóstico precoce visando reduzir a morbidade e/ou mortalidade por câncer cervical. O presente estudo teve como objetivo identificar a prevalência e os fatores associados à não realização do Papanicolaou em mulheres brasileiras. Para tal foi adotada a base de dados obtida através da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada no Brasil no ano de 2013. Para tabulação e análise estatística foi utilizado o software Stata® 14 verificando as Razões de Prevalência com respectivos Intervalos de Confiança de 95% e valores de p, utilizando-se na análise multivariada a regressão de Poisson. Os resultados apresentaram associação para realização do Papanicolaou após 3 anos as mulheres brancas e não brancas sem escolaridade, não brancas com nível fundamental de escolaridade, idade entre 60-64 anos, auto percepção de saúde regular, ruim/muito ruim, sem plano de saúde, que não vive com cônjuge, é fumante, não pratica nenhuma atividade física e possui multimorbidades. Já para a nunca realização do exame Papanicolaou apresentaram associação mulheres brancas e não brancas sem escolaridade, mulheres brancas e não brancas com nível fundamental de escolaridade, não brancas com nível médio, idade entre 25-29, 30-39 e 60-64 anos, sem ocupação, sem plano de saúde, que não vive com o cônjuge, é ex-fumante de tabaco, bebe moderadamente e foi diagnosticada com 3, 4 ou mais doenças crônicas. Para a nunca realização do Papanicolaou por dificuldade de acesso aos serviços de saúde apresentaram associação as mulheres brancas e não brancas sem escolaridade, não brancas com nível fundamental, idades entre 25-29 e 30-39, sem plano de saúde, que não vive com o cônjuge e pertence aos estratos sociais D-E. E por motivos pessoais as mulheres brancas e não brancas sem escolaridade, não brancas com níveis fundamental e médio de escolaridade, idades entre 25-29, 30-39 e 60-64, sem ocupação, que não possui plano de saúde, não vive com o cônjuge, é fumante e ex-fumante de tabaco e pratica atividade física de forma insuficiente. Essas informações devem ser consideradas para avaliar o impacto das práticas direcionadas ao controle do câncer cervical no território brasileiro e assim contribuir na redução das taxas de incidência e mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil.

**Palavras-Chaves:** Teste de Papanicolaou. Programas de Rastreamento. Prevalência. Associação.

## ABSTRACT

The Papanicolaou exam aims at the early diagnosis aiming to reduce morbidity and / or mortality from cervical cancer. The present study aimed to identify the prevalence and factors associated with non-realization of Papanicolaou in Brazilian women. For this purpose, the database obtained through the National Health Survey was used in Brazil in 2013. For statistical tabulation and analysis, Stata® 14 software was used to verify the Prevalence Ratios with respective Confidence Intervals of 95% and p values, using the Poisson regression in the multivariate analysis. The results for Pap smear after 3 years white and non-white women with no schooling, non-white with a primary level of education, age between 60-64 years, self-perception of regular health, poor / very poor, without health insurance, who does not live with a spouse, is a smoker, does not practice any physical activity, and has multimorbidities. Papanicolaou never had association with white and non-white women with no schooling, white and non-white women with a primary level of schooling, non-white with a mean level of 25-29, 30-39 and 60-64 years, without occupation, without a health insurance, who does not live with the spouse, is a former tobacco smoker, drinks moderately and was diagnosed with 3, 4 or more chronic diseases. For the Papanicolaou never performed because of difficulty of access to health services, there was association between white and non-white women with no schooling, non-white with a fundamental level, ages between 25-29 and 30-39, without health insurance, who did not live with the spouse and belongs to the social strata D-E. And for personal reasons white and non-white women with no schooling, not white with basic and average levels of schooling, ages 25-29, 30-39 and 60-64, without occupation, who do not have health insurance, do not live with the spouse, is a smoker and former smoker of tobacco and does not perform enough physical activity. This information should be considered in order to evaluate the impact of practices aimed at the control of cervical cancer in the Brazilian territory and thus contribute to the reduction of incidence and mortality rates for cervical cancer in Brazil.

**Keywords:** Papanicolaou Test. Mass Screening. Prevalence. Association.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Exame Citopatológico.....	17
Figura 2 -	Estimativa de incidência, mortalidade e prevalência do câncer cervical no mundo em 2012.....	22
Figura 3 -	Níveis de cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero em 57 países.....	23
Figura 4 -	Fluxo do usuário na linha de cuidado no câncer.....	32
Quadro 1 -	Variáveis do estudo.....	41

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária.....	24
Tabela 2 -	Prevalência da realização do exame Papanicolaou até três anos, a mais de três anos e sua nunca realização em mulheres brasileiras, conforme as variáveis independentes, em 2013.....	45
Tabela 3 -	Prevalência da nunca realização do exame Papanicolaou em mulheres brasileiras por dificuldade de acesso aos serviços de saúde e por motivos pessoais, conforme as variáveis independentes, em 2013.....	50
Tabela 4 -	Análise bivariada da realização do exame Papanicolaou após 3 anos em mulheres brasileiras comparada às mulheres que realizaram o exame conforme as variáveis independentes, em 2013.....	55
Tabela 5 -	Análise bivariada da nunca realização do exame Papanicolaou em mulheres brasileiras comparada às mulheres que realizaram o exame conforme as variáveis independentes, em 2013.....	59
Tabela 6 -	Análise bivariada da nunca realização do exame Papanicolaou por mulheres brasileiras por motivo de dificuldade de acesso aos serviços de saúde comparada às mulheres que realizaram o exame, conforme as variáveis independentes, em 2013.....	62
Tabela 7 -	Análise bivariada da nunca realização do exame Papanicolaou por mulheres brasileiras por motivos pessoais comparada às mulheres que realizaram o exame, conforme as variáveis independentes, em 2013.....	65
Tabela 8 -	Análise multivariada da realização do exame Papanicolaou após 3 anos em mulheres brasileiras comparada às mulheres que realizaram o exame conforme as variáveis independentes, em 2013.....	68
Tabela 9 -	Análise multivariada da nunca realização do exame Papanicolaou em mulheres brasileiras por motivos pessoais comparada às mulheres que realizaram o exame conforme as variáveis independentes, em 2013.....	70
Tabela 10 -	Análise multivariada da nunca realização do exame Papanicolaou por mulheres brasileiras por motivo de dificuldade de acesso aos serviços de saúde comparada às mulheres que realizaram o exame, conforme as variáveis independentes, em 2013.....	72
Tabela 11 -	Análise multivariada da nunca realização do exame Papanicolaou por mulheres brasileiras por motivos pessoais comparada às	

mulheres que realizaram o exame, conforme as variáveis independentes, em 2013..... 73

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB – Atenção Básica

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

ACS – American Cancer Society

AE – Atenção Especializada

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CACON - Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CADWEB - Cadastro Nacional de Usuários do SUS

CCEB – Critério de Classificação Econômica Brasil

CCU – Câncer do Colo do Útero

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DORT - Distúrbio Osteo Muscular Relacionado ao Trabalho

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DPP - Domicílios Particulares Permanentes

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

EPA – Efeito do Plano de Amostragem

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

FDA - Food and Drug Administration

GM – Gabinete do Ministro

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV – Papiloma Vírus Humano

IARC - International Agency for Research on Cancer

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de Confiança

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

LC – Linha de Cuidado

MS – Ministério da Saúde

NIC - Neoplasia Intra-Epitelial

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OECD - Organization for Economic Co-Operation and Development

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PDA - Personal Digital Assistance

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAO - Política Nacional de Atenção Oncológica

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PRO-ONCO - Programa de Oncologia

RAS – Rede de Atenção à Saúde



RIDE - Região Integrada de Desenvolvimento Econômico

RP - Razões de Prevalência

SRA - Senhora

SIPD - Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares

SISCAN - Sistema de Informação do Câncer

SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero

SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer de Mama

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo

UF - Unidade da Federação

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UNACON - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

UPA - Unidade Primária de Amostragem

WHO – World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
2.1	O EXAME PREVENTIVO.....	16
2.2	EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	19
<b>2.2.1</b>	<b>O câncer do colo do útero.....</b>	<b>19</b>
<b>2.2.2</b>	<b>Distribuição do câncer do colo do útero no mundo e no Brasil.....</b>	<b>21</b>
<b>2.2.3</b>	<b>As políticas públicas para a saúde da mulher no Brasil.....</b>	<b>25</b>
2.3	A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO....	29
<b>2.3.1</b>	<b>Rede de atenção à pessoa vivendo com doenças crônicas.....</b>	<b>29</b>
<b>2.3.2</b>	<b>Rede de oncologia.....</b>	<b>30</b>
<b>2.3.3</b>	<b>Linha de cuidado à pessoa com câncer.....</b>	<b>31</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>35</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	35
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>36</b>
4.1	TIPO DO ESTUDO.....	36
4.2	LOCAL DO ESTUDO, FONTE DE DADOS, POPULAÇÃO, AMOSTRAGEM, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO E OBJETO DA ANÁLISE.....	36
<b>4.2.1</b>	<b>Local do estudo.....</b>	<b>36</b>
<b>4.2.2</b>	<b>Fonte de dados.....</b>	<b>36</b>
<b>4.2.3</b>	<b>População do estudo e amostragem.....</b>	<b>37</b>
<b>4.2.4</b>	<b>Critérios de inclusão e exclusão.....</b>	<b>38</b>
4.2.4.1	Critérios de Inclusão.....	38
4.2.4.2	Critérios de Exclusão.....	38
<b>4.2.5</b>	<b>Objeto da análise.....</b>	<b>39</b>
4.3	VARIÁVEIS O ESTUDO.....	41
<b>4.3.1</b>	<b>Variável dependente.....</b>	<b>41</b>
<b>4.3.2</b>	<b>Variáveis independentes.....</b>	<b>41</b>
4.4	TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	43

4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	44
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>45</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>68</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>77</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>78</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O útero é um órgão fibromuscular que está situado entre o reto e a bexiga urinária, e é subdividido em quatro partes: fundo, corpo, istmo e cérvix (colo do útero). O colo do útero pode apresentar infecção persistente por alguns tipos do Papiloma Vírus Humano (HPV). Em alguns casos pode haver alterações celulares que poderão evoluir para o câncer de colo do útero (CCU), que é a neoplasia maligna das células epiteliais da cérvix uterina.

É o quarto tumor mais comum em mulheres no mundo e o sétimo em geral, onde cerca de 85% ocorre nos países menos desenvolvidos, além de representar 7,5% de todas as mortes por câncer em mulheres (IARC, 2012a). É o terceiro tumor com maior incidência nas mulheres brasileiras, depois do câncer de mama e do colorretal, e a quarta maior causa de morte de mulheres no Brasil (INCA, 2016a). Com exceção dos tumores de pele não melanoma, o CCU é o câncer de maior incidência no Norte do país, estando em segunda posição no Centro-Oeste e Nordeste, terceira posição no Sudeste e quarta no Sul do país (INCA, 2015).

Entretanto, este tipo de câncer é curável em quase todos os casos e pode ser facilmente detectado através do exame Papanicolaou, que é o método de rastreamento (ou *screening*) do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras. Este exame tem como objetivo o diagnóstico precoce (prevenção secundária) visando reduzir a morbidade e/ou mortalidade por CCU (PEIRSON et al., 2013). O Papanicolaou além de servir para a detecção da infecção pelo HPV e de lesões precursoras do câncer, também indica se a mulher tem alguma outra infecção que necessita ser tratada (INCA, twinsister 2016b). A Sociedade Americana para o Câncer (American Cancer Society - ACS) recomenda o início de sua execução para mulheres até três anos após o início da atividade sexual e no máximo até aos 21 anos de idade (SMITH et al., 2011).

No Brasil, a realização do Papanicolaou é gratuita através do Sistema Único de Saúde (SUS), é um exame simples que pode ser feito em serviços de Atenção Básica (AB) e ainda é o método mais indicado para rastrear o CCU, por ser considerado eficaz, de baixo custo e de fácil descentralização, por difusão de sua habilidade técnica (DUQUE, 2013). No país, a Linha de Cuidado (LC) à Pessoa com Câncer, inserida na Rede de Atenção à Pessoa vivendo com Doenças Crônicas, é a responsável pelas ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos, uma vez que o Ministério da Saúde (MS) brasileiro tem as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como forma de organização dos serviços. Atualmente, o câncer é um dos cinco principais grupos de doenças crônicas

priorizados, já que é um dos agravos de maior magnitude no país. Sendo assim, torna-se de grande interesse a alta cobertura das mulheres pelo exame preventivo, que pode auxiliar na redução das taxas de incidência de câncer no colo do útero.

Estudos mostram que possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do CCU com uma cobertura de, no mínimo, 80% do exame citopatológico entre mulheres com idade indicada para realização do exame, além da garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados (WHO, 2002). Isto seria suficiente para causar impacto nos indicadores de morbimortalidade do CCU. Para isso, se faz necessária a avaliação constante dos programas de prevenção para que todas as mulheres na idade indicada para realização do exame possam ter acesso aos cuidados ginecológicos em tempo hábil e tratamento em seus estados iniciais.

Diante de tal realidade, surgiu a motivação para a realização desta pesquisa, visto a necessidade de estudar o acesso ao exame Papanicolaou em mulheres brasileiras e, assim, esclarecer as razões pelas quais as mulheres ainda se distanciam do exame e/ou da consulta médica para detecção precoce do câncer de colo do útero. Além disso, através deste estudo será possível conhecer a prevalência da não realização do Papanicolaou em mulheres na idade indicada para realização do exame e mensurar a associação de naturezas sociodemográficas, socioeconômicas e contextuais com sua não realização.

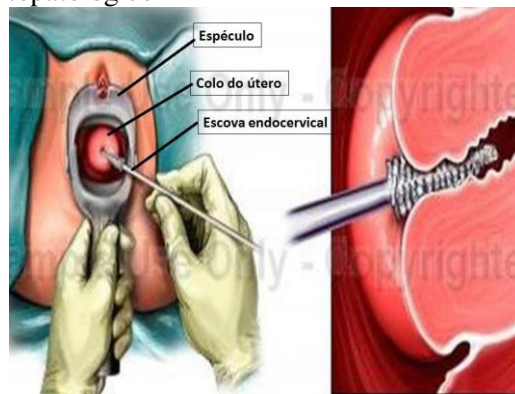
## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O EXAME PREVENTIVO

O exame preventivo do câncer do colo do útero ou Papanicolaou, como são popularmente conhecidos a colpocitologia, é uma técnica, proposta por George N. Papanicolaou em 1942, para o diagnóstico de tumores malignos no colo do útero e outras condições ginecológicas (PAPANIKOLAOU, 1942). Esta técnica foi resultado do trabalho em método citológico para a detecção do câncer e se tornou a principal ferramenta para detecção de câncer cervical nos Estados Unidos (EUA), país em que o teste em pacientes começou a ser realizado, e, em seguida, espalhou-se pelo mundo. A incidência e mortalidade de CCU entre os anos de 1955 e 1992 nos EUA caiu mais de 60%, e nos últimos 30 anos, caiu mais de 50% o índice de morte por esta neoplasia. Essa queda foi ocorreu devido ao aumento estabelecido e organizado da triagem com o Papanicolaou (DAHER; HODA, 2017), que é referenciado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde Brasileiro adotou a recomendação (INCA, 2011a).

Para sua realização com sucesso é necessário que a mulher não esteja menstruada, pois a presença do sangue pode alterar o resultado, evite o uso de medicamentos vaginais, duchas, anticoncepcionais locais nas 48 horas anteriores à realização do exame e, no dia anterior, não tenha relações sexuais (mesmo com preservativo) (INCA, 2016b). Neste exame, faz-se uma inspeção visual do colo do útero e coleta-se uma amostra cérvico-vaginal. Esta amostra permite a detecção de alterações a partir das células descamadas do colo do útero. A coleta do material é realizada através da introdução do espéculo ou “bico de pato”, como é conhecido popularmente. Logo em seguida o profissional promove a escamação da superfície do colo do útero com uma espátula de madeira e uma escovinha, como apresentado na Figura 01. O material coletado é colocado em uma lâmina e enviado para análise laboratorial (INCA, 2016b).

Figura 1 - Exame citopatológico



Fonte: (SAÚDE DA MULHER, 2016).

Este é um método que não requer muito tempo, é de simples realização e indolor, no máximo pode haver um pequeno desconforto, caso a mulher não consiga relaxar ou se o profissional não realiza-lo de forma delicada ou com boa técnica (INCA, 2016b). Após sua realização, em alguns dias, a mulher deve receber o resultado e retornar ao profissional para ter as orientações necessárias.

O exame preventivo deve ser realizado pelas mulheres a partir da primeira relação sexual ou na faixa etária de 25 a 64 anos, incluindo as gestantes. Esta faixa etária foi recentemente ampliada de 59 para 64 anos pelo Ministério da Saúde Brasileiro no ano de 2011 (SILVA JUNIOR; MAGALHÃES JUNIOR, 2013). Sua realização deverá ser anual, se os resultados forem negativos por dois anos consecutivos, a mulher poderá fazê-lo a cada três anos, devido à longa evolução da doença. Caso haja infecção pelo HPV ou alguma lesão de baixo grau, deverá realiza-lo novamente em seis meses, mas se a lesão for de alto grau, deverá realizar de acordo com a indicação médica. Além disso, será necessária a realização de outros exames, como a colposcopia. (INCA, 2016b).

Após os 64 anos, se a mulher tiver dois exames com resultado negativos consecutivamente nos últimos cinco anos, poderá interrompê-los. Caso a mulher tenha 65 anos ou mais sem nunca ter realizado o preventivo, deverá realizar dois exames, e se ambos os resultados forem negativos, não deverá mais fazê-lo (INCA, 2016b).

Antes dos 25 anos de idade, o risco é mínimo e o rastreamento é menos eficiente para detectar o câncer. Além disso, o rastreamento precoce traria o aumento de diagnósticos de lesões de baixo grau, que apresentam significativa probabilidade de regressão, isto resultaria no aumento de procedimentos desnecessários, já que o exame apresenta alta sensibilidade, para detecção de lesões precursoras do CCU (CUZICK et al, 2013). Sendo assim, não há

necessidade de realizar o exame (INCA, 2016c). Ademais, a IARC estimou que, ao iniciar o rastreamento aos 25 anos, ao invés dos 20 anos, perde-se apenas 1% de redução da incidência cumulativa do CCU (IARC, 1986). Portanto, não há tanto impacto na redução da incidência e/ou mortalidade por câncer cervical. Já mulheres que ainda não iniciaram atividades sexuais, não é prioridade para realizar o preventivo, pois é necessário que tenha sido infectada pelo HPV, um vírus que só chega ao colo do útero através de relação sexual, para então desenvolver o CCU.

Acima dos 65 anos de idade, há poucas evidências objetivas sobre quando encerrar o rastreamento (INCA, 2016c) até mesmo nos países de longevidade mais alta, não há materiais concretos de que seja realmente efetivo realizar o Papanicolaou após os 64 anos (SASIENI; CASTAÑON; CUZICK, 2010). O rastreamento até esta idade para mulheres sem história de doença pré-invasiva está em conformidade com a grande parte das recomendações vigentes (INCA, 2016c).

O exame em questão permite a identificação do CCU pré-clínico, ainda sem sintomas (HINKLE; CHEEVER, 2011). Quando diagnosticado nesta fase inicial, as chances de cura são de 100% (INCA, 2016b), por isso é tão relevante a realização do preventivo no período indicado.

Todavia, sua realização não ocorre de forma igualitária, existem fatores associados à menor realização do exame preventivo do câncer cervical. Alguns estudos (MELO et al., 2011; BORGES et al., 2012; GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011; CORREA et al., 2012; BRISCHILIARI et al., 2012), apresentaram variáveis como baixa escolaridade e baixa renda, uma vez que estas variáveis aumentam a dificuldade no entendimento da relevância das medidas de prevenção e sobre os fatores de risco (SANTOS; MACEDO; LEITE, 2010).

Outras variáveis como idade, estado civil (MELO et al., 2011; BORGES et al., 2012; BRISCHILIARI et al., 2012; GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011), atividade remunerada (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011; BORGES et al., 2012; BRISCHILIARI et al., 2012), cor (MELO et al., 2011; GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011; CORREA et al., 2012; BRISCHILIARI et al., 2012), doenças crônicas (RIBEIRO, 2012), tabagismo, uso de bebida alcoólica, prática de atividade física, auto percepção do estado de saúde (OLIVEIRA et al., 2014) e paridade (CORREA et al., 2012), também foram analisadas.

## 2.2 EPIDEMIOLOGIA DO CANCER DO COLO DO ÚTERO

### 2.2.1 O câncer do colo do útero



O câncer é um dos principais problemas de saúde pública (BRASIL, 2006a). A palavra câncer é utilizada para denominar um grupo de várias doenças com suas características individuais, mas que apresentam falhas nos mecanismos celulares (CORREA et al., 2011).

O câncer cervical é caracterizado pela replicação desordenada das células de revestimento do útero, afetando o estroma (tecido subjacente) e podendo alastrar-se nas estruturas e órgãos adjacentes ou distantes (INCA, 2010a). Este carcinoma apresenta uma ameaça à vida das mulheres (BRASIL, 2013a) e possui duas categorias: carcinoma epidermoide (afeta o epitélio escamoso), que está presente na maioria dos casos, e o adenocarcinoma (afeta o epitélio glandular), que é um tipo mais raro de ocorrer (INCA, 2010a). Esta ocorrência está associada à infecção por alguns subtipos oncogênicos do Papiloma Vírus Humano, onde cerca de 40 subtipos do vírus, dos mais de 150 existentes, podem infectar o trato genital, destes 12 são oncogênicos e de alto risco (BRASIL, 2013a), como o HPV-16 e o HPV-18, que são os vírus responsáveis por cerca de 70% dos cânceres cervicais (WHO, 2010a). Contudo, a infecção pelo HPV não é suficiente para o desenvolvimento do CCU, é apenas um fator necessário (INCA, 2015).

Esta infecção pode se apresentar de forma clínica ou subclínica. Na forma clínica aparecem condilomas acuminados (verrugas) que podem aparecer no colo do útero, vagina, vulva, região pubiana, perineal, perianal e ânus e nos homens pode surgir no pênis (normalmente na glândula), bolsa escrotal, região pubiana, perianal e ânus, e também na boca e na garganta de ambos os sexos (BRASIL, 2013a). A forma subclínica não apresenta sintomatologia. No colo do útero ocorrem as Lesões Intra-epiteliais de Baixo Grau/Neoplasia Intra-epitelial grau I (NIC I), que retrata a presença do vírus, e de Lesões Intra-epiteliais de Alto Grau/Neoplasia Intra-epitelial graus II ou III (NIC II ou III), que são as lesões precursoras do CCU (INCA, 2000).

Concomitante ao HPV, alguns fatores de risco podem estar associados ao câncer cervical como ter baixa renda, doenças sexualmente transmissíveis, promiscuidade, relações sexuais desprotegidas, atividade sexual de início precoce, tabagismo (KELAVA et al., 2012), número elevado de gestações, uso de contraceptivos orais e infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (BRASIL, 2013a).

Esta neoplasia raramente produz sintomatologia em sua fase inicial, mas dor, corrimento e sangramento vaginal poderão aparecer conforme a evolução da doença (HINKLE; CHEEVER, 2011; BRASIL, 2013a). As lesões precursoras caso não sejam tratadas, podem evoluir para o câncer, podendo ocorrer não só no colo do útero, mas também

na vagina, boca, orofaringe, ânus e pênis (INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DAS DOENÇAS DO PAPILOMA VIRUS HUMANO, 2013). Todavia, o processo para desenvolvimento do CCU, geralmente, leva vários anos (BRASIL, 2013a).

Desta forma, é fundamental a realização do exame preventivo, que é considerada prevenção secundária do CCU. As medidas de prevenção primária tem como base a diminuição do risco de contágio pelo HPV através do estímulo ao uso do preservativo, já que tem transmissão por via sexual. Entretanto, a transmissão do HPV também se dá pelo contato com a pele da vulva, região perineal, perianal e bolsa escrotal (INCA, 2016d).

No Brasil existem duas vacinas que protegem contra os subtipos 16 e 18 do HPV, a bivalente, Cervarix®, (confere proteção aos subtipos 16 e 18) e a quadrivalente, Gardasil®, (confere proteção aos subtipos 6, 11, 16 e 18 – os dois primeiros são causadores de verrugas genitais). Todavia, são mais eficazes se utilizadas antes do contato com o HPV, por este motivo o MS determinou como público-alvo meninas de 11 a 13 anos de idade, antes do início da vida sexual, para receberem a dose da vacina quadrivalente, oferecida de forma gratuita através do SUS a partir do ano de 2014 e para meninas de 09 a 11 anos a partir de 2015, para meninas de 09 anos a partir de 2016 (BRASIL, 2013a) e para meninas que chegaram aos 14 anos sem se vacinar ou que não completaram as doses e para meninos de 12 a 13 anos a partir de 2017. Este último público terá sua faixa etária ampliada gradualmente até o ano de 2020, quando a vacina estará disponível para meninos de 9 a 13 anos (BRASIL, 2016).

A vacina do HPV já foi introduzida como estratégia de saúde pública para controle do CCU em mais de 51 países, registrados até maio de 2013. Segundo a OMS, até o referido ano, foram os seguintes países: Antiga República Jugoslava da Macedónia, Alemanha, Argentina, Austrália, Áustria, Bélgica, Butão, Brasil, Brunei, Canadá, Colômbia, Darussalam, Dinamarca, Eslovénia, Espanha, Estados Unidos da América, Fiji, França, Grécia, Ilhas Cook, Holanda, Ilhas Marshall, Irlanda, Irlanda do Norte, Islândia, Israel, Itália, Japão, Kiribati, Letónia, Lesoto, Luxemburgo, Malásia, México, Micronésia (Estados Federados da), Nova Zelândia, Noruega, Palau, Panamá, Paraguai, Portugal, Reino Unido da Grã-Bretanha, República Checa, Ruanda, San Marino, Singapura, Suécia, Suíça, Trinidad e Tobago, Uganda, Uruguai (BRASIL, 2013a). Destes, 10 países da América Latina e do Caribe incluíram a vacina HPV em sua lista e mais da metade das meninas já tiveram acesso à imunização contra o papilomavírus humano (BRASIL, 2013a). Para o público masculino foi introduzida nos seguintes países: Austrália, Áustria, Brasil, Estados Unidos, Israel, Panamá e Porto Rico (BRASIL, 2016).

Vale ressaltar que a adoção da vacinação não deve ser substituída pela realização do Papanicolaou, pois como a vacina não oferece proteção para todos os subtipos do vírus, a mulher estará desprotegida. Portanto, deverá realizar o exame preventivo periodicamente quando atingir a idade preconizada.

Importante destacar também que ainda há lacunas de conhecimento relacionadas à vacinação. O MS acompanha estudos e aguarda os resultados para avaliar o custo-efetividade a partir dos dados de incidência e mortalidade do CCU sob esta nova ação de controle (BRASIL, 2013b).

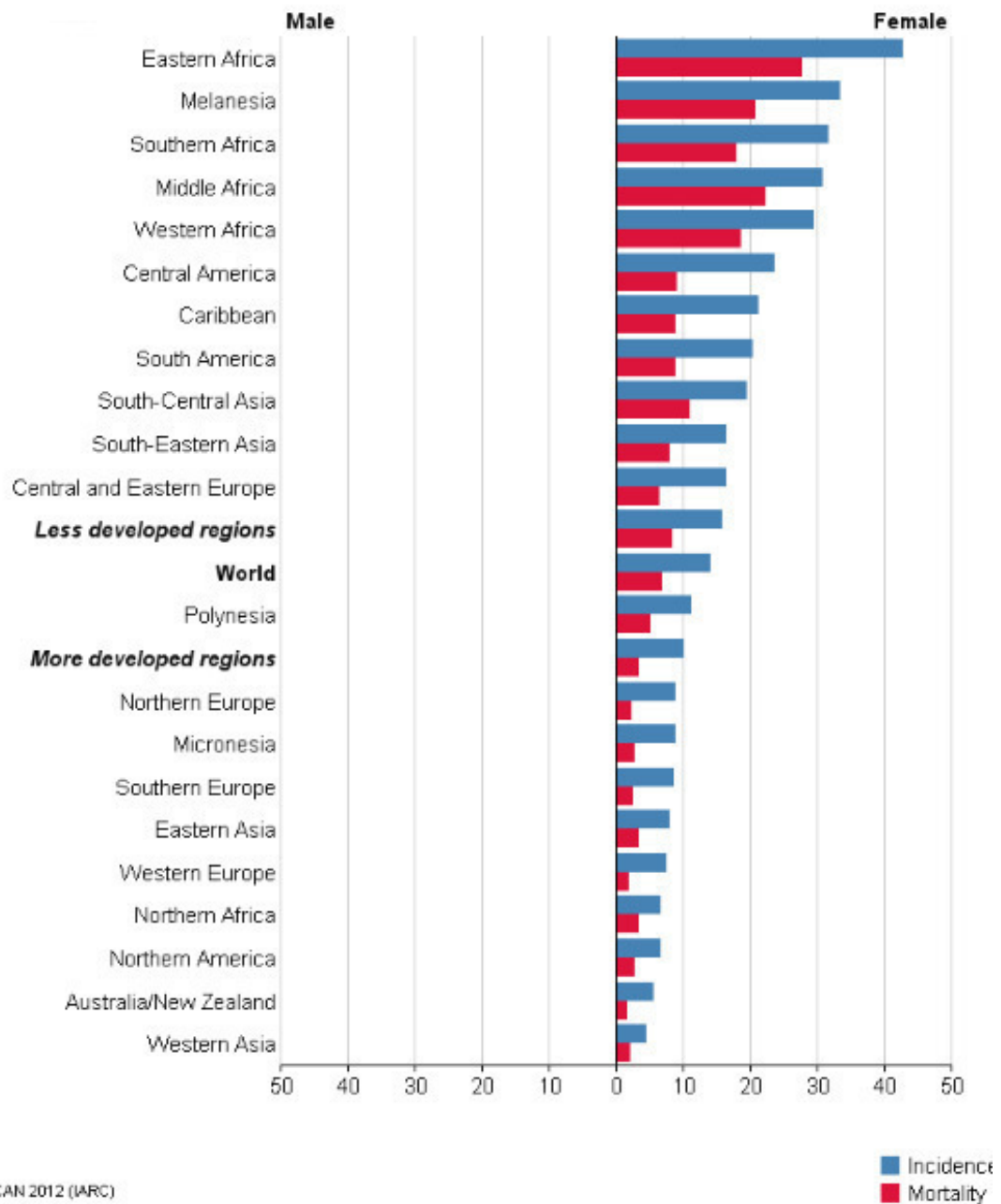
### **2.2.2 Distribuição do câncer do colo do útero no mundo e no Brasil**

O câncer é uma doença grave, com altas taxas de incidência e prevalência, e responsável por muitas mortes todos os anos (OTHERO, 2010), tornar-se-á uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todas as regiões do mundo nas próximas décadas (BRAY et al., 2012).

O câncer do colo do útero é um dos cânceres mais incidentes no mundo, ficando atrás do câncer de pulmão, mama, intestino e próstata, sendo a quarta maior frequência dos cânceres em mulheres, atrás do câncer de mama, intestino e pulmão (INCA, 2015). Estima-se 609.270 novos casos e 315.727 mortes no mundo para o ano de 2020 (IARC, 2012a), sendo a carga do CCU variável entre os países, mas grande parte distribuída nos países de baixa ou média renda (VACCARELLA et al., 2013). Apenas na América Latina e Caribe a estimativa é de 82.785 novos casos e 35.773 mortes e para o Brasil estima-se 22.211 novos casos e 10.383 mortes para o mesmo ano (IARC, 2012a).

Como é possível visualizar na Figura 02, as regiões de alto risco, que ultrapassam incidência de 30 casos por 100.000 habitantes, são: África Oriental, Melanésia, África do Sul e Central, estando a América do Sul na oitava posição. E as menores taxas são da Ásia Ocidental, Austrália/Nova Zelândia, América e África do Norte. A diferença nas taxas de incidência variam de menos de 02 casos por 100.000 habitantes a mais de 20 casos por 100.000 habitantes (IARC, 2012b).

Figura 2 - Estimativa de incidência e mortalidade do câncer cervical no mundo em 2012.



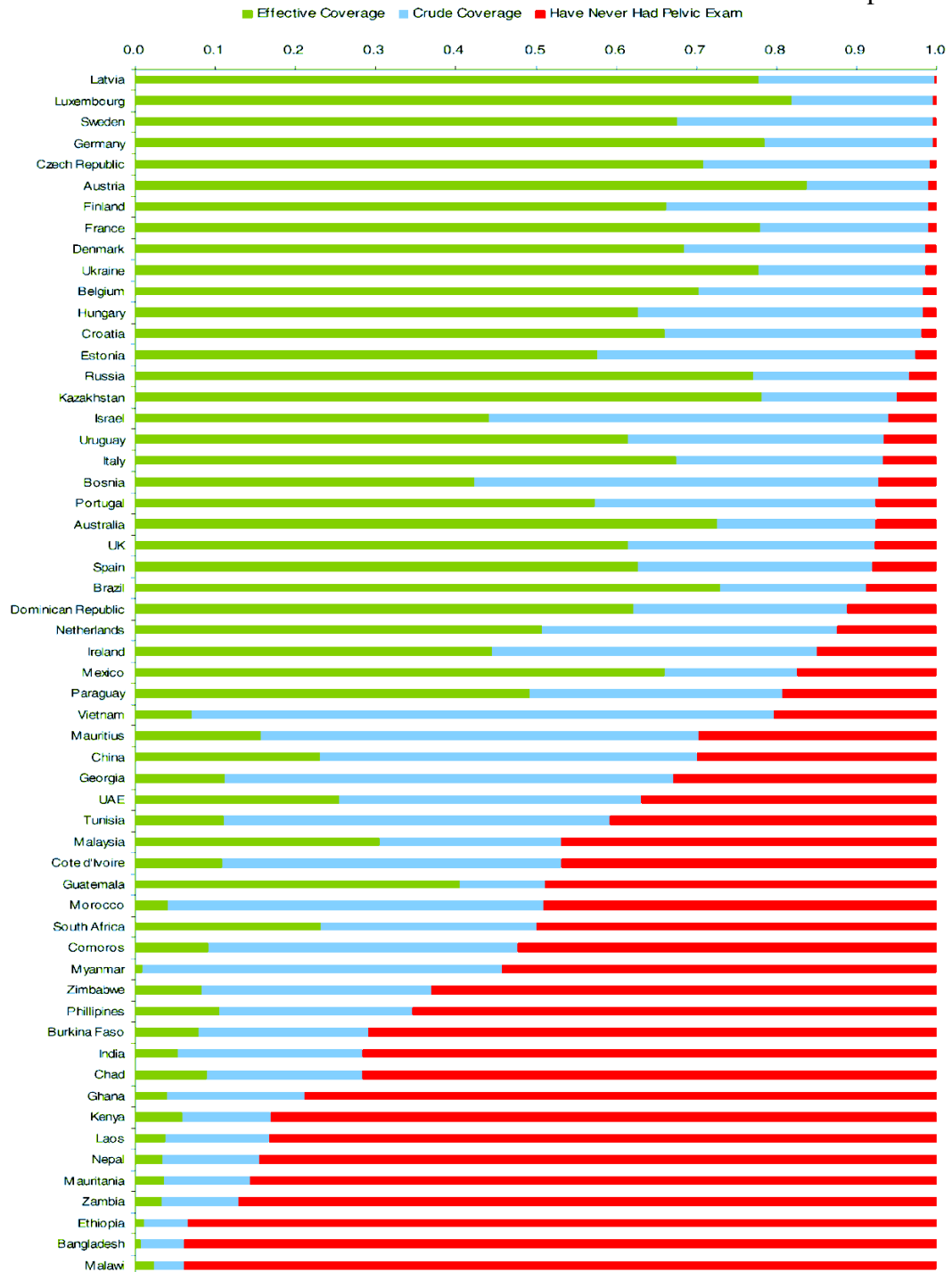
Fonte: (IARC, 2012b).

De acordo com a última estimativa mundial, o câncer de colo do útero foi responsável por mais de 284 mil óbitos no ano de 2015, sendo que a grande maioria (87%) ocorreu em países em desenvolvimento (IARC, 2012a). Apenas no ano de 2013, no Brasil, ocorreram 5.430 mortes por CCU (INCA, 2015). Nesta realidade, a cobertura e qualidade no acesso ao exame Papanicolaou é um relevante aliado para reduzir as taxas de incidência e mortalidade por câncer cervical.

A Figura 3 apresenta o nível de cobertura do rastreamento do CCU em vários países, dentre eles o Brasil, no ano de 2008, que mostra as grandes disparidades nas taxas de rastreio

nos países do mundo, são notáveis países como Alemanha, Áustria e França possuem altas taxas de cobertura. Todavia, alguns países podem possuir boa cobertura, mas apresentar grandes diferenças de acesso aos programas de triagem dentro de suas regiões (RODRÍGUEZ-RIEIRO, 2009).

Figura 3 - Níveis de cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero em 57 países.



Fonte: (GAKIDOU; NORDHAGEN; OBERMEYER, 2008).

No mesmo ano deste estudo, foi realizada a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que concluiu que houve aumento da prevalência de realização do Papanicolaou alguma vez na vida em mulheres a partir dos 25 anos (IBGE, 2010). Este fato pode ser explicado pela implantação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero no ano de 1998, que intensificou a oferta e ampliou o acesso ao exame de rastreamento, resultando em uma ampliação de cobertura do exame preventivo de 68,7% em 2003 para 84,5% em 2008 dentre mulheres com 25 anos ou mais (MEIRA et al., 2013).

A estimativa para o ano de 2016 no país é de 16.340 novos casos de CCU, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2015), conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária.

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	61.200	61,82	13.940	64,93	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	57.960	56,20	18.990	79,37
Colo do Útero	-	-	-	-	16.340	15,85	4.550	19,07
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.330	17,49	4.430	20,59	10.890	10,54	3.230	13,49
Cólon e Reto	16.660	16,84	5.560	25,80	17.620	17,10	6.210	25,95
Estômago	12.920	13,04	3.130	14,54	7.600	7,37	2.180	9,07
Cavidade Oral	11.140	11,27	2.780	12,95	4.350	4,21	1.230	5,04
Laringe	6.360	6,43	1.600	7,50	990	0,94	320	0,97
Bexiga	7.200	7,26	2.110	9,79	2.470	2,39	830	3,21
Esôfago	7.950	8,04	1.460	6,75	2.860	2,76	610	2,27
Ovário	-	-	-	-	6.150	5,95	2.170	8,92
Linfoma de Hodgkin	1.460	1,46	450	1,74	1.010	0,93	400	1,33
Linfoma não Hodgkin	5.210	5,27	1.550	7,15	5.030	4,88	1.670	7,02
Glândula Tireoide	1.090	1,08	350	1,27	5.870	5,70	1.800	7,46
Sistema Nervoso Central	5.440	5,50	1.290	5,86	4.830	4,68	1.250	5,20

Leucemias	5.540	5,63	1.370	6,38	4.530	4,38	1.180	4,88
Corpo do Útero	-	-	-	-	6.950	6,74	2.530	10,47
Pele Melanoma	3.000	3,03	840	3,86	2.670	2,59	740	2,96
Outras localizações	51.850	52,38	11.890	55,45	47.840	46,36	11.820	49,33
<b>Subtotal</b>	<b>214.350</b>	<b>216,48</b>	<b>52.750</b>	<b>245,63</b>	<b>205.960</b>	<b>199,57</b>	<b>61.710</b>	<b>257,55</b>
Pele não Melanoma	80.850	81,66	17.370	80,90	94.910	91,98	21.910	91,65
<b>Todas as Neoplasias</b>	<b>295.200</b>	<b>298,13</b>	<b>70.120</b>	<b>326,51</b>	<b>300.870</b>	<b>291,54</b>	<b>83.620</b>	<b>348,99</b>

\*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: INCA, 2015.

Vale ressaltar que de acordo com os resultados do estudo de Barbosa et al., (2016), a projeção da mortalidade no Brasil indica redução das taxas nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste. Já as regiões Norte e Nordeste apresentam tendência de aumento das taxas ao longo dos anos analisados. Desta forma, caracteriza-se a heterogeneidade de cobertura e acesso dentro do país, o que revela desigualdade na prevenção do CUU.

### **2.2.3 As políticas públicas para a saúde da mulher e as políticas voltadas ao câncer do colo do útero no Brasil**

Uma das primeiras iniciativas voltadas à prevenção do câncer do colo do útero no Brasil foi em 1956, quando o então presidente Juscelino Kubitschek viabilizou a construção do Centro de Pesquisas Luíza Gomes de Lemos, por meio de patrocínio, para atendimento às pessoas com câncer de mama e aparelho genital feminino no Rio de Janeiro, que se encontra integrado ao Instituto Nacional de Câncer - INCA (INCA, 2011a).

Anos depois, entre 1972 e 1975, o MS desenvolveu sua primeira ação de âmbito nacional, implementou o Programa Nacional de Controle do Câncer, através da Divisão Nacional de Câncer (INCA, 2011a). Este Programa tinha como finalidade o enfrentamento ao câncer em geral. Todavia, houve destaque ao rastreamento do CCU.

Neste período iniciaram as reivindicações dos movimentos feministas, que criticaram os programas pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, por ter atenção à sua saúde mais voltada ao ciclo gravídico-puerperal, que possuía baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (COSTA, 2014). Este movimento organizado ganhou maior visibilidade,

passando a fazer parte da agenda do Ministério da Saúde através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM (BRASIL, 1984).

O documento do PAISM foi elaborado em 1983, com participação desses movimentos, e em 1984 tornou-se a nova política de Saúde da Mulher no Brasil, que incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004; BRASIL, 1984).

Logo após, em 1986, foi criado o Programa de Oncologia do INCA (PRO-ONCO) que organizou o projeto “Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino”, que trabalhou na detecção das ações necessárias para a expansão do controle da neoplasia, suas linhas de trabalho eram a informação e a educação sobre os quatro tipos de câncer mais incidentes, como colo do útero e o de mama (INCA, 2011a). O Programa realizou uma reunião nacional em 1988 que ficou identificada como “Consenso sobre a Periodicidade e Faixa Etária no Exame de Prevenção do Câncer Cervicouterino” (INCA, 2011a).

Quando o SUS foi criado e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, em 1990, o INCA passou a ser o responsável pela formulação da política nacional do câncer, uma vez que o MS assumiu a coordenação da política de saúde no país. E assim, o PRO-ONCO tornou-se Coordenação de Programas de Controle de Câncer (ABREU, 1997).

Poucos anos depois, em 1995, o MS solicitou a elaboração de um projeto por necessidade de um programa de âmbito nacional para o controle do CCU (INCA, 2011a). O projeto Viva Mulher, foi implantado entre 1997 e 1998 em seis cidades do país e priorizou mulheres entre 35 e 49 anos que nunca haviam realizado o Papanicolaou ou que estavam sem realizá-lo há mais de três anos (INCA, 2013). Foram registrados alguns avanços como o desenvolvimento de protocolos para a padronização da coleta de material, para o seguimento e conduta para cada tipo de alteração citológica e cirurgia de alta frequência para tratamento das lesões pré-invasoras do câncer (INCA, 2011a). E assim as ações foram expandidas no país como Programa Nacional de Controle de Câncer do Colo do Útero e Mama – Viva Mulher (INCA, 2010b).

Neste período, o PAISM passou por dificuldades políticas, técnicas e administrativas em sua implementação com a Norma Operacional Básica (NOB) de 96, que municipalizou a gestão do SUS e reorganizou a atenção básica com o Programa Saúde da Família. Apesar de ser considerado avançado para a época, o PAISM ainda tinha algumas lacunas relativas à



inclusão da perspectiva de gênero e raça, que só foram superadas posteriormente (BRASIL, 2004).

Em 1998 foi instituído o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero e Mama através da Portaria GM (Gabinete do Ministro)/MS nº 3040 de 21 de junho de 1998, que em sua fase inicial adotou estratégias para estruturação da rede assistencial, desenvolvimento de um sistema de informações para o monitoramento das ações, estabelecimento de mecanismos para mobilização e captação de mulheres, assim como definição das competências nos três níveis de governo (BRASIL, 1998). Logo em seguida a sua coordenação foi oficialmente transferida para o INCA por meio da Portaria GM/MS nº788 de 23 de junho de 1999 (BRASIL, 1999).

Neste mesmo ano foi instituído o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), que é um sistema de informação do MS, desenvolvido pelo INCA em parceria com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS). O Sistema é uma ferramenta gerencial das ações do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, que tem como propósito ofertar subsídios para tomada de decisão ao gestor no processo de planejamento, regulação, avaliação e controle, podendo, assim, disseminar a informação (INCA, 2011b) e melhoria das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento. O SISCOLO começou a ser substituído pelo Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), que integra o SISCOLO e o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). O SISCAN é desenvolvido em plataforma web e possibilita a solicitação de exame, visualizar os resultados e verificar o seguimento às mulheres, o sistema é integrado ao Cadastro Nacional de Usuários do SUS (CADWEB), que permite a identificação dos usuários pelo número do cartão SUS e a atualização automática de seu histórico de seguimento (INCA, 2013). Estes Sistemas são úteis para quantificar os exames citopatológicos realizados, mas são limitados para realização do levantamento da cobertura do exame (SILVA et al, 2014; ANDRADE, 2012).

Em 2001 o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica através da Portaria GM/MS nº 95 de 26 de janeiro de 2001 (BRASIL, 2001). Para a saúde da mulher, a NOAS estabeleceu para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, previu a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (COELHO, 2003).

Somente a partir de 2003, passa-se a contemplar a atenção a segmentos da população feminina invisibilizados até o momento e a problemas emergentes que afetam a saúde da mulher (BRASIL, 2003). Neste ano a Área Técnica de Saúde da Mulher identificou a necessidade de articulação com outras áreas, além da proposição de novas ações, englobando: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, 2004).

Neste contexto, percebe-se que há muitas décadas, a saúde da mulher esteve voltada para o ciclo gravídico-puerperal e que as questões preventivas ficaram em segundo plano, junto a tantas outras questões relativas à saúde integral da mulher (FREITAS et al., 2009; MORI; COELHO; ESTRELLA, 2006).

Mais recentemente, em 2005 foi lançado a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS nº 2.439 de 08 de dezembro de 2005. Esta Política estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2005a). O Plano de ação para controle destes canceres, por sua vez, colocou seis diretrizes estratégicas, sendo elas: aumento de cobertura da população-alvo; garantia da qualidade; fortalecimento do sistema de informação; desenvolvimento de capacitações; estratégia de mobilização social; e desenvolvimento de pesquisas (BRASIL, 2005b).

O país reafirmou a importância da detecção precoce dessas neoplasias em 2006 no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b), incluindo indicadores e metas a serem atingidos nos estados e municípios. Dois anos depois foi lançada a Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, que dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Em seu inciso II – Art. 2º garante a realização de exame citopatológico do colo uterino a todas as mulheres que já tenham iniciado sua vida sexual, independentemente da idade.

Essa priorização do controle do CCU ainda foi reafirmada em 2011 com o lançamento do Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer (INCA, 2016c). O Plano previu investimentos técnico e financeiro para a intensificação das ações de controle nos estados e municípios no âmbito da detecção precoce e tem como eixos o controle do CCU, controle do câncer de mama e ampliação e qualificação da assistência oncológica. Para o controle do CCU, os objetivos eram de garantir o acesso ao

exame preventivo com qualidade às mulheres de 25 a 64 anos de idade e qualificar o diagnóstico e o tratamento das lesões precursoras desse câncer (INCA, 2014).

Pensando em prevenção do CCU, em 2014 a vacina contra o HPV foi incorporada à carteira nacional de vacinação. A vacina quadrivalente foi aprovada pelo Food and Drug Administration (FDA), órgão americano responsável pela regulamentação de alimentos e drogas, e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aprovou a comercialização no território brasileiro (BORSATTO; VIDAL; ROCHA, 2011). Baseado em estudos que demonstram sua eficácia para lesões intraepiteliais cervicais de alto grau associadas ao HPV 16 e ao HPV 18 em meninas sem contato prévio com o vírus, o Ministério da Saúde adquiriu através do Programa Nacional de Imunizações. Todavia, os resultados desta ação de controle do CCU e da mortalidade por esta neoplasia serão observados em um período de dez a quinze anos após o início da vacinação (BRASIL, 2013a).

## 2.3 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

### 2.3.1 Rede de atenção à pessoa vivendo com doenças crônicas

A forma de organização dos serviços em Redes de Atenção à Saúde começou a ser adotada pelo Ministério da Saúde em 2010, onde foi regulamentada através da Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2010).

O trabalho organizado através das RAS tenta romper com a fragmentação do sistema de saúde, pois é voltado às necessidades dos usuários e estabelece relações horizontais entre os pontos de atenção, trabalha o cuidado de forma multiprofissional e compartilha o compromisso com os resultados. Esta forma organizativa viabiliza as boas práticas na atenção à saúde e possibilita o monitoramento e avaliação do trabalho realizado junto à população.

Após pactuação tripartite realizada em 2011, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Urgência e Emergência foram priorizadas no país.

A Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas foi instituída no âmbito do SUS através da Portaria GM/MS nº 252 de 19 de fevereiro de 2013 (BRASIL, 2013c), mas foi revogada pela Portaria GM/MS nº 483 de 01 de abril de 2014, que redefiniu esta Rede e estabeleceu diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado (BRASIL, 2014a). Para esta Rede de Atenção, considera-se doença crônica aquelas que apresentam

início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura (BRASIL, 2014a).

Esta Rede tem como objetivo realizar a atenção integral às pessoas com doenças crônicas, em todos os níveis e pontos de atenção, através de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Para isto, é organizada por meio dos seguintes componentes: Atenção Básica; Atenção Especializada, que se divide em: ambulatorial especializado, hospitalar e urgência e emergência; Sistemas de Apoio; Sistemas Logísticos; Regulação; e Governança. Estes componentes devem prover as ações de atenção à saúde mediante articulação de seus distintos pontos de atenção, além estar devidamente estruturados e articulados entre os níveis federal, estadual e municipal (BRASIL, 2014a). Possui Linhas de Cuidado específicas, considerando os agravos de maior magnitude no país. Atualmente, cinco grupos de doenças crônicas são priorizadas para serem trabalhadas pelo Ministério da Saúde, são elas: Doenças renocardiovasculares; Diabetes; Obesidade; Doenças respiratórias crônicas; e Câncer (de mama e colo do útero) (BRASIL, 2013d).

### **2.3.2 Rede de oncologia**

A Rede de Atenção Oncológica foi criada pelo MS, desta forma deve ser instalada nas unidades federadas, com o objetivo de implantar política e ações voltadas à atenção oncológica. A Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005, garante o atendimento integral a qualquer pessoa com câncer, através das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) (BRASIL, 2005a), que são serviços com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e o tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil. Estas unidades abrangem sete modalidades, são elas: diagnóstico, radioterapia, quimioterapia, cirurgia oncológica, reabilitação, medidas de suporte e cuidados paliativos. E deve disponibilizar de forma complementar consultas e exames de média complexidade para o diagnóstico diferencial do câncer. A Rede de Atenção Oncológica de Alta Complexidade também é composta por alguns serviços isolados que oferecem assistência especializada e

integral à pessoa com câncer. Além destes serviços, alguns hospitais gerais também são habilitados para realizar cirurgias oncológicas.

Em 19 de dezembro de 2005 foi publicada a Portaria MS/SAS nº 741 definindo as UNACON, os CACON e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades. Devendo os hospitais habilitados oferecer tratamento para o CCU, os hospitais que não dispõem de radioterapia devem oferecer essa modalidade de tratamento em unidade referenciada (BRASIL, 2005c). No ano de 2014 os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia foram redefinidos através da Portaria MS/SAS nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, além disso, a referida Portaria também define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do SUS (BRASIL, 2014b).

Todavia, apesar das Portarias bem estabelecidas sobre estes serviços, a Política Nacional de Atenção Oncológica ao passar por investigações realizadas pelo Tribunal de Contas da União no ano de 2011 foi constatado que os investimentos governamentais e os mecanismos existentes para a estruturação desta Rede não têm sido suficientes para atender a demanda. E, desta forma, inviabiliza o acesso em tempo oportuno aos pacientes de câncer. Outra causa seria o despreparo dos profissionais da atenção básica no rastreamento precoce dos casos de câncer e encaminhá-los para a atenção especializada (BRASIL, 2011a).

### **2.3.3 Linha de cuidado à pessoa com câncer**

A Linha de Cuidado (LC) é o percurso assistencial que o usuário fará na Rede de Atenção à Saúde de acordo com suas necessidades, é montada de acordo com a organização do fluxo do indivíduo pelos estabelecimentos de saúde. É como desenhar o itinerário do usuário dentro da rede de saúde (FRANCO; FRANCO, 2016).

A LC à Pessoa com Câncer organiza as ações e serviços de saúde voltados à atenção dos indivíduos com câncer de mama e colo do útero de modo a superar as fragmentações existentes partindo da Atenção Básica, porta de entrada no sistema, até a Alta Complexidade, conforme é possível visualizar na Figura 4, que mostra o fluxo do usuário na Linha de Cuidado no Câncer.

Figura 4 - Fluxo do usuário na Linha de Cuidado no Câncer.



Fonte: (BRASIL, 2006a).

Os atores responsáveis trabalham para garantir os recursos materiais e humanos necessários a sua operacionalização, além da integração e corresponsabilização dos serviços e da articulação com os demais (atores e serviços) que compõem outras LC. Todas estas ações devem visar garantir acesso aos serviços de saúde e o cuidado integral.

Nesta perspectiva, a Portaria GM/MS N° 874, de 16 de maio de 2013, instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu Art. 2º esta Política teve como objetivo reduzir a mortalidade e a incapacidade causada por esta doença, além de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, assim como também objetivou contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013e).

Na LC à pessoa com câncer, assim como nas demais LC, cada nível de atenção possui suas ações estratégicas e procedimentos específicos para trabalhar a saúde do indivíduo. Muitas das ações são realizadas na Atenção Básica, pois ela atua na promoção, prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce, suporte e cuidados paliativos. Na LC à pessoa com câncer a AB realiza atividades voltadas à prevenção de doenças, trabalham a educação, onde fazem a convocação para a realização de exames de detecção precoce, como o Papanicolaou, agendam consulta, identificam as mulheres com resultados positivos para acompanhar o caso e, por fim, fazem os encaminhamentos necessários ao próximo nível de complexidade.

Na Atenção Especializada de Média Complexidade devem ser trabalhadas ações de diagnóstico histológico do câncer, tratamento e cuidados paliativos. É a referência da AB, de acordo com a lógica de hierarquização e regionalização do SUS (BRASIL, 2011b). Para atendimento neste nível de atenção, o profissional da AB deve encaminhar para realização de

alguma consulta ou exame especializado, onde após a realização destes o usuário pode retornar à AB, como pode ser continuar na Atenção Especializada (AE) a fim de realizar outros exames e ser acompanhado neste nível de atenção, como pode ser referenciado para atenção hospitalar.

Na Atenção Especializada de Alta Complexidade, devem ser trabalhadas ações de tratamento e cuidados paliativos, já que é composta por serviços de apoios diagnóstico e terapêutico hospitalares. Neste nível de atenção se realiza as cirurgias oncológicas, radio e quimioterapia.

Todos os níveis de atenção devem estar atentos à realização da referência e contra referência quando necessário, orientando o usuário para onde ele vai, informando o que precisa realizar e quem vai acompanhá-lo/atendê-lo. Para que a esta Rede seja fortalecida e funcione plenamente é necessário que todos os níveis de atenção trabalhem nesta perspectiva e realizem as ações e procedimentos que lhes são de competência.

Visando este fortalecimento, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 (BRASIL, 2011c) contém as seguintes ações para a rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero: Aperfeiçoar o rastreamento do câncer do colo do útero e evoluir do modelo oportunístico para o modelo organizado, com garantia de confirmação diagnóstica, tratamento de lesões precursoras e referência dos casos de câncer para o nível terciário; Implantar programas de gestão da qualidade do exame citopatológico do colo do útero; Capacitar profissionais do nível primário e secundário para o rastreamento do câncer do colo do útero e o tratamento das lesões precursoras; Desenvolver estratégias para difusão de informação e mobilização social relativa à prevenção e à detecção precoce do câncer do colo do útero; e Fortalecer programas/iniciativas de detecção precoce do câncer do colo do útero. Todas estas ações contribuirão para o enfrentamento do CCU no país.

Todavia, para que tudo isso ocorra é fundamental focar ações na ampliação e qualidade do acesso das mulheres aos serviços de saúde, sobretudo aquelas com fatores associados à não realização do exame. Estudos realizados no Brasil mostram que mulheres solteiras (GASPERIN, BOING, KUPEK, 2011; BORGES et al., 2012; RIBEIRO et al., 2013), de baixa escolaridade (BORGES et al., 2012; GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011), sem filhos (CORREA et al., 2012) e baixa renda (BORGES et al., 2012; BRISCHILIARI et al., 2012) foram associadas à este desfecho. Desta forma, as mulheres que apresentam estes fatores de risco deverão ser o foco das ações para redução do número de não realização do exame Papanicolaou.

É relevante destacar ainda estudos como de Ozawa e Marcopito (2011) que revelou que os problemas de acesso refletem também na oferta e organização dos serviços, não apenas nas características socioeconômicas dos indivíduos. Sendo o acesso aos serviços públicos de saúde em todos os níveis de assistência um dos princípios básicos do SUS, garantido na Lei 8.080/1990 e na Constituição Federal Brasileira, através do art. 196 que assegura que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, que deve ser garantido por meio de políticas que visem ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e o art. 198 nomeia como um das diretrizes do SUS o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas.

Cabe ressaltar que o rastreamento do CCU no Brasil é baseado na demanda espontânea e em países desenvolvidos é organizado e conta com mecanismos para recrutamento da população-alvo. Essa forma de rastreamento tem como efeito a desigualdade no acesso e uso inócuo dos recursos (RIBEIRO et al., 2016).



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar a prevalência e os fatores associados à não realização do exame Papanicolaou em mulheres brasileiras na idade indicada para sua realização.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Conhecer a prevalência da não realização do exame Papanicolaou em mulheres na idade indicada para sua realização;
2. Analisar a prevalência da não realização do preventivo em mulheres na idade indicada por regiões do país;
3. Mensurar a associação de naturezas sociodemográficas, socioeconômicas e contextuais com a não realização do exame em mulheres na idade indicada.

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 TIPO DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal (seccional). Neste tipo de estudo a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado (HOCHMAN; NAHAS; OLIVEIRA FILHO, 2005).

### **4.2 LOCAL DO ESTUDO, FONTE DE DADOS, POPULAÇÃO, AMOSTRAGEM, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO E OBJETO DA ANÁLISE**

#### **4.2.1 Local do estudo**

Este estudo utiliza a base de dados obtida através da primeira edição da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal no ano de 2013, com amostra de 79.875 domicílios. O país está localizado na América do Sul, possui um território de 8.515.767,049 km<sup>2</sup> (IBGE, 2016), com 190.755.799 habitantes, onde 51% da população é feminina (IBGE, 2011) e apresenta 84,3% vivendo na zona urbana (IBGE, 2011).

#### **4.2.2 Fonte de dados**

Para sua condução, foram utilizados dados coletados na primeira edição da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), idealizada e conduzida através de convênio entre o Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A PNS faz parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE e deverá ter uma periodicidade de 05 anos (IBGE, 2015). A pesquisa enfoca as condições de saúde dos brasileiros, sob três pilares: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas.

O questionário proposto, respondido pelo adulto selecionado com equiprobabilidade entre todos os residentes adultos do domicílio, foi subdividido em três partes: o domiciliar, outro com informações sobre os demais moradores e um questionário individual, que continha o módulo R - Saúde da Mulher, no qual as questões relacionadas a exames preventivos estavam incorporadas.

Para este estudo foram utilizadas as informações coletadas através do questionário do domicílio com o módulo de Visitas domiciliares de Equipe de Saúde da Família e Agente de Endemias, questionário de todos os moradores do domicílio com módulo de Características Gerais dos Moradores, Cobertura de Plano de Saúde e questionário do morador adulto selecionado com os módulos de Trabalho e Apoio Social, Percepção do estado de Saúde, Estilos de Vida, Doenças Crônicas e Saúde da Mulher.

Vale ressaltar que vários estudos sobre diferentes temas já foram realizados a partir dos dados da PNS (MIELK et al., 2015a; MIELK et al., 2015b; MALTA et al., 2015a; MALTA et al., 2015b; MALTA et al., 2015c; OLIVEIRA et al., 2015a; OLIVEIRA et al., 2015b; GARCIA; FREITAS, 2015; CLARO et al., 2015; JAIME et al., 2015; ANDRADE et al., 2015; ISER et al., 2015; TAVARES et al., 2015; MALTA et al., 2016a; MALTA et al., 2016b; SZWARCOWALD et al., 2016; VIACAVAL; BELLIDO, 2016; BOCCOLINI et al., 2013; SILVA et al., 2016; NICO et al., 2016; THEME FILHA et al., 2016), entre eles a Saúde da Mulher, Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Saúde Bucal.

#### **4.2.3 População do estudo e amostragem**

A PNS teve como população alvo adultos com 18 anos de idade ou mais residentes em domicílios particulares do Brasil, com algumas exceções, conforme é possível ter mais detalhes no relatório final da pesquisa (IBGE, 2015). Sua amostra é um subamostra da Amostra Mestra, que é um conjunto de unidades de áreas que são selecionadas para atender a diversas pesquisas do SIPD do IBGE (SOUZA-JUNIOR et al., 2015). Essas unidades são consideradas unidades primárias de amostragem (UPAs).

O plano amostral é formado pela estratificação das UPAs e seleção das unidades com probabilidade de acordo com o tamanho, dado pelo número de domicílios particulares permanentes (DPPs), sendo a UPA um setor ou um conjunto deles (SOUZA-JUNIOR et al., 2015).

Para calcular o tamanho de amostra da PNS foram considerados alguns aspectos como a estimação de taxas de prevalência (proporções) com nível de precisão em intervalos de 95% de confiança; efeito do plano de amostragem (EPA), por se tratar de amostragem por conglomeração em múltiplos estágios; número de domicílios selecionados por UPA e proporção de domicílios com pessoas na faixa etária de interesse (DAMACENA et al., 2015).

A amostra da PNS é por conglomerados dos seguintes estágios de seleção: Primeiro – setor censitário; Segundo – domicílio; e Terceiro - morador com 18 ou mais anos de idade. O

setor censitário foi estratificado nos seguintes critérios: administrativo (Unidade da Federação - UF separada em capital, demais partes do território da região metropolitana ou Região Integrada de Desenvolvimento Econômico – RIDE, e outros municípios), geográfico (subdividida em capitais e demais municípios de grande porte), de situação (dividida em rural e urbano) e estatístico (DAMACENA et al., 2015; SILVA et al., 2016). A coleta de dados foi realizada por entrevistadores devidamente calibrados que utilizaram o Personal Digital Assistance (PDA) (ISER et al., 2015; SILVA et al., 2016).

Os adultos selecionados no domicílio responderam ao questionário que continha questões sobre características sociodemográficas, auto avaliação do estado da saúde, modos de vida, morbidade, acidentes e violência, saúde da mulher e de crianças menores de 2 anos, saúde bucal, saúde do idoso e desempenho do sistema de saúde (SOUZA-JUNIOR et al., 2015). Somado a isso, a PNS realizou coleta de material biológico dos entrevistados, aferiu medidas físicas (DAMACENA et al., 2015).

Para estimação de uma proporção  $p$ , com erro, confiança de 95% ( $z=1,96$ ), e EPA, o tamanho total da amostra foi de 79.875 domicílios. Foram consideradas perdas os domicílios fechados ou vazios, a recusa dos moradores em atender o entrevistador e não conseguir entrevistar o informante, após 3 ou mais tentativas, mesmo com agendamento das visitas (DAMACENA et al., 2015). Ao final do trabalho de campo, foram visitados 81.254 domicílios, realizadas 64.308 entrevistas domiciliares e 60.202 individuais, com o morador selecionado no domicílio (SZWARCOWALD et al., 2016). Destas, 4.106 entrevistas não foram realizadas por recusa ou por não encontrar o indivíduo a ser entrevistado, totalizando em 6,38% a taxa de não resposta.

Para este estudo foram selecionadas apenas as mulheres que participaram da PNS. Responderam o questionário do morador adulto selecionado 31.845 mulheres de 18 anos ou mais de idade, mas após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, diminuiu-se esta amostra, totalizando em 23.387 mulheres.

#### **4.2.4 Critérios de inclusão e exclusão**

##### 4.2.4.1 Critérios de inclusão

Foram incluídas no estudo mulheres de 25 a 64 anos de idade.

##### 4.2.4.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídas do estudo mulheres que nunca tiveram relações sexuais e que realizaram histerectomia (cirurgia para retirada do útero).

#### 4.2.5 Objeto da análise

Para analisar o acesso à realização do Papanicolaou em mulheres brasileiras, foi analisada a realização do exame até três anos, a mais de três anos e sua nunca realização, assim como os motivos apresentados pelas mulheres para a nunca realização do exame. Para isto foram utilizadas as seguintes perguntas e variáveis independentes, todas auto-referidas, retiradas do questionário da PNS:

- **Região;**
- **Cor ou raça:** categorizada em “branca” e “não branca”, esta última considerando todas as demais cores ou raças;
- **Idade:** categorizada em grupos de 25 a 39, 40 a 59 e 60 a 64 anos;
- **Situação de moradia/Zona;**
- **Ocupação;**
- **Nível de educação/escolaridade;**
- **Estrato Social/Critério Brasil:** A análise das condições socioeconômicas foi realizada de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) 2010 da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (ABEP, 2012) - válida a partir do ano de 2012, que estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas. O critério Brasil classifica os estratos sociais em A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E, e para critérios de análise os agrupamos em A-B, C e D-E.
- **Em geral, como o(a) sr(a) avalia a sua saúde?;**
- **Vive com cônjuge ou companheiro(a)?;**
- **A sra usa algum método para evitar a gravidez atualmente?;**
- **Tem algum plano de saúde (médico ou odontológico), particular, de empresa ou órgão público?;**
- **Quando foi a última vez que a senhora (sra) fez um exame preventivo para câncer de colo do útero?; Qual o principal motivo da sra nunca ter feito um exame preventivo?;** estas duas últimas variáveis foram unidas para melhor avaliar a variável dependente deste estudo. Sendo assim, foram excluídas aquelas com resposta positiva para realização do exame preventivo, e categorizadas as respostas de “nunca fez” em “nunca fez

por motivo de dificuldade de acesso aos serviços de saúde” abrangendo as respostas “Nunca foi orientada para fazer o exame”, “Não sabe quem procurar ou aonde ir”, “Teve dificuldades para marcar consulta”, “O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande”, “O serviço de saúde é muito distante” e “O horário de funcionamento do serviço é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas” e “nunca fez por motivos pessoais” abrangendo as respostas “não acha necessário” e “tem vergonha”.

- **Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?; Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica?:** Estas duas últimas variáveis foram unidas para melhor avaliar a frequência em que a mulher consome bebida alcoólica, sendo categorizada em “não bebe” para aquelas que afirmaram não consumir bebida alcoólica, “moderadamente” e “excessivo” de acordo com o parâmetro do “World Cancer Research Fund” que coloca como consumo moderado uma dose por dia para mulheres e duas doses por dia para homens e acima disso considera consumo excessivo (WORLD CANCER RESEARCH FUND, 2007);

- **Atualmente, o(a) sr(a) fuma algum produto do tabaco?; E no passado, o(a) sr(a) fumou algum produto do tabaco?:** estas duas últimas variáveis também foram unidas para melhor avaliar se a mulher fuma ou fumou algum produto do tabaco, categorizada em “nunca fumou”, “ex-fumante” e “fumante”;

- **Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?;** Em geral, no dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?: estas duas últimas variáveis também foram unidas e categorizada em “nenhuma” para aquelas que não praticam exercício físico, “insuficiente” e “suficiente” de acordo com o parâmetro brasileiro, adotado pela recomendação da OMS, que orienta adultos à prática de pelo menos 150 minutos por semana de atividade física moderada ou 75 minutos por semana de atividade física vigorosa/intensa, em sessões de pelo menos 10 minutos de duração, sem determinação de frequência semanal (WHO, 2010b);

- **Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?; Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes?; Algum médico já lhe deu o diagnóstico de colesterol alto?; Algum médico já lhe deu o diagnóstico de uma doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?; Algum médico já lhe deu o diagnóstico de AVC (Acidente Vascular cerebral) ou derrame?; Algum médico já lhe deu o diagnóstico de asma (ou bronquite asmática)?; Algum médico já lhe deu o diagnóstico de artrite ou reumatismo?; O(a) sr(a) tem algum problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas**

**nas vértebras ou disco?; Algum médico já lhe deu o diagnóstico de DORT (distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho)?; Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de depressão?; Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de outra doença mental, como esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo)?; Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma doença no pulmão, tais como enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)?; Algum médico já lhe deu algum diagnóstico de câncer?; e Algum médico já lhe deu o diagnóstico de insuficiência renal crônica?;** Todas as perguntas sobre doenças crônicas foram agrupadas em apenas uma variável intitulada “multimorbidade”, categorizada em “0”, “2”, “3” e “4”, desta forma a presença de multimorbidade foi analisada considerando o diagnóstico de duas ou mais doenças crônicas;

**- Durante a sua vida, a sra já ficou grávida (mesmo que a gravidez não tenha chegado até o final)?** Esta pergunta foi realizada apenas para mulheres com até 49 anos de idade, o n foi reduzido para 12.944 mulheres.

#### 4.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO

##### 4.3.1 Variável dependente

Para este estudo as variáveis dependentes/de interesse foram a realização do exame Papanicolaou em mulheres brasileiras até três anos, a mais de três anos e sua nunca realização, assim como os motivos apresentados pelas mulheres a nunca realização, todos comparados a realização do exame até 3 anos. Sendo o principal motivo de nunca ter feito o exame preventivo para câncer de colo do útero por motivos pessoais englobando as respostas “Não acha necessário” e “tem vergonha”. E por motivo de dificuldade de acesso aos serviços de saúde englobando as respostas “Nunca foi orientada para fazer o exame”, “Não sabe quem procurar ou aonde ir”, “Tem dificuldades financeiras”, “Tem dificuldades de transporte”, “Teve dificuldades para marcar consulta”, “O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande”, “O serviço de saúde é muito distante”, “O horário de funcionamento do serviço é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas”, “O plano de saúde não cobre a consulta” e “Está marcado, mas ainda não realizou”.

##### 4.3.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram definidas a partir do questionário da PNS, que é a base de coleta de dados desta pesquisa. Foram escolhidos os itens considerados relevantes para o estudo.

O Quadro 01 apresenta as variáveis selecionadas com a explicação para a escolha, a classificação estatística e a categoria/unidade de medida.

Quadro 01 – Variáveis do estudo.

Variável	Explicação	Classificação estatística	Categoria/Unidade de medida
Região	Buscou conhecer a região de residência da mulher	Qualitativa nominal	1. Centro Oeste 2. Nordeste 3. Norte 4. Sudeste 5. Sul
Cor ou raça	Buscou conhecer a característica declarada da mulher	Qualitativa nominal	1. Branca 2. Não branca
Idade	Buscou conhecer a idade da mulher	Quantitativa discreta	1. 25-39 2. 40-59 3. 60-64
Situação de moradia/Zona	Buscou conhecer a situação de moradia da mulher	Qualitativa nominal	1. Urbano 2. Rural
Ocupação	Buscou conhecer se a mulher tem ocupação	Qualitativa nominal	1. Ocupada 2. Desocupada
Nível de educação/escolaridade	Buscou avaliar o nível de educação/escolaridade da mulher	Qualitativa ordinal	1. Sem escolaridade e fundamental incompleto 2. Fundamental completo e médio incompleto 3. Médio completo e superior incompleto 4. Superior completo
Estrato Social/Critério Brasil	Buscou conhecer qual o estrato social da mulher	Qualitativa ordinal	1. A-B 2. C 3. D-E
Como avalia a sua saúde/auto percepção	Buscou conhecer como a mulher avalia sua saúde	Qualitativa ordinal	1. Muito boa/boa 2. Regular 3. Ruim/muito ruim
Algum plano de saúde, particular, de empresa ou órgão público	Buscou conhecer se a mulher tem plano de saúde	Qualitativa nominal	1. Sim 2. Não
Vive com cônjuge/companheiro	Buscou conhecer se a mulher vive com o	Qualitativa nominal	1. Sim 2. Não



	cônjuge/companheiro		
Utiliza algum método para evitar a gravidez atualmente	Buscou conhecer se a mulher utiliza algum método para evitar a gravidez atualmente	Qualitativa nominal	1. Sim 2. Não
Frequência que costuma consumir alguma bebida alcoólica	Buscou conhecer qual a frequência que a mulher ingere bebida alcoólica	Qualitativa ordinal	1. Não bebe 2. Moderadamente 3. Excessivo
Fuma algum produto do tabaco	Buscou conhecer se a mulher fuma algum produto do tabaco	Qualitativa nominal	1. Nunca fumou 2. Ex-fumante 3. Fumante
Prática de exercício físico ou esporte por semana	Buscou conhecer o quanto a mulher costuma praticar exercício físico ou esporte	Qualitativa ordinal	1. Suficiente 2. Insuficiente 3. Nenhuma
Diagnosticada com multimorbidade	Buscou conhecer se a mulher já foi diagnosticada com alguma morbidade	Quantitativa discreta	1. 0 2. 2 3. 3 4. 4 ou mais
Ficou grávida (mesmo que a gravidez não tenha chegado até o final)	Buscou conhecer se a mulher já ficou grávida durante a sua vida	Qualitativa nominal	1. Sim 2. Não

Fonte: Própria autora, 2017.

#### 4.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Para tabulação e análise estatística foi utilizado o software estatístico Stata® 14 com o comando para amostras complexas, verificando as Razões de Prevalência (RP) com respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) e valores de p ( $p < 0,05$ ), utilizando-se na análise multivariada a regressão de Poisson, já que a variável resposta descreve o número de vezes que o evento ocorreu em espaço de observações/área finita.

Para a análise multivariada, foi utilizado como critério de inclusão as variáveis que apresentaram valor de  $p < 0,05$  na análise bivariada.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Segundo a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (BRASIL, 2013f) para esta pesquisa não foi necessário o uso do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) em virtude de se trabalhar com dados secundários, e desta forma, não houve contato com os participantes, de forma direta ou indireta.

Contudo, a PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sob o número 328.159 de 26 de junho de 2013 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº: 10853812.7.0000.0008 e todos os indivíduos entrevistados foram esclarecidos, consultados e aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 5 RESULTADOS

A prevalência da realização do exame Papanicolaou em mulheres brasileiras a mais de três anos e até três anos de realização do exame, além da prevalência para a nunca realização do exame preventivo, conforme as variáveis independentes está apresentada na Tabela 02.

Para realização do exame preventivo até 3 anos, a prevalência foi maior para mulheres da região Sul, de cor branca, na faixa etária de 40-59 anos, que vive em zona urbana, possui ocupação, com nível superior de educação, pertencente aos estratos sociais A-B, com auto percepção de saúde muito boa/boa, que possui plano de saúde, vive com cônjuge, faz uso de métodos contraceptivos, consome álcool moderadamente, é ex-fumante de tabaco, pratica atividade física de forma suficiente, possui multimorbidade, sendo diagnosticada com 2 doenças crônicas e nunca teve filhos.

Para a não realização do exame preventivo há mais de 3 anos, a prevalência foi maior para as mulheres da região Nordeste, não branca, na faixa etária de 60-64 anos, que vive na zona rural, está desocupada, não possui escolaridade, pertence aos estratos sociais D-E, tem auto percepção de saúde ruim/muito ruim, não possui plano de saúde, não vive com o cônjuge, não faz uso de métodos contraceptivos - vale ressaltar que para esta variável as perdas foram mais prevalentes, não consome álcool, é fumante de tabaco, não pratica nenhuma atividade física, possui multimorbidade, sendo diagnosticada com quatro ou mais doenças crônicas e teve filhos.

Para a nunca realização do exame preventivo, a prevalência foi maior para as mulheres da região Norte, não branca, faixa etária de 60-64 anos, vive em zona rural, não possui ocupação, não possui escolaridade, pertence aos estratos sociais D-E, tem auto percepção de saúde ruim/muito ruim, não possui plano de saúde, não vive com o cônjuge, faz uso de métodos contraceptivos - vale ressaltar que para esta variável as perdas foram mais prevalentes, faz consumo excessivo de álcool, é fumante de tabaco, não pratica nenhuma atividade física, não possui multimorbidade e teve filhos.

Tabela 2 - Prevalência da realização do exame Papanicolaou até três anos, a mais de três anos e sua nunca realização em mulheres brasileiras, conforme as variáveis independentes, em 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>Fez até 3 anos (%)</b>	<b>IC (95%)</b>	<b>Fez há mais de 3 anos (%) n = 23.387</b>	<b>IC (95%)</b>	<b>Nunca fez (%)</b>	<b>IC (95%)</b>
<b>Região</b>						
Centro Oeste	81,58	79-83	10,43	09-11	07,99	06-09
Nordeste	74,98	73-76	12,83	11-14	12,20	10-13
Norte	75,42	72-78	11,64	10-13	12,94	10-13
Sudeste	81,48	79-83	09,75	08-10	08,77	07-10
Sul	83,92	81-86	09,53	08-11	06,55	05-08
<b>Cor</b>						
Branca	83,27	81-84	09,30	08-10	07,44	06-08
Não branca	76,49	75-77	11,99	11-13	11,53	10-12
<b>Idade</b>						
25-39	80,26	78-81	08,14	73-90	11,60	10-12
40-59	81,22	79-82	11,67	10-12	07,11	06-08
60-64	67,69	63-71	20,04	17-23	12,27	09-15
<b>Zona do domicílio</b>						
Urbano	80,56	79-81	10,56	09-11	08,88	08-09
Rural	73,82	71-76	11,77	10-13	14,41	12-16
<b>Ocupação</b>						
Ocupada	83,38	82-84	09,06	08-09	07,56	06-08
Sem ocupação	74,61	72-76	13,00	11-14	12,39	11-13
<b>Educação</b>						
Sem escolaridade	62,66	58-66	16,55	13-19	20,80	17-24
Fundamental	75,26	73-76	14,11	12-15	10,63	09-11
Médio	80,24	80-83	08,64	07-09	08,96	07-10
Superior	88,22	86-89	06,43	05-07	05,34	04-06
<b>Critério Brasil</b>						
A e B	85,02	83-86	08,70	07-10	06,28	05-07
C	79,97	78-81	10,71	09-11	09,32	08-10

D e E	75,26	73-76	12,28	11-13	12,46	11-13
<b>Autopercepção</b>						
Muito boa/boa	81,93	80-83	08,44	77-91	09,64	08-10
Regular	76,45	74-78	14,12	12-15	09,43	08-10
Ruim/muito ruim	72,18	68-75	17,99	14-21	09,84	07-12
<b>Plano de Saúde</b>						
Não	74,45	73-75	13,42	12-14	12,13	11-13
Sim	91,12	89-92	04,82	03-05	04,06	03-05
<b>Vive com cônjuge</b>						
Não	73,49	71-75	12,25	11-13	14,26	12-15
Sim	82,71	81-83	09,97	09-10	07,32	06-08
<b>Método contraceptivo</b>						
Não	82,29	80-83	09,89	08-11	07,82	06-09
Sim	84,68	83-86	07,28	06-08	08,03	07-09
Perdidos	73,56	71-75	14,26	13-15	12,18	10-13
<b>Consumo de álcool</b>						
Não bebe	79,07	77-80	10,82	10-11	10,11	09-11
Moderado	85,41	82-87	09,89	07-12	04,70	03-06
Excessivo	79,49	75-83	10,28	07-13	10,23	07-14
<b>Consumo de tabaco</b>						
Nunca fumou	81,05	79-82	09,51	08-10	09,44	08-10
Ex-fumante	81,47	78-83	11,88	10-13	06,65	05-08
Fumante	70,09	67-72	16,14	13-18	13,77	11-16
<b>Prática de atividade física</b>						
Suficiente	82,37	81-83	09,21	08-10	08,42	07-09
Insuficiente	78,46	76-80	12,00	10-13	09,55	08-11
Nenhuma	74,93	72-76	12,97	11-14	12,10	10-13

<b>Presença de multimorbidade</b>						
0	79,19	78-80	10,18	09-10	10,62	09-11
2	81,48	78-83	10,56	09-12	07,96	06-10
3	80,54	76-84	13,84	10-17	05,62	03-08
4 ou mais	81,07	76-84	14,85	11-18	04,08	02-06
<b>Paridade*</b>						
Nunca teve filhos		81-90		04-10		04-10
	86,68		06,71		06,61	
Teve filhos	82,32	81-83	09,85	09-10	07,82	07-08

\*Esta pergunta foi realizada apenas para mulheres com até 49 anos de idade.

A prevalência da não realização do exame Papanicolaou em mulheres brasileiras por dificuldade de acesso aos serviços de saúde e por motivos pessoais está apresentada na Tabela 03.

Para a nunca realização do exame preventivo por dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a prevalência foi maior para mulheres da região Sudeste, de cor branca, na faixa etária de 25-39 anos, que vive em zona urbana, possui ocupação, com nível superior de educação, pertencente ao estrato social C, com auto percepção de saúde ruim/muito ruim, que possui plano de saúde, vive com cônjuge, faz uso de métodos contraceptivos, consome álcool moderadamente, é ex-fumante de tabaco, pratica atividade física de forma suficiente, não possui doenças crônicas e teve filhos.

Para a nunca realização do exame preventivo por motivos pessoais, a prevalência foi maior para as mulheres da região Nordeste, não branca, na faixa etária de 60-64 anos, que vive na zona urbana, está sem ocupação, com nível médio de escolaridade, pertence aos estratos sociais A-B, tem auto percepção de saúde regular, possui plano de saúde, não vive com o cônjuge, não faz uso de métodos contraceptivos - vale ressaltar que para esta variável as perdas foram mais prevalentes, não consome álcool, é ex-fumante de tabaco, pratica atividade física de forma insuficiente, possui multimorbidade, sendo diagnosticada com 3 doenças crônicas e nunca teve filhos.

Tabela 3 - Prevalência da nunca realização do exame Papanicolaou em mulheres brasileiras por dificuldade de acesso aos serviços de saúde e por motivos pessoais, conforme as variáveis independentes, em 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>Dificuldade de acesso Não</b>	<b>IC (95%)</b>	<b>Dificuldade de acesso Sim</b>	<b>IC (95%) n = 23.387</b>	<b>Motivos pessoais Não</b>	<b>IC (95%)</b>	<b>Motivos pessoais Sim</b>	<b>IC (95%)</b>
<b>Região</b>								
Centro Oeste	71,32	63-78	28,68	21-36	39,29	31-47	60,71	52-68
Nordeste	74,06	69-77	25,94	22-30	35,34	31-39	64,66	60-69
Norte	71,71	64-78	28,29	21-35	35,13	28-42	64,87	57-71
Sudeste	63,39	55-70	36,61	29-44	46,73	38-54	53,27	45-61
Sul	75,33	64-83	24,67	16-35	35,48	26-46	64,52	53-73
<b>Cor</b>								
Branca	67,34	59-74	32,66	25-40	40,48	33-47	59,52	52-66
Não branca	70,68	66-74	29,32	25-33	40,04	35-44	59,96	55-64
<b>Idade</b>								
25-39	65,52	60-70	34,48	29-39	44,50	39-49	55,50	50-60
40-59	72,45	65-78	27,55	21-34	38,24	32-44	61,76	55-67
60-64	80,94	72-87	19,06	12-27	23,23	16-32	76,77	67-83
<b>Zona do domicílio</b>								
Urbano	68,79	64-73	31,21	26-35	40,04	35-44	59,96	55-64
Rural	72,26	66-77	27,74	22-33	40,89	35-46	59,11	53-64
<b>Ocupação</b>								
Ocupada	64,41	59-69	35,59	30-40	44,51	39-49	55,49	50-60
Sem ocupação	73,72	68-78	26,28	21-31	36,56	31-42	63,44	57-68
<b>Educação</b>								
Sem escolaridade	69,33	57-79	30,67	20-42	38,83	28-50	61,17	49-71
Fundamental	70,57	65-75	29,43	24-34	41,85	36-47	58,15	52-63
Médio	69,89	63-75	30,11	24-36	37,08	30-44	62,92	55-69
Superior	64,73	53-74	35,27	25-46	44,51	34-54	55,49	45-65
<b>Critério Brasil</b>								

A e B	73,86	64-81	26,14	18-35	38,59	29-48	61,41	51-70
C	67,96	60-74	32,04	25-39	42,59	35-49	57,41	50-64
D e E	69,01	64-73	30,99	26-35	38,78	34-43	61,22	56-65
<b>Autopercepção</b>								
Muito boa/boa	67,43	62-72	32,57	27-37	41,02	36-46	58,98	53-63
Regular	74,84	69-79	25,16	20-30	37,65	31-43	62,35	56-68
Ruim/muito ruim	65,27	55-74	34,73	25-44	43,67	33-54	56,33	45-66
<b>Plano de Saúde</b>								
Não	69,56	65-73	30,44	26-34	40,77	36-45	59,23	54-63
Sim	68,74	58-77	31,26	22-41	36,52	27-46	63,48	53-72
<b>Vive com cônjuge</b>								
Não	72,33	66-77	27,67	22-33	37,25	31-43	62,75	56-68
Sim	66,74	61-71	33,26	28-38	42,99	38-47	57,01	52-61
<b>Método contraceptivo</b>								
Não	71,22	64-76	28,78	23-35	40,28	33-47	59,72	52-66
Sim	60,63	53-67	39,37	32-46	51,15	44-58	48,85	41-56
Perdidos	73,71	68-78	26,29	21-31	33,90	36-44	66,10	55-63
<b>Consumo de álcool</b>								
Não bebe	69,63	65-73	30,37	26-34	39,78	35-44	60,22	55-64
Moderado	65,28	52-76	34,72	23-47	44,12	32-56	55,88	43-67
Excessivo	70,35	52-83	29,65	16-47	45,09	29-62	54,91	37-70
<b>Consumo de tabaco</b>								
Nunca fumou	69,15	64-73	30,85	26-35	40,44	36-44	59,56	55-63
Ex-fumante	66,51	50-79	33,49	20-49	38,06	25-52	61,94	47-74
Fumante	72,25	64-79	27,75	20-35	40,45	32-49	59,55	50-67
<b>Prática de atividade física</b>								
Suficiente	67,97	62-72	32,03	27-37	43,01	37-48	56,99	51-62



Insuficiente	71,07	63-77	28,93	22-36	36,75	29-44	63,25	55-70
Nenhuma	70,72	63-77	29,28	22-36	38,01	31-45	61,99	54-68
<b>Presença de multimorbidade</b>								
0	68,28	63-72	31,72	27-36	40,78	36-45	59,22	54-63
2	69,57	59-77	30,43	22-40	42,18	32-53	57,82	46-67
3	84,01	70-91	15,99	08-29	25,74	13-42	74,26	57-86
4 ou mais	88,46	76-94	11,54	53-23	31,28	16-51	68,72	48-83
<b>Paridade*</b>								
Nunca teve filhos	74,02	52-87	25,98	12-47	44,73	23-67	55,27	32-76
Teve filhos	65,82	60-70	34,18	29-39	46,40	41-51	53,60	48-58

\*Esta pergunta foi realizada apenas para mulheres com até 49 anos de idade.

Em comparação com a realização do Papanicolaou até 3 anos, sua realização após 3 anos através da análise bivariada foi associada com os seguintes fatores: residentes na região Norte e Nordeste, não branca, de idade 40-59 anos e 60-64 anos, que vive em zona rural, sem ocupação, sem escolaridade ou com níveis fundamental e médio, pertencente aos estratos sociais C, D-E medido pelo Critério Brasil (retirado da análise multivariada por possuir muita relação com a escolaridade, desta forma, apenas a escolaridade foi considerada para a multivariada), que possui auto percepção de saúde regular e ruim/muito ruim, que não possui plano de saúde, não vive com o cônjuge, que não faz uso de métodos contraceptivos - os perdidos para esta variável também foi significativa, é fumante ou ex-fumante, não pratica nenhuma atividade física ou pratica de forma insuficiente e foi diagnosticada com 3, 4 ou mais doenças crônicas.

Tabela 4 - Análise bivariada da realização do exame Papanicolaou após 3 anos em mulheres brasileiras comparada às mulheres que realizaram o exame conforme as variáveis independentes, em 2013.

Variáveis	RP	IC (95%)	Valor de p
<b>Região</b>			
Centro Oeste	1,06	88-12	0,522

Nordeste	1,36	11-16	0,001
Norte	1,25	10-14	0,015
Sudeste	1,00		
Sul	0,95	07-11	0,659
<b>Cor</b>			
Branca	1,00		
Não branca	1,34	11-15	0,001
<b>Idade</b>			
25-39	1,00		
40-59	1,36	11-15	0,001
60-64	2,48	20-29	0,001
<b>Zona do domicílio</b>			
Urbano	1,00		
Rural	1,18	10-14	0,042
<b>Ocupação</b>			
Ocupada	1,00		
Sem ocupação	1,51	13-17	0,001
<b>Educação</b>			
Sem escolaridade	3,07	23-39	0,001
Fundamental	2,32	18-28	0,001
Médio	1,39	11-17	0,003
Superior	1,00		
<b>Critério Brasil</b>			
A e B	1,00		
C	1,27	10-15	0,010
D e E	1,51	12-17	0,001
<b>Auto percepção</b>			
Muito boa/boa	1,00		
Regular	1,66	14-18	0,001
Ruim/muito ruim	2,13	17-25	0,001
<b>Plano de Saúde</b>			
Não	3,04	24-37	0,001
Sim	1,00		
<b>Vive com cônjuge</b>			
Não	1,32	11-15	0,001
Sim	1,00		
<b>Método contraceptivo</b>			
Não	1,35	11-16	0,001
Sim	1,00		
Perdidos	2,05	17-23	0,001
<b>Consumo de álcool</b>			
Não bebe	1,00		
Moderado	0,86	06-11	0,246
Excessivo	0,95	06-12	0,751
<b>Consumo de Tabaco</b>			

Nunca fumou	1,00		
Ex-fumante	1,21	10-14	0,031
Fumante	1,78	15-21	0,001
<b>Prática de atividade física</b>			
Suficiente	1,00		
Insuficiente	1,31	11-15	0,001
Nenhuma	1,46	12-16	0,001
<b>Presença de multimorbidade</b>			
0	1,00		
2	1,00	08-11	0,935
3	1,28	10-16	0,041
4 ou mais	1,35	10-17	0,011
<b>Paridade*</b>			
Nunca teve filho	1,00		
Teve filho	1,48	09-24	0,121

RP, Razão de Prevalência; IC, Intervalo de Confiança.

\*Esta pergunta foi realizada apenas para mulheres com até 49 anos de idade.

Em comparação com a realização do Papanicolaou até 3 anos, sua nunca realização através da análise bivariada foi associada com os seguintes fatores: residentes nas regiões Norte e Nordeste, não branca, que vive na zona rural, está desocupada, não possui escolaridade ou possui níveis fundamental e médio, faz parte dos estratos sociais C, D e E (retirado da análise multivariada por possuir muita relação com a escolaridade, desta forma, apenas a escolaridade foi considerada para a multivariada), não possui plano de saúde, não vive com o cônjuge, as perdas da variável de uso de métodos contraceptivos e não pratica nenhuma atividade física. Idade entre 40-59 anos, consumo moderado de álcool, ex-fumante de tabaco e presença de multimorbidades apareceram como fatores de proteção.

Tabela 05 - Análise bivariada da nunca realização do exame Papanicolaou em mulheres brasileiras comparada às mulheres que realizaram o exame conforme as variáveis independentes, em 2013.

Variáveis	RP	IC (95%)	Valor de p
<b>Região</b>			
Centro Oeste	0,91	07-11	0,462
Nordeste	1,44	11-17	0,001
Norte	1,50	11-18	0,001
Sudeste	1,00		
Sul	0,74	05-10	0,057
<b>Cor</b>			
Branca	1,00		
Não branca	1,59	13-18	0,001
<b>Idade</b>			

25-39	1,00		
40-59	0,63	05-07	0,001
60-64	1,21	09-15	0,096
<b>Zona do domicílio</b>			
Urbano	1,00		
Rural	1,64	13-19	0,001
<b>Ocupação</b>			
Ocupada	1,00		
Sem ocupação	1,71	14-19	0,001
<b>Educação</b>			
Sem escolaridade	4,36	33-56	0,001
Fundamental	2,16	17-27	0,001
Médio	1,71	13-21	0,001
Superior	1,00		
<b>Critério Brasil</b>			
A e B	1,00		
C	1,51	12-19	0,001
D e E	2,06	16-25	0,001
<b>Auto percepção</b>			
Muito boa/boa	1,00		
Regular	1,04	09-12	0,567
Ruim/muito ruim	1,13	08-14	0,282
<b>Plano de Saúde</b>			
Não	3,28	26-41	0,001
Sim	1,00		
<b>Vive com cônjuge</b>			
Não	1,99	17-23	0,001
Sim	1,00		
<b>Método contraceptivo</b>			
Não	1,00	08-12	0,990
Sim	1,00		
Perdidos	1,63	13-19	0,001
<b>Consumo de álcool</b>			
Não bebe	1,00		
Moderado	0,46	03-05	0,001
Excessivo	1,00	07-13	0,975
<b>Consumo de tabaco</b>			
Nunca fumou	1,00		
Ex-fumante	0,72	05-09	0,017
Fumante	1,57	13-18	0,001
<b>Prática de atividade física</b>			
Suficiente	1,00		
Insuficiente	1,16	09-13	0,083
Nenhuma	1,49	12-17	0,001
<b>Presença de multimorbidade</b>			

0	1,00		
2	0,75	05-09	0,025
3	0,55	03-08	0,007
4 ou mais	0,40	02-06	0,001
<b>Paridade*</b>			
Nunca teve filho	1,00		
Teve filho	1,22	07-20	0,424

RP, Razão de Prevalência; IC, Intervalo de Confiança.

\*Esta pergunta foi realizada apenas para mulheres com até 49 anos de idade.

Em comparação com a realização do Papanicolaou até 3 anos, sua nunca realização por motivo de dificuldade de acesso aos serviços de saúde através da análise bivariada foi associada com os seguintes fatores: mulheres da região Nordeste, de idade entre 60-64 anos, sem ocupação, com autopercepção de saúde regular, não utiliza métodos contraceptivos e as perdas desta variável e que possui multimorbidades, sendo diagnosticada com 3, 4 ou mais doenças crônicas.

Tabela 6 - Análise bivariada da nunca realização do exame Papanicolaou por mulheres brasileiras por motivo de dificuldade de acesso aos serviços de saúde comparada às mulheres que realizaram o exame, conforme as variáveis independentes, em 2013.

Variáveis	RP	IC (95%)	Valor de p
<b>Região</b>			
Centro Oeste	0,78	05-10	0,158
Nordeste	0,70	05-09	0,011
Norte	0,77	05-10	0,126
Sudeste	1,00		
Sul	0,67	04-10	0,085
<b>Cor</b>			
Branca	1,00		
Não branca	0,89	06-11	0,400
<b>Idade</b>			
25-39	1,00		
40-59	0,79	06-10	0,090
60-64	0,55	03-08	0,005
<b>Zona do domicílio</b>			
Urbano	1,00		
Rural	0,88	06-11	0,360
<b>Ocupação</b>			
Ocupada	1,00		
Sem ocupação	0,73	05-09	0,010
<b>Educação</b>			
Sem escolaridade	0,86	05-13	0,558
Fundamental	0,83	05-11	0,288
Médio	0,85	05-12	0,382
Superior	1,00		

<b>Critério Brasil</b>			
A e B	1,00		
C	1,22	08-17	0,268
D e E	1,18	08-16	0,324
<b>Auto percepção</b>			
Muito boa/boa	1,00		
Regular	0,77	06-09	0,037
Ruim/muito ruim	1,06	07-14	0,687
<b>Plano de Saúde</b>			
Não	0,97	07-13	0,870
Sim	1,00		
<b>Vive com cônjuge</b>			
Não	0,83	06-10	0,120
Sim	1,00		
<b>Método contraceptivo</b>			
Não	0,73	05-09	0,024
Sim	1,00		
Perdidos	0,66	05-08	0,001
<b>Consumo de álcool</b>			
Não bebe	1,00		
Moderado	1,14	07-16	0,486
Excessivo	0,97	05-16	0,933
<b>Consumo de tabaco</b>			
Nunca fumou	1,00		
Ex-fumante	1,08	06-17	0,727
Fumante	0,89	06-12	0,479
<b>Prática de atividade física</b>			
Suficiente	1,00		
Insuficiente	0,90	06-12	0,500
Nenhuma	0,91	06-12	0,531
<b>Presença de multimorbidade</b>			
0	1,00		
2	0,95	06-13	0,798
3	0,50	02-09	0,044
4 ou mais	0,36	01-07	0,009
<b>Paridade*</b>			
Nunca teve filho	1,00		
Teve filho	1,31	06-26	0,445

RP, Razão de Prevalência; IC, Intervalo de Confiança.

\*Esta pergunta foi realizada apenas para mulheres com até 49 anos de idade.

Em comparação com a realização do Papanicolaou até 3 anos, sua nunca realização por motivos pessoais através da análise bivariada foi associada com os seguintes fatores: mulheres das regiões Nordeste e Norte, de idade entre 60-64 anos, sem ocupação, que não utiliza métodos contraceptivos e as perdas desta variável e que possui multimorbidades, sendo diagnosticada com 3 doenças crônicas.

Tabela 7 - Análise bivariada da nunca realização do exame Papanicolaou por mulheres brasileiras por motivos pessoais comparada às mulheres que realizaram o exame, conforme as variáveis independentes, em 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>RP</b>	<b>IC (95%)</b>	<b>Valor de p</b>
<b>Região</b>			
Centro Oeste	1,13	09-14	0,217
Nordeste	1,21	10-14	0,024
Norte	1,21	10-14	0,043
Sudeste	1,00		
Sul	1,21	09-15	0,086
<b>Cor</b>			
Branca	1,00		
Não branca	1,00	08-11	0,918
<b>Idade</b>			
25-39	1,00		
40-59	1,11	09-12	0,119
60-64	1,38	12-15	0,001
<b>Zona do domicílio</b>			
Urbano	1,00		
Rural	0,98	08-11	0,826
<b>Ocupação</b>			
Ocupada	1,00		
Sem ocupação	1,14	10-12	0,038
<b>Educação</b>			
Sem escolaridade	1,10	08-14	0,455
Fundamental	1,04	08-12	0,661
Médio	1,13	09-14	0,243
Superior	1,00		
<b>Critério Brasil</b>			
A e B	1,00		
C	0,93	07-11	0,487
D e E	0,99	08-11	0,970
<b>Auto percepção</b>			
Muito boa/boa	1,00		
Regular	1,05	09-11	0,383
Ruim/muito ruim	0,95	07-11	0,655
<b>Plano de Saúde</b>			
Não	0,93	07-11	0,424
Sim	1,00		
<b>Vive com cônjuge</b>			
Não	1,10	09-12	0,135

Sim	1,00		
<b>Método contraceptivo</b>			
Não	1,22	10-14	0,031
Sim	1,00		
Perdidos	1,35	11-15	0,001
<b>Consumo de álcool</b>			
Não bebe	1,00		
Moderado	0,92	07-11	0,531
Excessivo	0,91	06-12	0,573
<b>Consumo de tabaco</b>			
Nunca fumou	1,00		
Ex-fumante	1,03	08-13	0,752
Fumante	0,99	08-11	0,998
<b>Prática de atividade física</b>			
Suficiente	1,00		
Insuficiente	1,10	09-13	0,207
Nenhuma	1,08	09-12	0,274
<b>Presença de multimorbidade</b>			
0	1,00		
2	0,97	08-11	0,806
3	1,25	10-15	0,035
4 ou mais	1,16	08-15	0,298
<b>Paridade*</b>			
Nunca teve filho	1,00		
Teve filho	0,96	06-15	0,891

RP, Razão de Prevalência; IC, Intervalo de Confiança.

\*Esta pergunta foi realizada apenas para mulheres com até 49 anos de idade.

Em comparação com a realização do Papanicolaou até 3 anos, sua realização após 3 anos através da análise multivariada foi associada com os seguintes fatores: mulheres brancas e não brancas sem escolaridade, não brancas com nível fundamental de escolaridade, idade entre 60-64 anos, auto percepção de saúde regular, ruim/muito ruim, não possui plano de saúde, não vive com cônjuge, é fumante de tabaco, não pratica nenhuma atividade física e possui multimorbidades, sendo diagnosticada com duas doenças crônicas.

Tabela 8 - Análise multivariada da realização do exame Papanicolaou após 3 anos em mulheres brasileiras comparada às mulheres que realizaram o exame conforme as variáveis independentes, em 2013.

Variáveis	RP	IC (95%)	Valor de p
<b>Cor e educação</b>			



Branca e sem escolaridade	1,68	11-25	0,014
Branca e fundamental	1,33	09-18	0,062
Branca e médio	1,08	08-14	0,596
Não branca e sem escolaridade	1,48	10-21	0,026
Não branca e fundamental	1,48	11-19	0,009
Não branca e médio	1,24	09-16	0,156
Não branca superior	1,28	09-18	0,151
<b>Idade</b>			
25-29	0,84	06-10	0,148
30-39	0,90	07-10	0,248
40-49	1,00		
50-59	1,11	09-13	0,223
60-64	1,80	14-22	0,001
<b>Auto percepção</b>			
Muito boa/boa	1,00		
Regular	1,28	11-14	0,001
Ruim/muito ruim	1,46	11-18	0,001
<b>Plano de Saúde</b>			
Não	2,42	19-30	0,001
Sim	1,00		
<b>Vive com cônjuge</b>			
Não	1,22	10-13	0,002
Sim	1,00		
<b>Consumo de Tabaco</b>			
Nunca fumou	1,00		
Ex-fumante	1,07	08-12	0,447
Fumante	1,43	12-16	0,001
<b>Prática de atividade física</b>			
Suficiente	1,00		
Insuficiente	1,23	10-10	0,008
Nenhuma	1,28	11-14	0,001
<b>Presença de multimorbidade</b>			
0	1,00		
2	0,81	06-09	0,019
3	0,93	07-11	0,560
4 ou mais	0,81	06-10	0,115

RP, Razão de Prevalência; IC, Intervalo de Confiança.

Em comparação com a realização do Papanicolaou até 3 anos, sua nunca realização por motivos pessoais através da análise multivariada foi associada com os seguintes fatores: mulheres brancas e não brancas sem escolaridade, mulheres brancas e não brancas com nível fundamental de escolaridade, não brancas com nível médio de escolaridade, idade entre 25-29, 30-39 e 60-64 anos, está sem ocupação, não possui plano de saúde, não vive com o cônjuge, é ex-fumante de tabaco, bebe moderadamente e foi diagnosticada com 3, 4 ou mais doenças crônicas.

Tabela 9 - Análise multivariada da nunca realização do exame Papanicolaou em mulheres brasileiras por motivos pessoais comparada às mulheres que realizaram o exame conforme as variáveis independentes, em 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>RP</b>	<b>IC (95%)</b>	<b>Valor de p</b>
<b>Cor e educação</b>			
Branca e sem escolaridade	3,13	19-50	0,001
Branca e fundamental	1,54	10-21	0,013
Branca e médio	1,33	09-19	0,126
Não branca e sem escolaridade	3,40	23-48	0,001
Não branca e fundamental	1,95	14-27	0,001
Não branca e médio	1,49	10-20	0,015
Não branca e superior	1,24	08-17	0,251
<b>Idade</b>			
25-29	2,65	21-32	0,001
30-39	1,55	12-18	0,001
40-49	1,00		
50-59	1,14	09-14	0,238
60-64	1,70	13-21	0,001
<b>Ocupação</b>			
Ocupada	1,00		
Sem ocupação	1,42	12-16	0,001
<b>Plano de Saúde</b>			
Não	2,20	17-27	0,001
Sim	1,00		
<b>Vive com cônjuge</b>			
Não	1,98	17-22	0,001
Sim	1,00		
<b>Consumo de tabaco</b>			
Nunca fumou	1,00		
Ex-fumante	0,79	04-06	0,001
Fumante	1,46	05-10	0,068
<b>Consumo de álcool</b>			

Não bebe			
Moderado	0,52	04-06	0,001
Excessivo	0,75	05-10	0,068
<b>Presença de multimorbidade</b>			
0	1,00		
2	0,81	06-10	0,091
3	0,55	03-08	0,006
4 ou mais	0,39	02-06	0,001

RP, Razão de Prevalência; IC, Intervalo de Confiança.

Em comparação com a realização do Papanicolaou até 3 anos, sua nunca realização por motivo de dificuldade de acesso aos serviços de saúde através da análise multivariada foi associada com os seguintes fatores: mulheres brancas sem escolaridade, mulheres não brancas com nível fundamental e sem escolaridade, idades entre 25-29 e 30-39, não possui plano de saúde, que não vive com o cônjuge e pertence aos estratos sociais D-E.

Tabela 10 – Análise multivariada da nunca realização do exame Papanicolaou por mulheres brasileiras por motivo de dificuldade de acesso aos serviços de saúde comparada às mulheres que realizaram o exame, conforme as variáveis independentes, em 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>RP</b>	<b>IC (95%)</b>	<b>Valor de p</b>
<b>Cor e educação</b>			
Branca e sem escolaridade	6,68	26-16	0,001
Branca e fundamental	1,53	08-27	0,155
Branca e médio	1,31	06-25	0,413
Não branca e sem escolaridade	3,12	17-55	0,001
Não branca e fundamental	1,92	11-32	0,016
Não branca e médio	1,37	07-24	0,266
Não branca e superior	1,43	07-29	0,313
<b>Idade</b>			
25-29	4,01	27-58	0,001
30-39	2,06	14-29	0,001
40-49	1,00		
50-59	1,11	07-17	0,628
60-64	1,02	06-16	0,934
<b>Plano de Saúde</b>			
Não	2,20	15-30	0,001
Sim	1,00		
<b>Vive com cônjuge</b>			
Não	1,72	13-22	0,001
Sim	1,00		
<b>Critério Brasil</b>			
A e B	1,00		

C	1,37	09-20	0,093
D e E	1,59	01-22	0,010

RP, Razão de Prevalência; IC, Intervalo de Confiança.

Em comparação com a realização do Papanicolaou até 3 anos, sua nunca realização por motivos pessoais através da análise multivariada foi associada com os seguintes fatores: mulheres brancas e sem escolaridade, não brancas com nível médio, fundamental e sem escolaridade, idades entre 25-29, 30-39 e 60-64, sem ocupação, que não possui plano de saúde, não vive com o cônjuge é fumante ou ex-fumante de tabaco e pratica atividade física de forma insuficiente.

Tabela 11- Análise multivariada da nunca realização do exame Papanicolaou por mulheres brasileiras por motivos pessoais comparada às mulheres que realizaram o exame, conforme as variáveis independentes, em 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>RP</b>	<b>IC (95%)</b>	<b>Valor de p</b>
<b>Cor e educação</b>			
Branca e sem escolaridade	6,78	12-39	0,010
Branca e fundamental	1,62	09-25	0,061
Branca e médio	1,33	08-24	0,152
Não branca e sem escolaridade	3,23	22-63	0,001
Não branca e fundamental	1,98	11-29	0,006
Não branca e médio	1,38	11-26	0,016
Não branca e superior	1,45	07-18	0,578
<b>Idade</b>			
25-29	2,69	20-35	0,001
30-39	1,52	17-19	0,001
40-49	1,00		
50-59	1,58	07-14	0,655
60-64	1,25	11-22	0,008
<b>Ocupação</b>			
Ocupada	1,00	12-19	0,001
Sem ocupação	1,56		
<b>Plano de Saúde</b>			
Não	1,97	13-27	0,001
Sim	1,00		
<b>Vive com cônjuge</b>			
Não	2,18	17-26	0,001
Sim	1,00		
<b>Consumo de Tabaco</b>			
Nunca fumou	1,00		
Ex-fumante	0,73	05-09	0,037

Fumante	1,27	10-15	0,032
<b>Prática de atividade física</b>			
Suficiente	1,00		
Insuficiente	1,32	10-16	0,019
Nenhuma	1,11	08-14	0,383

RP, Razão de Prevalência; IC, Intervalo de Confiança.

## 6 DISCUSSÃO

O estudo de prevalência da realização do exame Papanicolaou em mulheres brasileiras foi realizado a partir de três grupos em relação à realização do preventivo: as mulheres que realizaram o exame até 3 anos, aquelas que realizaram após 3 anos e aquelas que nunca o realizaram.

A partir das prevalências identificadas, verificou-se que as maiores taxas das mulheres que realizaram o exame preventivo até 3 anos, periodicidade adequada, são de regiões mais desenvolvidas do país. Apenas as regiões Norte e Nordeste não atingiram o percentual de cobertura mínimo de 80% recomendado pela OMS para o efetivo controle do câncer cervical (WHO, 2002). As regiões Norte e Nordeste, conseqüentemente, apresentaram maior proporção de realização do exame fora da periodicidade adequada e de mulheres que nunca o realizaram. Cabe ressaltar, que essas são as regiões que possuem as maiores taxas de incidência e mortalidade por CCU (INCA, 2015). Desta forma, caracteriza-se a heterogeneidade regional de cobertura do exame Papanicolaou, o que revela desigualdade na prevenção do câncer cervical.

Além disso, estas regiões são associadas, historicamente, a altos níveis de desigualdade social e pobreza (ALBUQUERQUE et al., 2009). Esta desigualdade poderia ser resultado da grande extensão do país com recursos distribuídos de forma heterogênea e de diferentes indicadores demográficos e de condições de vida conforme cada região (IBGE, 2013). E para intervir na eficiência do rastreamento, é necessário, primeiramente, compreender este cenário (DISCACCIATI; BARBOZA; ZEFERINO, 2014).

Outros autores realizaram estudos buscando a compreensão deste cenário, como Fernandes et al., (2009), que realizou estudo em São José do Mipibu – Rio Grande do Norte, e constatou que 85,0% das mulheres entrevistadas afirmaram ter realizado o Papanicolaou alguma vez na vida, índice semelhante ao observado por De Oliveira et al., (2006) na capital do Maranhão, São Luiz (de 82,4%), mas, no estudo de Fernandes et al., (2009) apenas 64,4% o fizeram nos últimos 3 anos, conforme a regularidade desejada, muito próximo a parcela de mulheres que realizaram o exame citológico cervical adequadamente em Pelotas (68,9%) (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006), e semelhante ao encontrado para mulheres do Brasil como um todo (66%) (SZWARCOWALD et al., 2004). O município de São Paulo apresentou melhores índices de realização do exame citológico (77,3%) (PINHO; FRANÇA JR, 2003), mas ainda abaixo dos resultados encontrados neste estudo para as regiões Sul, Centro Oeste e Sudeste.

Já outras pesquisas em municípios brasileiros encontraram maior prevalência de realização do exame dentro da periodicidade indicada, como Boa Vista, Roraima (85,7%) (NAVARRO et al., 2015) e Maringá, Paraná (87,7%) (MURATA; GABRIELLONI; SCHIRMER, 2012). Interessante destacar que Boa Vista, faz parte do Norte do país, onde a cobertura é mais baixa, talvez por se tratar de uma capital, as mulheres tenham maior acesso aos serviços de saúde, bens e atividades que facilitam a realização do exame Papanicolaou. (ALBUQUERQUE et al., 2009). Os municípios do interior podem apresentar proporções de realização do exame de prevenção ao CCU mais baixos, uma vez que estes municípios, geralmente, apresentam grandes extensões rurais de difícil acesso aos serviços de saúde, assim como outras diferenças socioeconômicas, que também dificultam o rastreamento do câncer cervical. (SADOVSKY et al., 2015). Esta mesma explicação também pode se dar para a região Nordeste, onde o interior é muito vasto de território e, por isso, existem distintas condições de acesso, perfis diferentes de mulheres e cultura, o que exige outras estratégias a serem adotadas pela gestão a fim de superar as iniquidades para obter ampla cobertura do exame Papanicolaou.

Comparando-se estes resultados com o estudo de Correa et al., (2012), realizado em 41 municípios brasileiros das regiões Nordeste e Sul, houve um aumento nas taxas de prevalência, visto que para o ano de 2005 foi colocado que 75,3% e este estudo encontrou 79,4%. Todavia, comparando-se com a pesquisa de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (2008) a prevalência para realização do exame nos últimos 3 anos quase não houve crescimento, visto que a avaliação identificou 79,3% de cobertura, muito semelhante ao encontrado neste estudo, realizado com dados coletados no ano de 2013.

Ao comparar com outros países, o Brasil fica a frente da cobertura de Papanicolaou encontrada na Argentina (2009) 60,5% (DE MAIO; LINETZKY; FERRANTE, 2012), Canadá (2006) 72% (OECD, 2009), similar ao Reino Unido (2006) 79%, mas abaixo dos Estados Unidos (2006) 83%, (OECD, 2009) e Rhode Island 91% (LIU; CLARK, 2008). Cabe ressaltar que os referidos estudos foram realizados em diferentes anos e com mulheres de diferentes faixas etárias, o que dificulta a comparabilidade dos desfechos. Os EUA, como exemplo, implementou o exame Papanicolaou em meados da década de 1950 e teve considerável redução nas taxas de incidência e mortalidade do câncer cervical ao longo das décadas (DAHER; HODA, 2017).

Os resultados também revelaram que as mulheres brancas apresentaram maior proporção de realização do Papanicolaou conforme recomendação, enquanto as mulheres de não brancas apresentaram maior proporção fora do período recomendado ou que nunca

realizaram. Outros estudos realizados no Brasil também tiveram estes mesmos achados (RIBEIRO et al., 2016; BRISCHILIARI et al., 2012; ALBUQUERQUE et al., 2009; QUADROS; VICTORA; COSTA, 2004; GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011; AMORIM et al., 2006; HACKENHAAR; DOMINGUES, 2006) e são largamente encontrados na literatura, o que aponta para a existência de desigualdade racial em relação ao acesso ao exame preventivo para o CCU. Observou-se também que quanto menor a escolaridade maior a prevalência de mulheres que nunca realizaram o exame ou realizaram a mais de 3 anos, caracterizando uma associação positiva. A força dessa associação é mais forte quando se trata de mulheres de cor não branca. Somado a isso, mulheres sem escolaridade também apresentaram associação positiva por dificuldade de acesso aos serviços de saúde, enquanto que mulheres sem escolaridade e mulheres não brancas com nível médio e fundamental apresentou associação positiva por motivos pessoais, o que coloca as mulheres não brancas na pior condição de aumento da probabilidade de nunca ter realizado o exame.

Os achados de que mulheres com escolaridade mais baixa apresentam menor cobertura do exame Papanicolaou dentro do período indicado estão bem documentados na literatura científica (FREITAS et al., 2012; RIBEIRO et al., 2016; BRISCHILIARI et al., 2012; MALTA; BERNAL, 2014; HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006; QUADROS; VICTORA; COSTA, 2004; FERNANDES et al., 2009; GASPERIN, BOING, KUPEK, 2011; AMORIM et al., 2006; ALBUQUERQUE et al., 2009; FERNANDES et al., 2009; PINHO et al., 2003; CESAR et al., 2003; DIAS-DA-COSTA et al., 2003; NAVARRO et al., 2015; MARTINS; VALENTE; THULER, 2009; BORGES et al., 2012). No Canadá o ensino superior foi associado a uma cobertura 10% maior dentro do período de rastreamento. (KHADILKAR; CHEN, 2013). Somado a isso, a baixa escolaridade é considerada um fator de risco para o desenvolvimento do câncer cervical (ALBUQUERQUE et al., 2009; CESAR et al., 2003; CASTRO-JIMENEZ; VERA-CALA; POSSO-VALENCIA, 2006; RODRIGUES NETO; FIGUEIREDO; SIQUEIRA, 2008; MARTINS; THULER; VALENTE, 2005; HERRERO et al., 1992; KAHN et al., 2000). Estes fatores devem ser considerados nas ações de rastreamento (BRISCHILIARI et al., 2012). A associação pode ser explicada em virtude da educação aumentar o nível de compreensão da mulher sobre a informação, consequentemente, a melhora a interpretação sobre aquilo que lhe foi repassado, além da sua comunicação com o profissional de saúde. Ademais, estas mulheres, geralmente, possuem maior renda, plano de saúde e acesso à informação sobre a importância de hábitos saudáveis (RIBEIRO et al., 2016; MALTA; BERNAL, 2014). Já as mulheres com baixa escolaridade, por outro lado, possuem menos poder de pressão sobre os serviços de saúde na reivindicação



de atendimento, além de possuir menor entendimento daquilo que lhe foi orientado, resultando em baixa adesão às estratégias de prevenção (RIBEIRO et al., 2016; SANTOS; MACEDO; LEITE, 2010).

Em relação a faixa etária, as idades entre 40-59 anos foi a que mais realizou o exame até 3 anos, enquanto que as mulheres de mais idade, 60-64 apresentaram maior proporção de realização fora do período adequado ou que nunca realizaram, esta última faixa etária teve associação positiva para ambos os desfechos, e para a nunca realização do exame, apresentaram associação positiva as faixas etárias entre 25-29, 30-39 e 60-64 anos. Os resultados de muitos estudos reforçam estes achados (ALBUQUERQUE et al, 2009; OLIVEIRA et al., 2006; HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006; FREITAS et al., 2012; MARTINS, VALENTE, THULER, 2009) em que as mulheres mais jovens e com mais idade realizaram menos o exame Papanicolaou nos últimos três anos. Neste estudo as mulheres mais jovens, faixa etária de 25-29 30-39 apresentaram associação positiva a não realização do exame por dificuldade de acesso aos serviços de saúde e também a faixa etária de 60-64 anos por motivos pessoais, o que corrobora com a explicação dos motivos apresentados pelas mulheres mais jovens para a não realização do exame Papanicolaou.

Freitas et al., (2012) expôs que quanto mais idosa a mulher, menor a chance de realização da citologia oncológica cervical, corroborando com este e outros achados (REYES-ORTIZ et al., 2008; MOSER; PATNICK; BERAL, 2009; ROSS et al., 2008; HANSEN et al., 2011). Uma justificativa já apresentada (FREITAS et al., 2012) seria que as mulheres de idade mais avançada por não serem sexualmente ativas, adiam a realização do exame e/ou não o realizam dentro do intervalo indicado. Esse quadro reflete a necessidade de busca ativa desta população. Contudo, para todas as idades, o diagnóstico de novos casos de CCU está associado com a ausência ou irregularidade do rastreamento (SASLOW et al., 2002).

No que diz respeito à zona do domicílio, as mulheres que vivem em zona urbana, em sua grande maioria, realizaram o exame preventivo até 3 anos, enquanto que aquelas que vivem na zona rural tiveram maior prevalência na realização do exame após 3 anos ou que nunca realizou. Isto pode ser resultado da concentração de serviços de saúde em grandes centros urbanos, que resulta no menor alcance das ações de prevenção e a dificuldade de acesso a serviços de diagnóstico para a população residente fora dos grandes centros urbanos (SILVA et al., 2011).

Neste estudo as mulheres ocupadas apresentaram maior realização do Papanicolaou até 3 anos, enquanto as mulheres sem ocupação tiveram prevalência de realização fora da periodicidade adequada ou que nunca realizaram, apresentando associação positiva para a

nunca realização e a nunca realização por motivos pessoais. Este resultado poderia ser explicado pelo maior acesso à informação daquelas mulheres que trabalham. No estudo de Brischiliari et al., (2012), a não realização do exame preventivo foi maior entre as mulheres com ocupação não remunerada. Hipoteticamente, o fato de exercer um trabalho doméstico no próprio lar poderia estar associado a outros fatores ligados a questões de gênero. Não possuir uma ocupação também apresentou associação positiva para a não realização do exame por motivos pessoais. Desta forma, a submissão aos cônjuges, contato restrito com profissionais de saúde e até mesmo com outras pessoas, poderiam estar relacionadas às atitudes para a realização do exame preventivo (GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005).

Na análise dos resultados, constatou-se ainda que quanto menor o estrato social maior a proporção de realização do exame preventivo após 3 anos e sua nunca realização, outros estudos reforçam estes achados (FERNANDES et al., 2009; KAHN et al., 2000; BORGES et al., 2012; MARTINS; VALENTE; THULER, 2009; RIBEIRO et al., 2016). Pertencer aos estratos sociais D-E mostrou associação positiva à nunca realização do exame Papanicolaou por dificuldade de acesso aos serviços de saúde, que pode ser explicado tanto pelo menor poder de pressão destas mulheres, como pelo baixo poder de compra e menor acesso à informação, já discutidos anteriormente.

A autopercepção de saúde também apresentou o mesmo resultado, quanto melhor a autopercepção, maior a realização do exame preventivo até 3 anos e quanto menor, maior a realização fora do período indicado. Este comportamento também foi identificado em outros estudos (FREITAS et al., 2012; ANDRADE et al., 2014; CESAR et al., 2012) e reflete falta de conhecimento em relação ao exame Papanicolaou pelas mulheres brasileiras, uma vez que justo aquelas que julgam que sua saúde está regular, ruim ou muito ruim, menos realizaram o exame preventivo do CCU dentro do período indicado e tiveram maior proporção de nunca realização do exame e da realização após 3 anos, com apresentação de associação positiva para o grupo de mulheres que julgaram sua saúde como regular, ruim/muito ruim. Essa situação pode ser reflexo da necessidade de melhoria da informação através da educação em saúde e no acesso aos exames preventivos.

Quanto ao Plano de Saúde, as mulheres que o possuem apresentaram maior prevalência de realização até 3 anos e as que não possuem apresentaram maior proporção de realização fora do período indicado ou que nunca realizaram, apresentando associação positiva para todas as variáveis dependentes deste estudo. Uma pesquisa realizada no Brasil apontou que, aproximadamente, metade da população nas capitais do país possui plano de saúde, que aumenta com a escolaridade e idade. Esta população concentra-se em áreas

urbanas, cidades mais populosas e nas regiões Sul e Sudeste. Este mesmo estudo indicou que esta população apresentou maior prevalência de fatores de proteção, como a realização de exames preventivos de câncer, incluindo o exame Papanicolaou. (MALTA; BERNAL, 2014). Outro estudo constatou que a chance de realização da citologia cervical é cerca de 26% maior para mulheres com plano de saúde (MORAES et al., 2011), porém, esta relação não apresentava associação. Isto poderia ser explicado pelo maior acesso à informação sobre a relevância dos exames preventivos e dos seus benefícios para a saúde, e estes fatores contribuem para o maior acesso ao exame Papanicolaou e assim diminui-se o risco de desenvolvimento de CCU (CORREA; VILLELA; ALMEIDA, 2012). Diversos autores encontraram resultados similares em que a disposição de um plano de saúde proporcionou melhor cobertura do exame Papanicolaou e mais baixo quantitativo de exames em atraso (ALBUQUERQUE et al., 2009; LIMA-COSTA, 2004; NOVAES; BRAGA; SCHOUT, 2006; AMORIM; BARROS, 2014). O fato de não possuir plano de saúde apresentou associação positiva para a não realização do exame tanto por dificuldade de acesso aos serviços de saúde quanto por motivos pessoais. Isto contribui com a desigualdade no acesso ao rastreamento do câncer cervical, e esta desigualdade é uma realidade no Brasil também em outros países (HUGHES et al., 2010; AHLUWALIA; BOLEN; GARVIN, 2007; NELSON et al., 2005; FARIAS; MELAMED, 2003; MALTA et al., 2011; MARTINS; VALENTE; THULER, 2009; QUADROS; VICTORA; DIAS-DA-COSTA et al., 2003; NOVAES; BRAGA; SCHOUT, 2006).

Vale salientar ainda que existem diversos tipos de cobertura dos planos de saúde e isto pode influenciar na realização do exame Papanicolaou entre as mulheres que possuem plano de saúde, havendo disparidades também neste grupo (ROBINSON; SHAVERS, 2008). Ainda assim, a discrepância de realização do exame Papanicolaou em mulheres com e sem plano de saúde não deveria ser tão grande, uma vez que no SUS também há a possibilidade de realização do exame com os enfermeiros que trabalham nas unidades de Atenção Básica, o que auxilia na ampliação da oferta. Contudo, outros fatores, já citados anteriormente, contribuem para que esta disparidade seja significativa. Esta realidade aponta para a necessidade de interferência mais determinante pelos serviços públicos de saúde, em razão do segmento mais vulnerável da população ser o que mais depende dos serviços do SUS (AMORIM et al., 2006).

As mulheres que vivem com o cônjuge, apresentaram maior prevalência de realização do Papanicolaou até 3 anos, enquanto que aquelas que não vivem com seus respectivos, tiveram maior proporção na realização do exame após os últimos 3 anos ou a nunca

realização. Corroborando com estes resultados, outros estudos também encontraram menor proporção de realização do exame entre mulheres que não vivem com o cônjuge (FREITAS et al., 2012; BRISCHILIARI et al., 2012; GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011; MARTINS et al., 2005; AMORIM; BARROS, 2014; BORGES et al., 2012; HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006; ALBUQUERQUE et al., 2009; MARTINS; VALENTE; THULER, 2009; RIBEIRO et al., 2016; FERNANDES et al., 2009). No Canadá, por exemplo, as taxas de cobertura do exame citopatológico estão associadas a mulheres serem casadas (KHADILKAR; CHEN, 2013).

Viver com o cônjuge apresentou associação positiva à realização do exame em atraso e sua nunca realização, tanto por dificuldade de acesso aos serviços de saúde como por motivos pessoais. Essa situação poderia ser reflexo da associação entre a atividade sexual e a realização do Papanicolaou, por haver maior interesse e busca da mulher por serviços de saúde para orientações relacionadas ao planejamento familiar e saúde obstétrica, e vice-versa, oportunizando assim a realização do exame (RIBEIRO et al, 2016). Indica também que, possivelmente, as mulheres só consideram necessária a realização do Papanicolaou se mantiver relações sexuais regulares (AMORIM; BARROS, 2014). Contrário a esses achados, o estudo de Gamarra, Paz e Griep (2005) notou que entre as mulheres casadas ou que vivem com o cônjuge houve menor proporção da realização do exame no período indicado, apesar desse resultado não apresentar associação.

As mulheres que consomem álcool de forma moderada tiveram maior proporção de realização do exame até 3 anos, enquanto que aquelas que não consomem tiveram maior proporção de realização após 3 anos, e aquelas que nunca o realizaram tiveram maior proporção para o consumo excessivo de álcool. Apresentando associação negativa para a nunca realização do Papanicolaou aquelas mulheres que bebem moderadamente. Já as mulheres ex-fumantes tiveram maior prevalência para a realização do exame até 3 anos, enquanto as mulheres fumantes apresentaram maior proporção de realização do exame fora do período recomendado ou que nunca o realizaram, apresentando associação positiva para realização após 3 anos e a nunca realização por motivos pessoais e mulheres ex-fumantes apresentaram associação negativa para a nunca realização do exame e a nunca realização por motivos pessoais. Isso poderia ser explicado pelo fato dos fumantes possuírem menos hábitos saudáveis, como praticar atividades físicas, ter uma alimentação mais saudável e consumir pouco álcool (MARTINS, VALENTE, THULER, 2009).

Nesta mesma perspectiva, ao estudar a prática de atividade física, observou-se que mulheres que praticam atividade física de forma suficiente apresentaram maior proporção de

realização do exame dentro do período indicado, enquanto que aquelas que não são adeptas da prática de exercícios físicos, apresentaram maior proporção de realização fora do período indicado ou nunca realizaram, apresentando associação positiva a realização do exame após 3 anos para as mulheres que não praticam nenhuma atividade física e a nunca realização por motivos pessoais para as mulheres que praticam atividade física de forma insuficiente. Outros estudos também tiveram achados similares (BRISCHILIARI et al, 2012; GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011).

Estes resultados podem ser esclarecidos pelo que já foi colocado até aqui, em que mulheres com maior renda possuem maior acesso a espaços para prática de atividades físicas, dispõem de recursos para adquirir alimentos saudáveis, mais conhecimento sobre os malefícios do tabagismo, álcool e outros (LIMA-COSTA, 2004). Estudos apontam ainda que maior escolaridade, renda e plano de saúde estão associados à prática de atividade física durante o tempo livre (LIMA-COSTA, 2004; MALTA; BERNAL, 2014).

Os resultados confirmam também que as mulheres diagnosticadas com doenças crônicas apresentaram maior proporção de realização do exame dentro do período indicado, sobretudo aquelas que possuem diagnóstico de duas doenças crônicas, aquelas com maior proporção na realização do exame após três anos foram as mulheres diagnosticadas com quatro ou mais doenças crônicas, enquanto que a mulheres que nunca o realizaram não apresentaram multimorbidades.

Isto pode ser reflexo da maior necessidade de uso dos serviços de saúde com regularidade por mulheres que apresentam doenças crônicas (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011). Esses resultados são consistentes com as análises realizadas por Dias-da-Costa et al., (2003) e Pinho et al., (2003), em que constataram que as mulheres diagnosticadas com doenças crônicas possuem maior probabilidade de receber cuidados em saúde, sobretudo cuidados preventivos, o que facilita a realização do exame Papanicolaou, já que no Brasil o rastreamento do CCU ocorre de forma oportunista (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011). Contudo, em relação a maior proporção de realização do exame realizado há mais de 3 anos ser de mulheres diagnosticadas com quatro ou mais doenças crônicas, permite-se pensar que possivelmente, este grupo seria formado por mulheres de mais idade, que, com o passar dos anos, já foram diagnosticadas com diversas doenças crônicas e que, por sua idade, não necessitam mais realizar o exame.

E as mulheres que nunca tiveram filhos, realizaram com maior proporção o exame Papanicolaou dentro do período indicado, já aquelas que têm filhos, neste estudo, tiveram maior proporção para realização do exame preventivo do câncer cervical fora do período

indicado ou que nunca realizaram. Contudo, não foi encontrada relação entre ter filhos e realizar o exame Papanicolaou. Estes achados contradizem diversos estudos da literatura (CORREA et al., 2012; NOVAES; BRAGA; SCHOUT, 2006; ALBUQUERQUE et al., 2009), onde as mulheres que tiveram filhos realizaram mais o exame em virtude do aumento da probabilidade de acesso aos serviços de saúde durante a gestação, dado que o período pré-natal e pós-parto representam oportunidades de rastreamento, uma vez que a realização do exame citopatológico faz parte da rotina de pré-natal preconizada pela OMS e Ministério da Saúde (GONÇALVES et al., 2011). Porém, o resultado deste estudo traz a reflexão que as mulheres que ainda não tiveram filhos poderiam procurar aconselhamento do profissional de saúde com mais frequência com a finalidade de prevenir uma gestação indesejada, o que apresenta maior oportunidade para o rastreamento do CCU. Essa discussão traz a luz a necessidade de ampliar a oferta do teste de modo a integralizar a atenção à saúde da mulher, objetivando assim estender seus benefícios para todas as mulheres (ALBUQUERQUE et al., 2009).

Em relação às limitações do presente estudo, cabe destacar que foram consideradas informações auto referidas, que são suscetíveis a viés de memória e informação, já que considera a data da última realização do exame Papanicolaou, com isso as mulheres tendem a superestimar ou subestimar as informações referentes à realização do citopatológico (GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005) e podem ainda confundir o Papanicolaou com o exame clínico ginecológico, além de omitirem informações por achar que outra resposta, que não condiz com a realidade, seja a mais adequada (RIBEIRO et al 2016, MARTINS, VALENTE, THULER, 2009). Somado a isso, o exame pode não ter sido realizado com a finalidade preventiva, mas por motivo de queixas ginecológicas em consulta realizada com finalidade curativa, o que poderia levar a uma estimativa de adesão acima da real (FERNANDES et al., 2009).

Desta forma, por tudo o que foi aqui colocado, conclui-se que mulheres mais vulneráveis foram as que menos realizaram o exame Papanicolaou dentro do período indicado e alguns fatores como ser mulher não branca, com baixa escolaridade, mais jovem, com idade mais avançada, que não possui plano de saúde e não vive com o cônjuge se associaram com a não realização do exame. Estes resultados reforçam o entendimento de que os entraves para a realização do exame Papanicolaou no Brasil ainda representam um desafio de Saúde Pública. Assim sendo, faz-se necessário buscar o êxito das ações de rastreamento através de um trabalho que prospere a qualidade no acesso e a educação em saúde para se obter maior realização da citologia cervical no país, sobretudo das mulheres pertencentes aos subgrupos mais vulneráveis.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados de prevalência da realização e não realização do exame Papanicolaou no Brasil foram oportunos considerando outros estudos já realizados no país, corroborou com os achados de que a população mais vulnerável menos realiza o exame. Foi possível identificar que existem diferenças na prevalência da não realização do preventivo do câncer cervical por regiões brasileiras, estando as regiões Norte e Nordeste nas piores condições.

Ao analisar os grupos das variáveis dependentes foi possível identificar diferentes perfis. As mulheres que realizaram o exame em atraso, após 3 anos, e que nunca realizaram por motivos pessoais tiveram os fatores contextuais mais representativos, enquanto que as mulheres que nunca realizaram e nunca realizaram por dificuldade de acesso aos serviços de saúde apresentaram fatores socioeconômicos de forma mais representativa.

Essas informações devem ser consideradas para avaliar o impacto das práticas direcionadas ao controle do câncer cervical no território brasileiro, planejar ações em conformidade com as reais necessidades de saúde das mulheres brasileiras e implementar intervenções que diminuam as desigualdades locais e aumentem a adesão ao exame, potencializando a eficácia de aproximar as mulheres brasileiras dos serviços de saúde, e assim contribuir na redução das taxas de incidência e mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, Evaldo de. Pró-Onco 10 anos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.43 n. 4, 1997.
- AHLUWALIA, Indu; BOLEN, Julie; GARVIN, Bill. Health insurance coverage and use of selected preventive services by working age women, BRFSS 2006. **J. Womens Health (Larchmt)**, v. 16, n. 7, p. 935-40, 2007.
- ALBUQUERQUE, Kamila Matos de. et al . Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, supl. 2, p. s301-s309, 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18 mai. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400012>.
- AMORIM, Vivian Mae Schmidt Lima. et al . Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 11, p. 2329-2338, Nov. 2006 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18 abr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100007>.
- AMORIM, Vivian Mae Schmidt Lima; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Equidade de acesso aos exames de Papanicolaou: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 17, supl. 2, p. 136-149, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415790X2014000600136&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2014000600136&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 abr. 2017.
- ANDRADE, Jurandir Moreira de. Limitações para o sucesso do rastreamento do câncer de colo no Brasil. *Rev Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2012; 34(6):245-247.
- ANDRADE, Magna Santos. et al . Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela estratégia saúde da família em Feira de Santana, Bahia, 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 23, n. 1, p. 111-120, Mar. 2014 . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100011>>. Acesso em 18 abr. 2017.
- ANDRADE, Silvânia Suely de Araújo. et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 2, p. 297-304, 2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200012>>. Acesso em: 08 nov. 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério Brasil 2012 e alterações na aplicação do Critério Brasil válidas a partir de 2014**. 2012. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- BARBOSA, Isabelle Ribeiro. et al. Regional inequalities in cervical cancer mortality in Brazil: trends and projections through to 2030. **Ciência e saúde coletiva**, v. 21, n. 1, p. 253-262, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.03662015>>. Acesso em: 11 dez. 2016. .



BOCCOLINI, Cristiano Siqueira. et al. Fatores associados à discriminação percebida nos serviços de saúde do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência e saúde coletiva**, v. 21, n. 2, p. 371-378, 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.19412015>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

BORGES, Maria Fernanda de Sousa Oliveira. et al . Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1156-1166, 2012. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600014>>. Acesso em: 05 nov. 2016.

BORSATTO, Alessandra Zanei; VIDAL, Maria Luiza Bernardo; ROCHA, Renata Carla Nencetti Pereira. Vacina contra o HPV e a Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Subsídios para a Prática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 1, p. 67-74, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília: Centro de Documentação. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.040, de 21 de junho de 1998**. Institui o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino. 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 788, de 23 de junho de 1999**. Transfere da Secretaria de Políticas de Saúde para o Instituto Nacional de Câncer, a Coordenação do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino, instituído pela Portaria Ministerial 3.040, de 21/06/98. 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. 2001. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html)>. Acesso em: 05 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. 2005a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439\\_08\\_12\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html)>. Acesso em: 29 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano de Ação Para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama 2005 – 2007**. 2005b. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/oncologia/Cancer\\_mama\\_colo\\_uterio.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/oncologia/Cancer_mama_colo_uterio.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS nº 741, de 19 de dezembro de 2005**. Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades. 2005c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741\\_19\\_12\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html)>. Acesso em: 29 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Brasília: CONASS, 2005d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008**. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. 2008. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/11664.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11664.htm)>. Acesso em: 11 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamentação da Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 01 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. Secretaria De Vigilância Em Saúde. Departamento De Vigilância De Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral Do Programa Nacional De Imunizações. **Guia Prático Sobre o HPV Perguntas e Respostas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 252, de 19 de fevereiro de 2013**. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252\\_19\\_02\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 874, de 16 de maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013e. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html)>. Acesso em: 29 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentares da pesquisa envolvendo seres humanos. 2013f. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 483, de 01 de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. 2014a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS nº 140, de 27 de fevereiro de 2014**. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2014b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140\\_27\\_02\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html)>. Acesso em: 29 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. Secretaria De Vigilância Em Saúde. Departamento De Vigilância De Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral Do Programa Nacional De Imunizações. **Nota Informativa Nº 384, de 2016, que informa as mudanças no Calendário**

**Nacional de Vacinação para o ano de 2017.** 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/28/Nota-Informativa-384-Calendario-Nacional-de-Vacinacao-2017.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2017.

BRAY, Freddie. et al. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008–2030): a population-based study. **The Lancet**, v. 13, n. 8, p. 790-801, 2012.

BRISCHILIARI, Sheila Cristina Rocha. et al. Papanicolaou na pós-menopausa: fatores associados a sua não realização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 10, p. 1976-1984, 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012001000015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001000015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 nov. 2016.

CASTRO-JIMENEZ, Miguel Ángel; VERA-CALA, Lina María; POSSO-VALENCIA, Héctor Jaime. Epidemiología del cáncer de cuello uterino: estado del arte. **Rev Colomb Obstet Ginecol**, Bogotá, v. 57, n. 3, p. 182-189, Sept. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342006000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342006000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abr. 2017.

CESAR, Juraci A. et al. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1365-1372, out. 2003. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000500014>>. Acesso em 18 abr. 2017.

CESAR, Juraci Almeida. et al. Citopatológico de colo uterino entre gestantes no Sul do Brasil: um estudo transversal de base populacional. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, p. 518-523, Nov. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012001100007>>. Acesso em 19 abr. 2017.

CLARO, Rafael Moreira. et al. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: pesquisa nacional de saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 2, p. 257-265, 2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200008>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

COELHO, Marta Roberta Santana. **Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal.** 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

CORREA, Dina Albuquerque Duarte; VILLELA, Wilza Vieira. O controle do câncer do colo do útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 4, p. 491-497, Dec. 2008.

CORREA, Dina Albuquerque Duarte; VILLELA, Wilza Vieira; ALMEIDA, Ana Maria de. Desafios à organização de programa de rastreamento do câncer do colo do útero em Manaus-AM. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 395-400, June 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200018>>. Acesso em 19 abr. 2017.

CORREA, Maria Cecilia M. M. A. et al. Diretrizes para a atenção oncológica no estado de São Paulo: contribuições para o debate. **BEPA**, v. 8, n. 92, p. 24-43, 2011. Disponível em

<[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-42722011000800003&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-42722011000800003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 01 dez. 2016.

CORREA, Michele da Silva et al. Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 12, p. 2257-2266, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400005>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

COSTA, Ana Carolina Arantes Coutinho. **Serviços de rastreamento do câncer de colo uterino na atenção básica à saúde**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

CUZICK, J. et al. Human papillomavirus testing for triage of women with low-grade squamous intraepithelial lesions. **International Journal of Cancer**, v. 132, n. 4, p. 959-966, 2013

DAHER, Gibran Antônio Garcia, HODA, Rana S. **George Nicholas Papanicolaou o legado**. Barueri: Manole, 2017.

DAMACENA, Giseli Nogueira. et al . O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 197-206, 2015 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222015000200197&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200197&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 nov. 2016.

DE MAIO F. G.; LINETZKY B.; FERRANTE D. Changes in the social gradients for Pap smears and mammograms in Argentina: evidence from the 2005 and 2009 National Risk Factor Surveys. **Public Health**, v. 126, n.10, p. 821–826, 2012.

DE OLIVEIRA, Márcia Maria Hiluy Nicolau. et al. Cobertura e fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou em São Luis, Maranhão. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 9, n. 3, p. 325-37, 2006.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares. et al . Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 191-197, Feb. 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100021>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

DISCACCIATI, Michelle Garcia; BARBOZA, Bárbara Maria Santos; ZEFERINO, Luiz Carlos. Por que a prevalência de resultados citopatológicos do rastreamento do câncer do colo do útero pode variar significativamente entre duas regiões do Brasil?. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 192-197, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010072032014000500192&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032014000500192&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 abr. 2017.

DUQUE, Kristiane de Castro Dias. **Prevenção do câncer de colo do útero em uma área coberta pela Estratégia de Saúde da família**. 2013. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

FALCAO, Germana Benevides. et al . Fatores associados à realização de citologia para prevenção de câncer do colo uterino em uma comunidade urbana de baixa renda. **Cad. saúde**

**colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 165-172, June 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2014000200165&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000200165&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 abril 2017.

FARIAS, Luís Otávio; MELAMED, Clarice. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 585-598, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000200019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 abr. 2017.

FERNANDES, José Veríssimo et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 851-858, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000055>>. Acesso em 18 abr. 2017.

FRANCO, Camila Maia; FRANCO, Túlio Batista. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728\\_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2016.

FREITAS, Giselle Lima de. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletronica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 424-428, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

FREITAS, Mônica Cristina Marzullo de. et al. Fatores associados à utilização do teste de Papanicolaou entre mulheres idosas no interior do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, p. 432-437, 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032012000900008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000900008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 abr. 2017.

GAMARRA, Carmen Justina; PAZ, Elisabete Pimenta Araújo; GRIEP, Rosane Harter. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 270-276, Apr. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000200019>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

GAKIDOU, Emmanuela; NORDHAGEN, Stella; OBERMEYER, Ziad. Coverage of cervical cancer screening in 57 countries: low average levels and large inequalities. **PLoS Medicine**, v. 5, n. 6, p. 863-868, 2008.

GARCIA, Leila Posenato; FREITAS, Lúcia Rolim Santana de. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 227-237, 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222015000200227&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200227&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200005>.

GASPERIN, Simone Iara; BOING, Antonio Fernando; KUPEK, Emil. Cervical cancer screening coverage and associated factors in a city in southern Brazil: a population-based study. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p. 1312-1322, 2011. Disponível

em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000700007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Nov. 2016.

GONCALVES, Carla Vitola. et al . Exame clínico das mamas em consultas de pré-natal: análise da cobertura e de fatores associados em município do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 8, p. 1783-1790, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000800007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abr. 2017.

GONÇALVES, Carla Vitola. et al . Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2501-2510, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000500020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 abr. 2017.

HACKENHAAR, Arnildo A.; CESAR, Juraci A.; DOMINGUES, Marlos R. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 103-111, 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2006000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abr. 2017.

HANSEN, B. T. et al. Factors associated with non-attendance, opportunistic attendance and reminded attendance to cervical screening in an organized screening program: a cross-sectional study of 12,058 Norwegian women. **BMC Public Health**, v. 11, p. 264, 2011.

HERRERO, Rolando. et al. Screening for cervical cancer in Latin America: a case-control study. **Int. J. Epidemiol**, v. 21, n. 6, p. 1050-6, 1992.

HINKLE, Jamice L.; CHEEVER, Kerry H. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem medico-cirúrgico. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2011.

HOCHMAN, Bernardo; NAHAS, Fabio Xerfan; OLIVEIRA FILHO, Renato Santos de; FERREIRA, Lidya Masako. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirurgica Brasileira**, v. 20, p. 2-9, 2005.

HUGHES, Courtney. et al. Health behaviors of employed and insured adults in the United States, 2004-2005. **Am. J. Health Promot.**, v. 24, n. 5, p. 315-323, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

\_\_\_\_\_. **Censo Demográfico 2010 Sinopse do Censo e Resultados Preliminares do Universo**. 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000402.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2016.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde**: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

\_\_\_\_\_. **Resolução N° 02, de 21 de junho de 2016.** 2016. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default\\_territ\\_area.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm)>. Acesso em: 16 out. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Condutas do INCA/MS procedures. Neoplasia Intra-Epitelial Cervical - NIC. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 46, n. 4, p. 355-57, 2000.

\_\_\_\_\_. **Programa nacional de controle do câncer de colo do útero.** 2010a. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA\\_UTERO\\_internet.PDF](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.PDF)>. Acesso em: 01 out. 2016.

\_\_\_\_\_. **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero:** sumário executivo. Rio de Janeiro: INCA, 2010b.

\_\_\_\_\_. Coordenação Geral de Ações Estratégicas Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2011a.

\_\_\_\_\_. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA) e do câncer do colo do útero (SISCOLO):** manual gerencial. Rio de Janeiro: INCA, 2011b.

\_\_\_\_\_. **Sistema de informação do câncer: manual preliminar para apoio à implantação.** Rio de Janeiro: INCA, 2013.

\_\_\_\_\_. **Controle de Câncer de colo do útero:** Agenda Estratégica, 2014. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio/agenda-estrategica\\_2014](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/agenda-estrategica_2014)>. Acesso em: 15 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

\_\_\_\_\_. **Tipos de câncer:** colo do útero. 2016a. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uterio/definicao](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao)>. Acesso em: 02 out. 2016.

\_\_\_\_\_. **Tipos de Câncer:** Colo do útero - detecção precoce. 2016b. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uterio/deteccao\\_precoce](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/deteccao_precoce)>. Acesso em: 02 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016c.

\_\_\_\_\_. **Tipos de Câncer:** Colo do Útero – Prevenção. 2016d. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/colo\\_uterio/prevencao](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/colo_uterio/prevencao)>. Acesso em: 04 out. 2016.



INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DAS DOENÇAS DO PAPILOMA VIRUS HUMANO. **Guia do HPV**: Entenda de vez os Papilomavírus Humanos, as doenças que causam e o que já é possível fazer para evitá-los. 2013. Disponível em: <[http://www.incthpv.org.br/upl/fckUploads/file/Guia%20do%20HPV%20Julho%202013\\_2.pdf](http://www.incthpv.org.br/upl/fckUploads/file/Guia%20do%20HPV%20Julho%202013_2.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2016.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Globocan 2012**: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012a. 2012a. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/>>. Acesso em: 18 set. 2016.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Cervical Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012**. 2012b. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/cervix-new.asp>>. Acesso em: 14 out. 2016.

INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER (IARC). **Working Group on Evaluation of Cervical Cancer Screening Programmes**. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. *British Medical Journal*, v. 293, n. 6548, p. 659-664, 1986.

ISER, Betine Pinto Moehlecke et al . Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 305-314, 2015 . Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200013>> . Acesso em: 08 nov. 2016.

JAIME, Patricia Constante. et al . Prevalência e distribuição sociodemográfica de marcadores de alimentação saudável, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 267-276, 2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200009>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

KAHN, Jessica. et al. Validity of adolescent and young adult self-report of Papanicolaou smear results. **Obstet Gynecol**, v. 96, n.4, p. 625-31, 2000.

KELAVA, Iva. et al. Breast and gynecological cancers in Croatia, 1988-2008. **Croatian Medical Journal**, v. 53, n. 2, p.100-108, 2012.

KHADILKAR, Amole; CHEN, Yue. Rate of cervical cancer screening associated with immigration status and number of years since immigration in Ontario, Canada. **J. Immigr. Minor. Health**, v. 15, n. 2, p. 244-8, 2013.

LABORATÓRIO DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE, INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. PROADESS - Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento. Relatório. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2008.

LIU, Sze Y.; CLARK Melissa A. Breast and cervical cancer screening practices among disabled women aged 40-75: does quality of the experience matter? **J. Womens Health (Larchmt)**, v.17, n. 8, p. 1321-9, 2008.

MALTA, Deborah Carvalho. et al. Cuidados em saúde entre portadores de diabetes mellitus autorreferido no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 18, p. 17-32, 2015a. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060003>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

MALTA, Deborah Carvalho. et al. Uso e exposição à fumaça do tabaco no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 239-248, 2015b. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222015000200239&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200239&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200006>.

MALTA, Deborah Carvalho. et al. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 217-226, 2015c. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222015000200217&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200217&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-497420150002000004>.

MALTA, Deborah Carvalho. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência e saúde coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016a. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>.

MALTA, Deborah Carvalho. et al. Lesões no trânsito e uso de equipamento de proteção na população brasileira, segundo estudo de base populacional. **Ciências e saúde coletiva**, v. 21, n. 2, p. 399-410, 2016b. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000200399&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200399&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 nov. 2016.

MALTA, Deborah Carvalho. et al. Usuários de planos de saúde: morbidade referida e uso de exames preventivos, por inquérito telefônico, Brasil, 2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 57-66, Jan. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abr. 2017.

MALTA, Deborah Carvalho; BERNAL, Regina Tomie Ivata. Comparação dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas na população com e sem planos de saúde nas capitais brasileiras, 2011. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, p. 241-255, 2014. Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2014000300241&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000300241&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abr. 2017.

MARTINS, Luís Felipe Leite; THULER, Luiz Claudio Santos; VALENTE, Joaquim Gonçalves. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 485-492, 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032005000800009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000800009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abr. 2017.

- MARTINS, Luís Felipe Leite; VALENTE, Joaquim Gonçalves; THULER, Luiz Claudio Santos. Factors related to inadequate cervical cancer screening in two Brazilian state capitals. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 318-325, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000200013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abr. 2017.
- MEIRA, Karina Cardoso. et al. Efeito idade-período-coorte na mortalidade por câncer do colo uterino. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 2, p. 274-282, 2013.
- MELO, Willian Augusto de. et al. Câncer de colo uterino: fatores associados em mulheres acometidas no noroeste paranaense. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA CESUMAR, 7., 2011, Paraná. **Anais...** Paraná: CESUMAR, 2011.
- MIELKE, Grégoire Iven et al. Diferenças regionais e fatores associados à prática de atividade física no lazer no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde-2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 158-169, 2015a. Suplemento 2. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060014>>. Acesso em: 09 set. 2016.
- MIELKE, Grégoire Iven et al. Prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 277-286, 2015b. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222015000200277&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200277&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 nov. 2016.
- MORAES, José Rodrigo de et al. Relação entre plano de saúde e a realização do exame Papanicolaou: uma aplicação de escore de propensão usando um inquérito amostral complexo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 589-597, Dec. 2011. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000400006>>. Acesso em 18 abril 2017.
- MORI, Maria Elizabeth; COELHO, Vera Lúcia Decnop; ESTRELLA, Renata da Costa Netto. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p. 1825-1833, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000900013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 nov. 2016.
- MOSER, Kath; PATNICK, Julietta; BERAL, Valerie. Inequalities in reported use of breast and cervical screening in Great Britain: analysis of cross sectional survey data. **BMJ: British Medical Journal**. Vol. 338, No. 7709, p. 1480-1484, 2009.
- MURATA, Iris Maria Hiray; GABRIELLONI, Maria Cristina; SCHIRMER, Janine. Cobertura do Papanicolaou em mulheres de 25 a 59 anos de Maringá - PR, Brasil. **Rev Bras Cancerol** v. 58, p. 409-15, 2012. Disponível em <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v03/pdf/10\\_artigo\\_cobertura\\_papanicolaou\\_mulheres\\_25\\_59\\_anos\\_maringa\\_pr\\_brasil.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/10_artigo_cobertura_papanicolaou_mulheres_25_59_anos_maringa_pr_brasil.pdf)> Acesso em 25 abril 2017.
- NAVARRO, Cibelli et al. Cervical cancer screening coverage in a high-incidence region. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 17, 2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005554>>. Acesso em 13 Abr. 2017. Epub Feb 27, 2015.

NELSON, K. M. et al. The association between health insurance coverage and diabetes care; data from the 2000 behavior risk factor surveillance system. **Health Serv Res.** v. 40, n. 2, p. 361-72, 2005.

NICO, Lucélia Silva et al. Saúde Bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 389-398, 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.25942015>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; BRAGA, Patrícia Emilia; SCHOUT, Denise. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1023-1035, Dec. 2006. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400023>>. Acesso em 18 abril 2017.

OLIVEIRA, Ana Carolina de et al. Fatores de risco e proteção à saúde de mulheres para prevenção do câncer uterino. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 2, p. 240-248, 2014.

OLIVEIRA, Márcia Maria Hiluy Nicolau de et al. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 325-334, Sept. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400023>>. Acesso em 18 abr. 2017.

OLIVEIRA, Max Moura de et al. Consumo elevado de sal autorreferido em adultos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 249-256, 2015a. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200007>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

OLIVEIRA, Max Moura de et al. Problema crônico de coluna e diagnóstico de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) autorreferidos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 287-296, 2015b. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222015000200287&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200287&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 nov. 2016.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). Panorama da Saúde 2009: Indicadores da OCDE. Paris: OECD Publishing; 2009.

OTHERO, Marília Bense. **Terapia ocupacional práticas em oncologia**. São Paulo: Roca, 2010.

OZAWA, Carolina; MARCOPITO, Luiz Francisco. Teste de Papanicolaou: cobertura em dois inquéritos domiciliários realizados no município de São Paulo em 1987 e em 2001-2002. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 5, p. 238-245, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011000500006>>. Acesso em: 24 set. 2016.

PAPANIKOLAOU, Georgios Nikolaou. A new procedure for staining vaginal smears. **Science**, v. 95, n. 2469, p. 438-439, 1942. Disponível em: <http://science.sciencemag.org/content/95/2469/438>. Acesso em: 01 de outubro de 2016.

PEIRSON, Leslea et al. Screening for cervical cancer: A systematic review and meta-analysis. **Systematic Reviews**, v. 2, p. 35, 2013.

PINHO, Adriana de Araujo 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, supl. 2, p. S303-S313, 2003 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000800012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 abril 2017.

PINHO, Adriana de Araujo; FRANCA-JUNIOR, Ivan. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 3, n. 1, p. 95-112, Mar. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292003000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000100012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 abril 2017.

QUADROS, Carlos Alberto Temes de; VICTORA, Cesar Gomes; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 16, n. 4, p. 223-232, Oct. 2004. Disponível em <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892004001000001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892004001000001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18 abril 2017.

REYES-ORTIZ, Carlos et al. Health insurance and cervical cancer screening among older women in Latin American and Caribbean cities. **Int J Epidemiol**. v.37, n. 4, p. 870-8, 2008.

RIBEIRO, Luciane. **Prevalência e fatores associados a não realização do exame citopatológico do colo do útero na zona norte do município de Juiz de Fora**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

RIBEIRO, Luciane et al. Não adesão às diretrizes para rastreamento do câncer do colo do útero entre mulheres que frequentaram o pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 7, p. 323-330, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013000700007>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

RIBEIRO, Luciane et al. Rastreamento oportunístico versus perdas de oportunidade: não realização do exame de Papanicolaou entre mulheres que frequentaram o pré-natal. **Caderno de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. e00001415, 2016. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000605003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000605003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 dez. 2016.

ROBINSON Jamuir M; SHAVERS Vickie. The role of health insurance coverage in cancer screening utilization. **J Health Care Poor Underserved**. v.3, n. 19, p. 842-856, 2008.

RODRIGUES NETO João Felício; FIGUEIREDO Maria Fernanda Santos; SIQUEIRA, Leila das Graças. Exame citopatológico do colo do útero: fatores associados à não realização em ESF. **Rev Eletrônica Enferm**, v. 10, p. 610-21, 2008.

RODRÍGUEZ-RIEIRO, Cristina et al. Evolución de la mortalidad por cáncer de cérvix por regiones em Espana entre 1975 y 2004. **Medicina Clinica**, v.133, n.2, p. 41-46, 2009.

- ROSS J. S et al . Racial and ethnic differences in personal cervical cancer screening amongst post-graduate physicians: results from a cross-sectional survey. **BMC Public Health**. v. 8, p. 378, 2008.
- SADOVSKY, Ana Daniela Izoton de et al . Índice de Desenvolvimento Humano e prevenção secundária de câncer de mama e colo do útero: um estudo ecológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 7, p. 1539-1550, July 2015 . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00073014>>. Acesso em 18 abr. 2017.
- SANTOS, Marçilio Sampaio; MACÊDO, Ana Paula Nascimento; LEITE, Mércia Aurélia Gonçalves. Percepção de usuárias de uma Unidade de Saúde da Família acerca da Prevenção câncer do colo do útero. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 310-319, 2010.
- SASIENI, Peter; CASTAÑÓN, Alejandra; CUZICK, Jack. What is the right age for cervical cancer screening? **Womens Health**, v. 6, n. 1, p. 1-4, 2010.
- SASLOW, Debbie. et al. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. **Cancer Journal for Clinicians**, v. 52, p. 342-362, 2002.
- SAUDE DA MULHER. Saúde da Mulher. Câncer do Colo do Útero. Disponível em: <[http://saudedamulherbemestar.blogspot.com.br/2013\\_06\\_01\\_archive.html](http://saudedamulherbemestar.blogspot.com.br/2013_06_01_archive.html)>. Acesso em: 29 jan. 2017.
- SILVA, Diego Salvador Muniz da et al . Rastreamento do câncer do colo do útero no Estado do Maranhão, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 1163-1170, Apr. 2014 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000401163&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401163&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 Mai 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.00372013>.
- SILVA, Gulnar Azevedo e et al. Modos de vida entre pessoas que tiveram câncer no Brasil em 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 379-388, 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.24722015>>. Acesso em: 08 nov. 2016.
- SILVA, Gulnar Azevedo e et al . Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1009-1018, Dec. 2011 . Available from <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000076>>. access on 10 Apr. 2017. Epub Oct 14, 2011.
- SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da; MAGALHÃES JUNIOR, Helvecio Miranda. Initiatives in cancer control form Brazil's Ministry of Health. **Lancet Oncol** 2013; 14:385-6.
- SMITH, Robert A et al. Cancer screening in the United States, 2011: A review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. **CA Cancer J Clin**. 2011; 61(1):8-30.
- SOUZA-JUNIOR, Paulo Roberto Borges de et al . Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 207-216, 2015.

Disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742015000200003&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000200003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 nov. 2016.

SZWARCWALD, Célia Landman et al . Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. Brasil, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 339-350, 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.19332015>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

SZWARCWALD, Célia Landman et al. Pesquisa Mundial de Saúde 2003: o Brasil em números. **RADIS**. v.23, p. 14-33, 2004.

TAVARES, Noemia Urruth Leão et al . Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 315-323, 2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200014>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

THEME FILHA, Mariza Miranda et al. Regional and social inequalities in the performance of Pap test and screening mammography and their correlation with lifestyle: Brazilian national health survey, 2013. **International Journal For Equity in Health**, v. 15, p. 136, 2016.

VACCARELLA, Salvatore et al. Worldwide trends in cervical cancer incidence: Impact of screening against changes in disease risk factors. **European Journal of Cancer**, v. 49, n. 15, p. 3262–3273, 2013.

VIACAVA, Francisco; BELLIDO, Jaime G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 351-370, 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.19422015>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

WORLD CANCER RESEARCH FUND. American Institute For Cancer Research. **Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective**. Washington DC: American Institute for Cancer Research, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva: WHO, 2002.

\_\_\_\_\_. **ICO Information Centre on Human Papilloma Virus (HPV) and Cervical Cancer**. Human papillomavirus and related cancers in Brazil. Summary Report 2010a. Disponível em: <[www.who.int/hpvcentre](http://www.who.int/hpvcentre)>. Acesso em: 20 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Global recommendations on physical activity for health**. Genebra: WHO, 2010b. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf)>. Acesso em: 22 de janeiro de 2017.