

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

TIARA CRISTINA ROMEIRO LOPES

Realização de mamografia e exame colpocitológico: um estudo de base populacional em um município do Noroeste do Paraná

Maringá

2013

TIARA CRISTINA ROMEIRO LOPES

Realização de mamografia e exame colpocitológico: um estudo de base populacional em um município do Noroeste do Paraná

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde - Área de concentração: Saúde Humana

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Marisa Pelloso

Maringá

2013

FOLHA DE APROVAÇÃO

TIARA CRISTINA ROMEIRO LOPES

Realização de mamografia e exame colpocitológico: um estudo de base populacional em um município do Noroeste do Paraná

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Profa. Dra. Sandra Marisa Pelloso
Universidade Estadual de Maringá (Presidente)

Profa. Dra. Maria Dalva Barros Carvalho
Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Gilberto Uemura
Universidade Estadual Paulista - FMB/UNESP

Profa. Dra. Taqueco Teruya Uchimura
Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Roberto Kenji Nakamura Cuman
Universidade Estadual de Maringá

Aprovada em: 20 de Fevereiro de 2013.

Local de defesa: Sala 01, Bloco 126, *campus* da Universidade Estadual de Maringá.

DEDICATÓRIAS

Este trabalho será dedicado, de forma muito especial, a Deus por ter me permitido chegar até aqui; à minha orientadora, meu esposo, familiares e amigos, por nunca terem a mim negado apoio, força, incentivo, companheirismo e amizade. Sem eles nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter permanecido ao meu lado a todo instante, dando-me sabedoria, saúde e persistência frente a tantos momentos de dificuldade; por ter colocado anjos em minha vida, os quais me proporcionaram maior serenidade, rendimento acadêmico e prazer durante a minha trajetória até aqui.

À minha querida orientadora Profa. Dra. Sandra Marisa Pelloso, pela qual tenho grande admiração. Muito obrigada pela oportunidade, paciência e credibilidade oferecida a mim, sempre ensinando-me e educando-me da maneira correta à trajetória do sucesso. Você tem qualidades de sobra e as mais marcantes e notadas, não só por mim, mas por muitas pessoas, é o fato de ser batalhadora, comprometida, amiga, competente, respeitável, vencedora, bondosa, líder e persistente, ou seja, uma verdadeira educadora, a qual me ajudou a dar os primeiros passos acadêmicos. Vou levar para minha vida toda uma frase sua indispensável durante meu mestrado: "*estudar tem que ser por amor e não por sofrimento ou dor*"; e foi desta forma que optei por vivenciar esta experiência. Posso dizer que tudo foi muito bom e prazeroso. Meu eterno agradecimento por ter consentido que eu chegasse até aqui e o principal: com a vontade de prosseguir.

À comissão julgadora, por ser referência de sabedoria e por ter dedicado tempo e atenção ao meu trabalho, o qual com certeza será muito enriquecido com cada contribuição.

À Profa. Dra Maria Dalva de Barros, quero enfatizar os meus agradecimentos e dizer que aprendi contigo que ser educador é um dom e você o utiliza com muita sabedoria; suas aulas são atrativas e você as enriquece muito com seus conhecimentos e citações. Faz-nos querer evoluir, mas não para virarmos gigantes do conhecimento, pois você mesma diz que sempre saberemos pouco, mas este pouco deve ser transmitido.

Ao meu amado marido, exemplo de ser humano justo, competente, guerreiro. Sou eternamente grata por sua constante presença nos momentos mais marcantes da minha vida. Seu carinho, empenho, compreensão, cumplicidade, amor e incentivo; fez-me forte e

persistente para querer continuar seguindo por esta carreira acadêmica e, é claro, compartilhando cada vitória contigo.

À minha mãe Neide, meu pai José Orlando Romeiro (*in memoriam*), meus irmãos Sara e Tiago, agradeço o exemplo de determinação, coragem, luta e vitória. O amor e o orgulho incondicional que vocês transmitem e a presença constante em minha vida são essenciais ao meu crescimento pessoal.

A todos os colaboradores entrevistados no estudo, agradeço a disponibilidade e a atenção prestada durante os questionamentos, os quais foram ferramentas ímpares na elaboração dessa pesquisa.

Ao meu querido e invejável grupo de estudos: Angela, Cátia e Sheila quero de maneira simples, porém muito especial, agradecer a união, doação e incentivo nos momentos mais “penosos” da nossa trajetória pelo caminho científico. Obrigada por terem proporcionado momentos não só de aprendizagem, mas também de lazer e amizade; sem nossa convivência em equipe, meu desempenho não teria sido o mesmo. Desejo que a amizade e a união que ocorreu entre nós se estendam por toda vida e que DEUS nos ilumine e nos guie rumo ao sucesso. Com vocês eu obtive muito além de amizade, um aprendizado imenso e muito valioso. Obrigada por não terem medido esforços, cada uma com sua maneira especial de ser, sempre me ajudando com orientações, correções, traduções, idéias, dicas e acima de tudo valorizando as minhas qualidades e amenizando as dificuldades.

À minha grande e sempre amiga Meliana agradeço, de todo coração, pela confiança depositada em mim, pelo apoio, sempre me exaltando nas horas que me sentia insegura e desanimada; pelas experiências de vida compartilhadas, os momentos alegres e aventureiros e ainda, por ter compartilhado comigo uma de suas pesquisas do mestrado, a qual nos rendeu muito aprendizado, apresentação oral em congresso e uma merecida publicação.

Aos colegas de disciplina, eu quero dizer que os momentos ao lado de cada um, a diversidade de idéias e experiências compartilhadas foram grandiosas. Nossa convivência interdisciplinar ampliou minha visão pessoal e profissional da área da saúde.

Aos integrantes e funcionários do Centro e do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, meus sinceros agradecimentos pelo acolhimento, bom convívio, carinho, aprendizagem, tempo e atenção, além da disponibilização do espaço físico para reuniões dos projetos e encontros com grupo de estudos, fundamentais à realização da minha pesquisa.

Aos meus amigos de ontem, hoje e sempre que nunca desistiram de mim, mesmo com minha ausência, saibam que mesmo indiretamente, vocês contribuíram para a realização de mais este sonho.

EPÍGRAFE

"Só erra quem produz. Mas, só produz quem não tem medo de errar."

(Bob Marley)

Realização de mamografia e exame colpocitológico: um estudo de base populacional em um município do Noroeste do Paraná

RESUMO

O Brasil vem passando por mudanças relevantes no perfil de morbimortalidade da população, devido a diversas transformações sociais e econômicas. As doenças infecciosas e parasitárias estão sendo superadas pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Devido as suas altas prevalências, a morbimortalidade e seus fatores de risco, atualmente merecem destaque no âmbito da saúde pública. Entre o grupo de DCNTs, as neoplasias estão entre as principais prioridades do Plano de Ações do Ministério da Saúde. Considerando a relevância das informações apresentadas, tiveram-se como temática deste estudo as neoplasias mais incidentes entre as mulheres, câncer de mama e do colo do útero, bem como os fatores associados à realização de mamografia e exame citopatológico, dispostos em dois (2) estudos. O objetivo do primeiro estudo foi analisar a prevalência e fatores associados à realização de mamografia e exame citopatológico em mulheres da população de Maringá, Paraná. Trata-se de um estudo transversal de base populacional por meio de inquérito domiciliar. Para análise do rastreamento referente à realização de Papanicolaou foram utilizados os dados de mulheres com 20 anos ou mais (345). Foi encontrado menor prevalência de realização do exame de Papanicolaou em mulheres solteiras ($p < 0,01$) e divorciada/separada/viúva ($p = 0,01$). Após análise por regressão logística foi associada com a realização do exame citopatológico a variável escolaridade, na qual mulheres com escolaridade de 9 a 11 anos apresentaram menos chances de realizarem este exame. Quanto ao rastreamento de mamografia foram utilizados os dados respectivos das mulheres com idade superior a 40 anos (268). Este foi realizado de modo inferior nas mulheres solteiras ($p < 0,01$) e naquelas sem plano de saúde privado ($p < 0,01$). Em relação ao exame de mamografia, após análise por regressão logística, o fato da mulher não possuir plano de saúde privado, reduziu as chances de realização do mesmo. Em relação à prevalência, 84.6% das mulheres realizaram o exame de Papanicolaou e 74.3% a mamografia. As reflexões sobre tal situação e suas perspectivas são fundamentais para propor estratégias de promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção. Em relação ao segundo estudo, prevalência e fatores associados a não realização da mamografia entre mulheres no período pós-menopausa, foram entrevistadas 456 mulheres com idade entre 45 a 69 anos. A prevalência calculada de realização de mamografia nos últimos dois anos, conforme a amostra

para o município estudado, observando-se o número de mulheres segundo o IBGE, foi de 72.8% de mulheres. Foram encontradas associações estatísticas entre a não realização de mamografia e escolaridade abaixo sete anos de estudo, ocupação remunerada, sedentarismo, tabagismo, mulheres não usuárias de terapia de reposição hormonal, sem consulta com médico no último ano, sem consulta com ginecologista, sem história familiar de câncer de mama, sem realização de Papanicolaou e exame clínico das mamas e entre aquelas que não tiveram dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Após análise por regressão logística, foi associado a não realização de mamografia, o relato de estado de saúde razoável e ruim e a ausência de comorbidades. Os dados do estudo revelam os fatores “responsáveis” pela não realização da mamografia, contribuindo para a melhoria/aprimoramento dos aspectos relativos à saúde da mulher na fase da menopausa. Ao considerar a proporção na realização dos exames, percebe-se a importância das políticas públicas voltadas às questões agravantes a saúde da população feminina de Maringá, Paraná.

Palavras-chave: Rastreamento; Mamografia; Fatores de risco; Exame Colpocitológico; Prevalência; Menopausa.

Mammography and vaginal smears: a population-based study in a municipality of Northwest of Parana

ABSTRACT

Brazil has changing significantly its profile of the population morbimortality due to various social and economic transformations. The infectious and parasitic diseases are being surpassed by non-transmissible chronic diseases (NTCDs). Due to their high prevalence, morbimortality and its risk factors, currently it needs attention in the context of public health. Among the group of NTCDs, neoplasms are among the main priorities of the Action Plan of the Ministry of Health. Considering the relevance of the information that were presented, the highest incidence of neoplasms among women were the theme of this study, such as breast cancer and uterine cervix, as well as factors which are associated with mammography and Pap smear, arranged in two (2) studies. The aim of the first study was to analyze the prevalence and factors associated with mammography and Pap smear in women from Maringa, Paraná. It is a transversal study with population through household survey. For analysis of Pap smears monitoring, data from women aged 20 or more (345) were used. A lower prevalence of realization of the Pap test was found for single ($p < 0.01$) and divorced / separated / widowed women ($p = 0.01$). After logistic regression analysis, it was associated with Pap smear testing according to education, in which educated women with 9-11 years were less likely to perform this test. To mammography monitoring respective data of women older than 40 years (268) were used. It was done in an inferior way to single women ($p < 0.01$) and those without private health insurance ($p < 0.01$). According to mammography exam, after logistic regression analysis, the fact that women do not have private health insurance, reduced the chances of doing the exam. About the prevalence, 84.6% of women underwent Pap smear and 74.3% mammography. The reflections about this situation and its prospects are fundamental to propose strategies for health promotion, surveillance, prevention and attention. According to the second study, prevalence and factors that are associated with lack of mammograms among women in the postmenopausal period, 456 women aged 45 to 69 years were interviewed. In the last two years, the calculated prevalence of mammography as it is shown through the sample to Maringá, viewing the number of women according to IBGE, it was 72.8% women. We could find statistical associations among non-achievement mammography exam and education level below seven years of study, paid employment, inactivity, smoking, women

who do not use hormone replacement therapy, without consulting a doctor in the last year, without consulting gynecologist, without family history breast cancer, without Pap smear and clinical breast examination, and other who have not difficulty in accessing health services. After logistic regression analysis, non-achievement mammography, the reporting of fair and poor health and without comorbidities were associated. The data of the study reveal the "responsible" factors why women do not having a mammogram, which contribute to the improvement / enhancement of the health aspects of women in menopause. Considering the proportion in the exams, we can notice the importance of public policy issues that are aggravating the health of the female population from Maringá, Paraná.

Keywords: Screening; Mammography; Risk factors; Vaginal smears; Prevalence; Menopause.

Dissertação elaborada e formatada conforme as normas da ABNT (Capítulo I) e das publicações científicas (Capítulo II): *Revista Panamericana de Saúde Pública* (artigo 1) disponível em: <http://new.paho.org/journal/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=155#1.4> <http://new.paho.org/journal/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=155#1.4> e *Revista da Escola de Enfermagem da USP* (artigo 2) disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0080-6234>

SUMÁRIO

1	CAPÍTULO I	14
1.1	Introdução	14
1.2	Doenças crônicas não transmissíveis	14
1.2.1	Câncer de mama	15
1.2.2	Câncer do colo do útero	18
1.3	Justificativa	21
1.4	Objetivos	23
1.5	Referências	24
2	CAPÍTULO II	29
2.1	Artigo1: Prevalência e fatores associados à realização de mamografia e exame citopatológico: inquérito populacional	30
2.2	Artigo2: Inquérito populacional sobre mamografia em mulheres na pós menopausa	54
3	CAPÍTULO III	75
3.1	Conclusões	75
3.2	Perspectivas Futuras	76

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUÇÃO

A rápida transição demográfica no Brasil produziu uma pirâmide etária com maior peso relativo para adultos e idosos (IBGE, 2009). Crescimento da renda, industrialização e mecanização da produção, urbanização, maior acesso a alimentos em geral, incluindo os processados, e adoção de hábitos não saudáveis produziram rápida transição nutricional, expondo a população cada vez mais ao risco de doenças crônicas (MONTEIRO *et al.*, 2000).

Essas transformações sociais e econômicas pelas quais o Brasil vem passando têm causado mudanças relevantes no perfil de morbimortalidade da população. As doenças infecciosas e parasitárias, principais causas de morte no início do século passado, cederam lugar às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) (CASADO, VIANNA, THULER, 2009).

As doenças crônicas são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar piora (episódios agudos) ou melhora sensível (CASADO, VIANNA, THULER, 2009; BRASIL, 2011a).

Com o envelhecimento da população brasileira, as doenças crônicas passaram a representar uma expressiva e crescente demanda aos serviços de saúde, evidenciando a necessidade de conhecer sua prevalência (ALMEIDA *et al.*, 2002).

1.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As DCNTs, de acordo com estimativas para o ano de 2020, serão responsáveis por 75% das mortes a nível mundial (WHO, 2003). No Brasil tornaram-se prioridade na área da saúde, tendo em vista que 72% das mortes ocorridas em 2007 foram atribuídas às mesmas. A sua morbimortalidade é maior na população mais pobre (SCHMIDT *et al.*, 2011).

As DCNTs se caracterizam por ter uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais (YOKOTA *et al.*, 2007). São responsáveis pelas maiores proporções de anos de vida perdidos por morte prematura e anos de vida vividos com incapacidade (SCHRAMM *et al.*, 2004).

Entre as DCNTs mais importantes destacam-se diabetes, neoplasias, doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005), também inclui nesse rol aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas.

Para definir e priorizar as ações e os investimentos necessários ao Brasil para enfrentar e deter as DCNTs nos próximos dez anos foi lançado em agosto de 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs pelo Ministério da Saúde no Brasil, 2011-2022, abordando quatro principais grupos de doenças: doenças do aparelho circulatório, respiratório, câncer e diabetes; bem como seus fatores de risco: tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade (MALTA *et al.*, 2011).

Considerando a relevância das informações apresentadas, tiveram-se como temática deste estudo as neoplasias mais incidentes entre as mulheres, câncer de mama e do colo do útero (BRASIL, 2009), bem como os fatores associados à realização de mamografia e exame citopatológico em mulheres na população adulta de Maringá.

1.2.1 CÂNCER DE MAMA

O câncer tem alcançado altos índices de prevalência e está entre as principais causas de morte no mundo, o que requer preparação dos profissionais de saúde para atuar nesta realidade (KALINKE *et al.*, 2011).

Dados da Agência Internacional de Pesquisas com Câncer apontam um aumento na incidência mundial do câncer de mama, variando de 1.384.155 casos em 2008 a uma prevalência estimada de 1.620.778 em 2015. O número de mortes por esta neoplasia em 2008 foi de 458.503, sendo esperado um aumento para 540.783 em 2015 (FERLAY *et al.*, 2010).

No Brasil, dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) revelam, para o ano de 2012, 518.510 novos casos de câncer, dos quais 260.640 na população feminina. Vale destacar que sem considerar a neoplasia do tipo não melanoma, o tumor mamário é o mais frequente entre as mulheres. Espera-se em 2012, no país, 52.680 novos casos de câncer de mama com incidência de 52 casos para cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2011a).

Entre o público feminino o câncer de mama é uma das doenças mais temidas, principalmente após os 35 anos, idade em que o número de casos novos por esta doença eleva de forma rápida e progressiva (ABREU e KOIFMAN, 2002).

Os carcinomas invasivos ductais e lobulares são as formas mais comuns de câncer de mama. Dados de prevalência apontam que, de todas as neoplasias invasivas da mama, o carcinoma ductal invasivo (CDI) varia de 50-75% e o carcinoma lobular invasivo (CLI) de 5-15% (ALVARENGA, 2004).

Apesar da grande quantidade de pesquisas relacionadas a tal patologia, sua etiologia ainda não está totalmente esclarecida, sendo a mesma atribuída a uma interação de fatores que, de certa forma, são considerados determinantes no desenvolvimento da doença (PINHO e COUTINHO, 2007).

O Ministério da Saúde enfatiza o rastreamento do câncer de mama com a realização anual do exame clínico das mamas por profissional de saúde treinado a partir dos 40 anos de idade; mamografia pelo menos a cada dois anos para mulheres de 50 a 69 anos, ou no caso de grupos populacionais considerados de risco elevado para neoplasia mamária (com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau), recomenda-se a mamografia anualmente a partir de 35 anos. O documento de Consenso do Controle do Câncer de Mama recomenda como seguimento para mulher com câncer de mama a realização do exame mamográfico a cada 12 meses (BRASIL, 2004).

O número de diagnósticos da doença em estágio inicial é ainda considerado insuficiente, pois aproximadamente 80% dos casos novos que são diagnosticados apresentam tumores em estágio avançado (III ou IV), fazendo com que a cirurgia invasiva seja a alternativa terapêutica mais recomendada. Portanto, a detecção precoce, envolvendo o rastreamento e o diagnóstico em fases incipientes é considerada prioridade no enfrentamento do câncer de mama; e a reabilitação física, psíquica e social devem ser abordadas como problema de saúde pública, cuja efetividade repercute em melhores resultados no tratamento (BIAZÚS, 2000).

O benefício do rastreamento visa não apenas a redução da taxa de mortalidade por câncer, mas também a possibilidade do tratamento conservador, possível em pacientes com tumores identificados precocemente, o que deveria ser considerado prioridade nas políticas de saúde (TIEZZI, 2007). As estimativas de cobertura de mamografia obtidas por inquéritos domiciliares têm sido usadas para monitorar a evolução da incidência do câncer de mama em vários países (VIACAVA, SOUZA-JUNIOR e MOREIRA, 2009).

Na teoria, prevenir o câncer consiste em reduzir ao mínimo ou eliminar a exposição aos agentes carcinogênicos, além de minimizar a suscetibilidade individual aos efeitos destes agentes. Para isso, a população deve ser informada sobre os comportamentos de risco, os

sinais de alerta e a frequência da prevenção (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1995).

A idade continua sendo o principal fator de risco para o câncer de mama. Outros fatores de risco já estão bem estabelecidos, como aqueles relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal), história familiar de câncer de mama e alta densidade do tecido mamário. Além desses, a exposição à radiação ionizante, mesmo em baixas doses, também é considerada um fator de risco, particularmente durante a puberdade (BRASIL, 2011a).

Estudo populacional analisou a prevalência dos fatores de risco para o câncer de mama em 439 mulheres com idade entre 40 e 69 anos do Município de Maringá, Paraná, Brasil. Dentre os fatores de risco identificados destacou-se o grande número de mulheres acima do peso (MATOS, PELLOSO e CARVALHO, 2010).

No que se relaciona à prevenção da doença, especial interesse recai sobre os fatores de risco potencialmente modificáveis, como o ganho de peso após os 18 anos de idade, sobrepeso ou obesidade após a menopausa, o sedentarismo, o tabagismo e o consumo diário de bebidas alcoólicas (ROMIEU e LAJOUS, 2009).

A prevenção primária visa à promoção da saúde, resultando no aumento do bem-estar e na proteção específica direcionada a um tipo de agravo (MOHALLEM e RODRIGUES, 2007). Esse tipo de prevenção evita o aparecimento das neoplasias femininas abordadas no presente estudo por meio da intervenção no meio ambiente e em seus fatores de risco; pois em detrimento da incapacidade de modificação da predisposição genética, há a possibilidade de realizar ações sobre as exposições e os fatores causais do câncer (BRASIL, 2002).

A prevenção secundária envolve ações para o diagnóstico precoce e tratamento simplificado, entendido por rastreamento. Este tipo de prevenção inclui três estratégias para detecção do câncer precocemente: autoexame das mamas (AEM); exame clínico das mamas (ECM) e a mamografia bilateral (MMG), das quais a última é considerada o método de eleição de rastreio em programas populacionais pelo seu impacto significativo na redução da morbimortalidade (BRASIL, 2006; CARLSON *et al.*, 2009).

A prevalência e os fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama foram estudados no Município de Maringá, Paraná, Brasil, em mulheres de 40-69 anos; observou-se que a prevalência de realização do autoexame das mamas foi de 64,5%, do exame clínico das mamas, 71,5% e da mamografia, 79%. Os fatores que influenciaram na

realização de tais ações foram: idade, escolaridade, raça, classe econômica, religião e realização de terapia hormonal. A classe econômica e a escolaridade influenciaram significativamente na realização das práticas preventivas (MATOS, PELLOSO e CARVALHO, 2011).

O rastreamento mamográfico tem sido uma ferramenta importante no diagnóstico precoce, tendo impacto fundamental na história natural da doença, traduzido na detecção de tumores em estágios iniciais e redução da mortalidade. A intervenção da mamografia tem limitações e riscos, como qualquer outra tecnologia de rastreamento, pois a acurácia não é de 100%, gerando achados falso-positivos e falso-negativos (JOHNSTON, 2001).

O câncer de mama e seu tratamento podem levar a alterações na sua autoimagem, além de perda funcional e mudanças a nível psíquico, emocional e social (MAKLUF, DIAS e BARRA, 2006). Os processos cirúrgicos são os mais utilizados na terapêutica do câncer de mama. As cirurgias conservadoras retiram apenas parte da glândula mamária que contém o tumor e normalmente não causam prejuízo na sobrevida total, embora aumentem de forma não muito significativa a taxa de recidiva local do tumor. A mastectomia, por sua vez, é um procedimento que visa à retirada total da glândula mamária, com o objetivo de reduzir a incidência e melhorar a expectativa de vida de mulheres em fase de tratamento do câncer de mama, sendo quase sempre inevitável em fases adiantadas da doença (FRASSON e ZERWES, 2004).

1.2.2 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O câncer de colo uterino representa um problema de saúde pública (BRASIL, 2010). Mundialmente, é uma das mais comuns neoplasias malignas, ficando atrás apenas dos tumores de pele e de mama, tanto em incidência quanto em mortalidade (SAMPAIO NETO, 2012).

Cerca de 500 mil casos novos são diagnosticados anualmente no mundo, com disparidades importantes entre as nações. A incidência é duas vezes maior nos países menos desenvolvidos se comparada à dos mais desenvolvidos. Essa diferença também é verificada em relação à sobrevida, já que nos países mais pobres, o diagnóstico é realizado na maioria das vezes em estágios avançados (BRASIL, 2009).

O número de novos casos de câncer do colo uterino no mundo em 2008 foi de 530.232, com projeção para 607.402 casos para o ano de 2015; em relação à mortalidade, o

número estimado foi de 275.008 mulheres em 2008 e acredita-se que em 2015 este número será de 320.832 (FERLAY et al., 2010).

O câncer de colo de útero é uma doença de evolução lenta, levando em média 14 anos para sua evolução total. Inicia-se com alterações mínimas nas células, denominadas displasia, e se não forem tratadas, estas alterações evoluem. Com o desenvolvimento da doença, em média três anos após a constatação das primeiras alterações celulares, surge um tumor localizado chamado carcinoma *in situ*. Este câncer desenvolve-se por mais seis anos, invadindo a mucosa do útero, quando recebe o nome de carcinoma invasor. Após 14 anos das primeiras alterações celulares, o câncer atinge a forma mais grave, com o aparecimento de metástase, espalhando-se, assim, por outras regiões do corpo (BRASIL, 2002).

Apesar de o Brasil ter sido um dos primeiros países a utilizar o exame Papanicolaou para detecção do câncer do colo uterino, os dados estatísticos mostram que esse tipo de câncer continua sendo um problema de saúde pública (MIRRA, 2005). No Brasil a incidência do câncer do colo do útero para o ano de 2012 será de 17.540 casos com risco de 17 a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2011a).

O exame citopatológico de Papanicolaou é um método simples que permite detectar alterações da cérvix uterina a partir de células descamadas do epitélio. Por ser um exame de baixo custo, rápido, indolor, de fácil execução, realizado em nível ambulatorial, o Papanicolaou tem se mostrado efetivo e eficiente para aplicação coletiva e se constitui, até hoje, o método mais indicado para o rastreamento do câncer de colo uterino (MARTINS, VALENTE e THULER, 2009).

O Ministério da Saúde recomenda a realização do teste entre as mulheres sexualmente ativas, com idade entre 25 e 64 anos a cada três anos após dois resultados normais ou negativos para câncer, consecutivos, tendo um ano de intervalo (BRASIL, 2011b). Com uma cobertura da população-alvo de 80% pode-se diminuir em 60% a 90% a incidência do câncer invasivo (WHO, 2002).

Estudo de base populacional realizado em área urbana de Maringá, Paraná, Brasil, avaliou 456 mulheres de 45-69 anos no período da menopausa. Verificou uma cobertura de rastreamento de Papanicolaou de 84,5% (BRISCHILIARI et al., 2012).

A faixa etária mais acometida pelo câncer de colo uterino está entre 25 e 60 anos, entretanto, os adolescentes constituem uma população de alta vulnerabilidade para este agravo na medida em que o início da vida sexual os aproxima de problemas de saúde da esfera reprodutiva e sexual (LONGATTO FILHO et al., 2003; SILVA et al., 2005).

A incidência está relacionada à exposição aos fatores de risco e da baixa efetividade dos programas de rastreamento (FEITOSA e ALMEIDA, 2007). Vale ressaltar que o câncer de colo uterino trata-se de uma doença de evolução lenta, cuja mortalidade pode ser evitada se o diagnóstico e o tratamento das lesões precursoras forem realizados na fase inicial. O rastreamento e o acompanhamento destes casos são fundamentais para evitar o surgimento de novos casos de câncer que implicam em tratamentos mais complexos e dispendiosos (UCHIMURA *et al.*, 2009).

Fatores como início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, uso de contraceptivos orais, tabagismo, situação conjugal e baixa condição socioeconômica têm sido apontados como fatores de risco importantes para o desenvolvimento dessa neoplasia (CASTRO-JIMÉNEZ, VERA-CALA e POSSO-VALENCIA, 2006). Outros fatores de risco devem ser considerados como: multiparidade, baixo nível escolar e infecções genitais de repetição, higiene íntima inadequada, imunossupressão, alimentação pobre em alguns micronutrientes principalmente em vitamina C, betacaroteno e folato (BRASIL, 2006).

No entanto, o principal fator relacionado a esse tipo de câncer é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) (DERCHAIN, LONGATTO FILHO e SYRJANEN, 2005). Existem aproximadamente 200 tipos de HPV (TEJEDA, VELASCO e GÓMEZ-PASTRANA NIETO, 2007), podendo ser classificados como de alto, intermediário e baixo risco para câncer cervical; 40 tipos podem afetar a mucosa genital, sendo que 15 possuem potencial oncogênico (YAZIGI e RODRIGUES, 2007). Entre os sorotipos de alto risco, o 16 e 18 são responsáveis por 70% de todos os cânceres cervicais, e entre os de baixo risco, o 6 e 11 são os que mais se relacionam com os condilomas genitais (WHO, 2007).

Duas vacinas estão atualmente registradas no Brasil, ambas prevenindo contra a infecção pelos dois subtipos oncogênicos mais prevalentes, 16 e 18, porém a eficácia é reduzida quando a mulher já teve contato com o vírus, dessa forma, os programas de vacinação devem incluir, preferencialmente, meninas de 9 a 12 anos. É importante ressaltar que a vacinação não substitui a realização do rastreamento dentro dos prazos preconizados (BOLETIM BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE, 2011).

Porém, a principal estratégia para a prevenção primária da doença é o uso de preservativo (masculino ou feminino) durante as relações sexuais, visto que a infecção pelo HPV está presente em 90% dos casos. A prevenção secundária é realizada por meio do exame preventivo (Papanicolaou) para a detecção precoce da doença (BRASIL, 2005).

A preocupação do Governo com essa realidade é demonstrada na criação de portarias e programas que se preocupam com o combate ao câncer de colo uterino. Na publicação das Portarias GM/MS nº 2.439/2005 e GM 399/06 que instituíram, respectivamente, a Política Nacional de Atenção Oncológica e o Pacto pela Saúde, o controle do câncer do colo do útero é uma das metas prioritárias, envolvendo as diferentes esferas na responsabilização do controle desse câncer (BRASIL, 2010).

A prática do exame preventivo do câncer de colo uterino depende da sensibilização sobre os benefícios e sua eficácia, seguida de ação dos gestores, promotores, da equipe de saúde e principalmente, das mulheres (DIÓGENES *et al.*, 2012).

1.3 JUSTIFICATIVA

Atualmente, as DCNTs são responsáveis por 66% da carga de doenças no Brasil, caracterizando-se pelos anos de vida perdidos por morte prematura e por incapacitação (BANCO MUNDIAL, 2005).

Apresentam etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de riscos modificáveis como o tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada, obesidade, dislipidemia e consumo de álcool (MALTA *et al.*, 2006).

O compartilhamento destes fatores de risco, somado à urgência em deter o crescimento das DCNTs no país, justifica a adoção de estratégias integradas e sustentáveis de vigilância e monitoramento desses fatores, além da adoção de medidas de promoção à saúde, prevenção e controle dessas doenças, desde que suas ações sejam assentadas sobre os principais fatores de risco modificáveis (MALTA *et al.*, 2006).

O plano de ação 2008–2013 da OMS para DCNTs focaliza quatro DCNTs (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) e cinco fatores de risco compartilhados (tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável, excesso de peso e uso prejudicial de álcool) (WHO, 2008).

O Ministério da Saúde vem executando ações que visam à promoção da saúde, prevenção e atenção às DCNT, buscando reduzir a prevalência dos principais fatores de risco e, conseqüentemente, da morbimortalidade associada a essas doenças. A Secretaria de Vigilância em Saúde vem promovendo inúmeras ações com o objetivo de estruturar o Sistema de Vigilância das DCNT nas três esferas do Sistema Único de Saúde, em todas as Unidades da Federação. Dentre essas ações, destaca-se o sistema VIGITEL – Vigilância de Fatores de

Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. O VIGITEL tem como objetivo monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, por meio de entrevistas telefônicas realizadas em amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios servidos por linhas fixas de telefone em cada cidade. O Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde (NUPENS) da USP desenvolveu e testou em 2003, na cidade de São Paulo, um sistema de monitoramento de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis por entrevistas telefônicas. Em 2005, o sistema foi testado em Belém, Salvador, Florianópolis e Goiânia, além de São Paulo, contando com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A partir de 2006, teve início o VIGITEL, sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, monitora a população adulta de todas as capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal (BRASIL, 2011a).

As DCNTs se constituem num desafio para o Brasil. Neste contexto, a redução da incidência de câncer de mama e de colo uterino, propostas neste estudo são cruciais para o auxílio no controle do câncer enquanto doença crônica. A redução da incidência de câncer faz parte de um desafio global na área da saúde, que precisa de ação política combinada mundialmente (SCHMIDT *et al.*, 2011). A doença acarreta um prejuízo financeiro e social considerável, pois além de adoecer, estas mulheres podem ocupar leitos hospitalares, serem afastadas do mercado de trabalho e privadas do convívio familiar (RODRIGUES *et al.*, 2012).

A melhoria da saúde e redução das taxas de cânceres também terão implicações importantes para encargos dos serviços de saúde e utilização de recursos. O Ministério da Saúde (MS) investiu em 2011 R\$ 2,2 bilhões para a área de atenção oncológica. Vale destacar que para o ano de 2012 o orçamento do MS destinará cerca de R\$ 261 milhões a ações de prevenção ao câncer de mama e de colo de útero, sendo (R\$ 176 milhões) e (R\$ 85 milhões), respectivamente. Nos últimos 12 anos, os gastos federais com a assistência oncológica no país quadruplicaram, passando de R\$ 470,5 milhões (em 1999) para R\$ 2,2 bilhões (BRASIL, 2011a).

Essas metas e plano de ação exigirão novas orientações estratégicas vindas de programas de pesquisa adequados e direcionados para as doenças crônicas, inclusive o câncer (ROGER, *et al.* 2011), com o objetivo de examinar e identificar os fatores ideais para o não desenvolvimento destas doenças.

O câncer de mama é um dos agravos que permanecem nas agendas de discussão em nível nacional e internacional com a finalidade de discutir as questões que busquem medidas para viabilizar ações no controle do câncer de mama em países com recursos limitados. Buscam estruturar programas sustentados pela parceria com a população local para adequação de um planejamento aplicável a cada região (BARROS, UEMURA e MACEDO, 2012).

Desta forma, os achados desta pesquisa poderão favorecer o planejamento e a implementação de programas públicos voltados à redução das DCNTs, através da ampliação e qualificação de ações voltadas à população.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 GERAL

- Analisar a prevalência e fatores associados à realização de mamografia e exame citopatológico de mulheres residentes no sul do Brasil.

- Analisar a prevalência e fatores associados a não realização de mamografia em mulheres na pós menopausa.

1.4.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população quanto à estratificação por faixa etária e níveis de escolaridade.
- Verificar a frequência com que as mulheres realizam/não realizam a mamografia.
- Verificar a frequência com que as mulheres realizam o exame citopatológico.
- Identificar a presença de fatores de proteção determinantes para a realização/não realização do exame mamográfico.
- Identificar a presença de fatores de proteção determinantes para a realização do exame citopatológico.
- Verificar os fatores associados à realização/não realização de mamografia.
- Verificar os fatores associados à realização de exame citopatológico.

1.5 REFERÊNCIAS

ABREU, E.; KOIFMAN, S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. **Rev. Bras. Cancerol.**, São Paulo, v. 48, n.1, p. 113-131, 2002.

ALMEIDA MF, BARATA RB, MONTEIRO CV, SILVA ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Rev. C. S. Col.**, v. 7, n. 4, p. 743-756, 2002.

ALVARENGA, M. **Tumores da mama**. In: BILLIS, A.V.J. editor. Patologia diagnóstica de tumores. Campinas: Impressão Digital do Brasil Gráfica e Editora Ltda; p. 205-98, 2004.

BANCO MUNDIAL. Unidade de Gerenciamento do Brasil. Unidade de Gestão do Setor de Desenvolvimento Humano. Região da América Latina e do Caribe. **Enfrentando o Desafio das Doenças Não Transmissíveis no Brasil**. Documento do Banco Mundial. Relatório N° 32576; 2005.

BARROS AF, UEMURA G, MACEDO JLS. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. **Femina**, v. 40, n. 1, p. 32-36, 2012.

BLAZUS, Jorge Villa Nova. **Rotinas em cirurgia conservadora da mama**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.

BOLETIM BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE (BRATS). **Câncer de colo de útero: a vacina para prevenção do HPV e o desafio para a melhoria da qualidade do rastreamento no Brasil**. n° 17, p. 1-15, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenações Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012. Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenações Geral de Ações Estratégicas, Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero/ Instituto Nacional de Câncer**. Rio de Janeiro, 2011b.

BRASIL. Coordenação de Prevenção e Vigilância, Instituto Nacional de Câncer. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas – recomendações para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Controle do câncer de mama: documento de consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sumário executivo do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. **Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRISCHILIARI, S.C.R. *et al.* Papanicolaou na pós-menopausa: fatores associados a sua não realização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1976-1984, 2012.

CARLSON, R.W. *et al.* Breast cancer: clinical practice guidelines in oncology. **J. Natl. Compr. Canc. Netw.**, v. 7, n. 2, p. 122-192, 2009.

CASADO, L.; VIANNA, L. M.; THULER, L.C. S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 379-388, 2009.

CASTRO-JIMÉNEZ, M.A.; VERA-CALA, L.M.; POSSO-VALENCIA HJ. Epidemiología del cáncer de cuello uterino: estado del arte. **Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.**, v. 57, p.182-192, 2006.

DERCHAIN, S.F.M.; LONGATTO FILHO, A.; SYRJANEN, K.J. Neoplasia intraepitelial cervical: diagnóstico e tratamento. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 27, n. 7, p. 425-433, 2005.

DIÓGENES, M.A.R. *et al.* Fatores de risco para câncer cervical e adesão ao exame Papanicolaou entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Rene.**, v. 13, n. 1, p. 200-210, 2012.

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

FERLAY, J. *et al.* GLOBOCAN 2008, **Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10** [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010.

FRASSON, A.L.; ZERWES, F.P. Câncer de mama. In: Azevedo DR, Barros MCM, Muller MC, organizadores. **Psicooncologia e interdisciplinaridade: uma experiência na educação à distância**. Porto Alegre: EDIPUCRS, p. 95-108, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009**. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, número 25. 2009.

JOHNSTON, K. Modeling the future cost of breast screening. **Eur. J. Cancer**, v. 37, n. 14, p. 1752-1758, 2001.

KALINKE, L.P. *et al.* Evolução das pacientes submetidas à cirurgia de mama em drenagem aspirativa. **Cogitare enferm.** v. 16, n. 4, p. 689-694, 2011.

LONGATTO FILHO A. *et al.* Frequência de esfregaços cérvico-vaginais anormais em adolescentes e adultas: revisão de 308.630 casos. **Rev. Inst. Adolfo Lutz.** v. 62, n. 1, p. 31-34, 2003.

MAKLUF, A.S.D.; DIAS, R.C.; BARRA, A.A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 52, n. 1, p. 49-58, 2006.

MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JÚNIR, J. B. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, n. 15, p. 47-64, 2006.

MALTA, D. *et al.* Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 16, n. 3, p. 2011-2022, 2011.

MARTINS, L.F.L.; VALENTE, J.G.; THULER, L.C.S. 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.

MATOS, J.C.; PELLOSO, S.M.; CARVALHO, M.D.B. Prevalence of Risk Factors for Breast Neoplasm in the City of Maringá, Paraná State, Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** São Paulo, v. 18, n.3, p. 352-359, 2010.

MATOS, J.C.; PELLOSO, S.M.; CARVALHO, M.D.B. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.27, n.5, p. 888-898, 2011.

MIRRA, A.P. **Registro de Câncer no Brasil e sua História**. São Paulo: Tomgraf; 2005.

MOHALLEM, A.G.C.; RODRIGUES, A.B. **Enfermagem oncológica**. Barueri: Manoli; 2007.

MONTEIRO, C.A.; MONDINI, L.; SOUZA, A.L.; POPKIN, B. **Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil**. In: Monteiro CA, ed. Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças. 2 ed. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, p.247-255, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital**. p. 182, Genebra, 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer: directrices sobre política y gestión**. Ginebra, 1995.

PINHO, V.F.S.; COUTINHO, E.S.F. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, p. 1061-1069, 2007.

RODRIGUES, Bruna Côrtes *et al.* Educação em saúde para a prevenção do câncer cérvico-uterino. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 149-154, 2012 .

ROGER, V.L. *et al.* Heart Disease and Stroke Statistics—2011 Update A Report From the American Heart Association. **Circulation**, v.123, p.18-209, 2011.

ROMIEU, I.; LAJOUS, M. The role of obesity, physical activity and dietary factors on the risk for breast cancer: mexican experience. **Salud Pública** v. 51 (Suppl.2), p. 172-80, 2009.

SAMPAIO NETO, L.F. Vacina anti-HPV: excelente para sua filha, discutível para a saúde pública. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.** Sorocaba, v. 14, n. 1, p. 36, 2012.

SCHMIDT, M.I. *et al.* Saúde no Brasil: doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - carga e desafios atuais. **The Lancet**, p. 1-103, 2011.

SCHRAMM, J.M.; OLIVEIRA, A. F.; LEITE, I. C. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Cien. Saude Colet.**, v. 9, p. 897-908, 2004.

SILVA, P. *et al.* Comportamento de risco para as doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes escolares de baixa renda. **Rev. Eletr. Enferm.**, v.7, n. 2, p. 185-189, 2005.

TEJEDA, M.D.D.; VELASCO, M.S; GÓMEZ-PASTRANA NIETO, F. Câncer de cuello uterino: estado actual de las vacunas frente al vírus del papiloma humano (VPH). **Oncología**, v. 30, n.2, p. 42-59, 2007.

TIEZZI, D.G. Cirurgia conservadora no câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 29, n. 8, p. 428-434, 2007.

UCHIMURA, N.S. *et al.* Qualidade e desempenho das colpocitologias na prevenção de câncer de colo uterino. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 55, n.5, p. 569-574, 2009.

VIACAVA, F.; SOUZA-JUNIOR, P.R.B; MOREIRA, R.S. Estimativas da cobertura de mamografia segundo inquéritos de saúde no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 43(Suppl 2), p. 117-125, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) 2008–2013. **Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases**, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation**. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Human papillomavirus and HPV vaccines: technical information for policy-makers and health professionals** [monograph on the Internet]. Geneva, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.** Geneva, 2002.

YAZIGI, R.I.; RODRIGUES, T.A. Vacuna contra el vírus del papiloma humano (VPH). **Rev. Med. Clin. Condes**, v. 18, n. 4, p. 400-406, 2007.

YOKOTA, de R.T.C. *et al.* Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis em duas regiões do Distrito Federal (2007). **Com. Ciências Saúde**. Brasília, v. 18, n. 4, p. 289-296, 2007.

CAPÍTULO II

**2.1 Artigo 1: “PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DE MAMOGRAFIA E EXAME CITOPATOLÓGICO: INQUÉRITO POPULACIONAL”
(Artigo redigido de acordo com as normas da Revista Panamericana de Saúde Pública)**

**Prevalência e fatores associados à realização de mamografia e exame citopatológico:
inquérito populacional**

**Prevalence and factors associated with mammography and Pap smear: a household
survey.**

Tiara Cristina Romeiro Lopes^I; Sandra Marisa Pelloso^{II}

I. Programa de Mestrado em Ciências da Saúde Universidade Estadual de Maringá.

II. Docente do Programa de Mestrado e Doutorado em Ciências da Saúde Universidade
Estadual de Maringá, Paraná.

Endereço da autora correspondente:

Tiara Cristina Romeiro Lopes

Rua Osvaldo Cruz, 170, Zona 7, CEP 87020-200, Maringá, PR, Brasil

E-mail: tiarafisio@hotmail.com

Resumo

Objetivo: estimar a prevalência e os fatores associados à realização de mamografia e exame citopatológico em mulheres da cidade de Maringá, Paraná. Métodos: estudo transversal de base populacional, com 345 mulheres com idade superior a 20 anos; no período de 2011 a 2012. Realizou-se entrevista por meio de questionário proposto pelo Ministério da Saúde. Resultados: em relação à prevalência, 84.6% das mulheres realizaram o exame de Papanicolaou e 74.3% a mamografia. Após análise por regressão logística, foram associados à menor realização de Papanicolaou as mulheres com escolaridade entre 9 a 11 anos de estudo ($p=0,01$), e quanto a mamografia, tiveram menor adesão às mulheres sem plano de saúde privado ($p<0,01$). Conclusões: Esses resultados mostram que a cobertura da mamografia e do Papanicolaou é satisfatória entre mulheres de Maringá. A identificação de variáveis relacionadas à realização dos exames permite elaborar estratégias visando melhorar o monitoramento destas e outras condições de saúde pública relacionadas à mulher.

Palavras-chave: Fatores de risco, Neoplasias da mama, Neoplasias uterinas, Mamografia, Esfregaço vaginal, Prevalência, Programa de rastreamento.

Abstract

Objective: estimating the prevalence and factors which are associated with mammography and Pap smear in women from Maringa, Parana. Methods: A population-based cross-sectional study, with 345 women aged over 20 years, in the period from 2011 to 2012. An interview was conducted through a questionnaire that was proposed by the Ministry of Health. Results: about the prevalence, 84.6% of women underwent to Pap smear and 74.3% to mammography. After logistic regression analysis, women with 9-11 years of education ($p=0.01$) were associated with lower achievement Pap, and about mammography exam, women without private health insurance ($p <0.01$) had lower adherence. Conclusions: These results show that

the coverage of mammography and Pap smear is satisfactory among women from Maringá. The identification of variables which are related to the exams allows developing strategies to improve the monitoring of these and other health conditions that are related to women.

Keywords: Risk factors, Breast neoplasms, Uterine neoplasms, Mammography, Vaginal smears, Prevalence, Mass screening.

Introdução

Dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) apontam que o câncer de mama é o que mais atinge a população feminina no mundo inteiro, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. O câncer de colo de útero por sua vez, é o mais incidente em países menos desenvolvidos. No Brasil, são estimados 52.680 e 17.540 casos novos de câncer mamário e do colo do útero para o ano de 2012, com um risco estimado de 52 e 17 casos, respectivamente para cada 100 mil mulheres (1).

Dados da Agência Internacional de Pesquisas com Câncer (IARC) apontam um aumento na incidência mundial do câncer de mama e útero. Em 2008, o câncer de mama teve uma incidência mundial de 1.384.155 casos, sendo estimada para o ano de 2015 uma elevação para 1.620.778. O número de mortes para esta neoplasia no mesmo ano foi de 458.503, sendo esperado um aumento para 540.783 em 2015. O câncer do colo uterino apresentou em 2008 530.232 casos, com projeção para 607.402 no ano de 2015; em relação à mortalidade, o número estimado foi de 275.008 mulheres em 2008 e acredita-se que em 2015 este número será de 320.832 (2).

Os cânceres de mama e útero são passíveis de detecção precoce e de cura, dependendo do estágio em que são identificados. Dentre as práticas recomendadas para o rastreamento do câncer de mama, encontra-se o exame radiológico das mamas (mamografia), considerado o padrão ouro para o rastreamento da população de risco (3). No que se refere ao câncer de colo uterino o exame de Papanicolaou, também conhecido por citologia oncológica, Paptest, dentre outros, é considerado a principal estratégia para sua detecção e prevenção (4).

De acordo com o Ministério da Saúde deve-se realizar o exame clínico anual das mamas a partir dos 40 anos e o exame de mamografia a cada dois anos para mulheres de 50 a

69 anos. Porém, para mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver o câncer de mama (com história familiar de câncer da mama em parentes de primeiro grau antes dos 50 anos de idade; história familiar de câncer da mama bilateral ou de ovário em parentes de primeiro grau em qualquer idade; história familiar de câncer da mama masculina; ou mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*) o exame clínico da mama e a mamografia devem ser realizados a partir de 35 anos anualmente (5).

Para o rastreamento de câncer do colo do útero o Ministério da Saúde adota como norma a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que propõe a realização do exame citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 60 anos de idade uma vez ao ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos (5).

Após exploração da literatura percebe-se que fatores associados à realização da mamografia e exame citopatológico são ainda pouco desenvolvidos no Brasil. Assim, delineou-se a presente pesquisa, que teve como objetivo analisar a prevalência e fatores associados à realização de mamografia e exame citopatológico em mulheres da cidade de Maringá, Paraná.

Materiais e Métodos

Os dados utilizados no presente estudo são provenientes da pesquisa “Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em adultos da cidade de Maringá, Paraná” realizada pelo grupo de pesquisa em saúde da mulher no período de 2011 a 2012. Trata-se de um estudo transversal de base populacional por meio de inquérito domiciliar para monitorar os fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis na população com idade ≥ 18 anos. O tamanho da amostra foi estimado com o objetivo de

assegurar representatividade para o evento em estudo. A amostra foi calculada utilizando as informações do Censo Demográfico referente a população adulta (idade ≥ 18 anos) relatada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (6), no ano de 2010, para o Município de Maringá, perfazendo um total de 273.674 adultos. Foi estabelecido o número de 460 indivíduos a serem estudados. Esse número permitiu estimar com coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de cerca de cinco pontos percentuais a frequência de qualquer fator de risco na população estudada e 20% de fator de confusão.

A seleção da amostra teve como unidade de referência as áreas de expansão demográfica (AED's) segundo IBGE, totalizando em Maringá, 21 AED's. De cada setor foi selecionado uma amostra aleatória simples proporcional ao número de adultos residentes em cada um desses setores tendo em vista o tamanho da amostra (460). Devido à quantidade de indivíduos a ser pesquisado em cada setor ser proporcional ao tamanho da mesma e para proporcionar melhor distribuição para efeito de vizinhança, foi sorteado um domicílio e saltado três. Não coincidindo a casa escolhida com a presença do adulto esta foi procurada no domicílio seguinte, reiniciando-se o processo em cada entrevista. Na existência de mais de um indivíduo no domicílio, foi realizado o sorteio entre eles.

Para este estudo foram incluídas 345 mulheres com 20 anos ou mais. Para análise do rastreamento referente à realização de Papanicolaou foram utilizados os dados de mulheres com 20 anos ou mais (345), quanto ao rastreamento de mamografia foram utilizados os dados respectivos das mulheres com idade superior a 40 anos (268) (7).

Foi aplicado o questionário do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) cuja implantação pelo Ministério da Saúde se deu em 2006 nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, afim de monitorar a frequência e distribuição dos principais determinantes das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e seus fatores de risco (8).

As variáveis abordadas foram: idade; cor (branca, negra, parda, amarela); estado civil (casada, solteira, divorciada/separada/viúva); escolaridade (0-8; 9-11 e 12 anos de estudo ou mais); ocupação remunerada (sim ou não); tabagismo (fumante, não fumante e ex-fumante); atividade física insuficiente no lazer, definida por ausência no lazer de atividade física leve ou moderada por pelo menos 30 min/dia em cinco ou mais dias por semana ou de atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 20 min/dia em três ou mais dias da semana (9); consumo abusivo de bebida alcoólica (mais que quatro doses em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias - uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose destilada); estado nutricional, analisado pelo índice de massa corporal (IMC) e classificado de acordo com os critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (10) em peso adequado ($IMC < 25 \text{ kg/m}^2$) e excesso de peso ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$) no qual peso e altura foram autorreferidos; assim como saúde de modo geral (muito bom, bom, regular, ruim/muito ruim); plano de saúde privado (sim ou não). A realização do exame de mamografia e citopatológico alguma vez na vida foi questionada, bem como o tempo (menos de 1 ano; entre 1 e 2 anos; entre 2 e 3 anos, entre 3 e 5 anos; 5 ou mais anos e não lembra).

O estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Protocolo nº30564/2012).

Para análise bivariada do exame de Papanicolaou e mamografia com as variáveis independentes foi utilizado a análise bruta mediante *odds ratio* (OR) e qui-quadrado por meio do programa *Epi Info 3.5.1*. Na etapa seguinte foram selecionadas as variáveis cujo valor do nível descritivo de significância do teste foi menor que 0,20 utilizando a análise multivariada, por meio da regressão logística, estudando as variáveis em relação à realização do exame de Papanicolaou e mamografia, realizadas com o programa *Statistica 7.1*, com nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%.

Resultados

Na amostra elegível para esta pesquisa foram avaliadas 345 mulheres com idade superior a 20 anos. A média de idade foi de $52,19 \pm 5,27$ anos. A maioria apresentou de 0 a 8 anos de estudo. Cerca de 67,8% eram casadas/unidas e 65,2% de cor branca. Grande parte não praticava atividade física; 7,5% e 8,4% relataram consumo abusivo de álcool e eram fumantes, respectivamente. Quanto ao estado nutricional, 54,9% apresentaram excesso de peso. A saúde de modo geral foi considerada como ruim e muito ruim por 7,2% e 57,1% relataram possuir plano de saúde privado (tabela 1).

Em relação às práticas preventivas de Papanicolaou e mamografia, observou-se que 91,3% das mulheres com idade superior a 20 anos realizaram alguma vez o exame de Papanicolaou, sendo que destas 84,6% o fizeram nos últimos três anos. Quanto à mamografia 85,1% das mulheres com idade superior aos 40 anos realizaram esta prática, sendo 74,3% nos últimos dois anos.

Nas tabelas 2 e 3 encontram-se as prevalências de realização dos exames conforme características sociodemográficas e comportamentos de saúde. Foi encontrado menor prevalência de realização do exame de Papanicolaou em mulheres solteiras ($p < 0,01$) e divorciada/separada/viúva ($p = 0,01$) (tabela 2).

Quanto ao exame de mamografia, este foi realizado de modo inferior nas mulheres solteiras ($p < 0,01$) e naquelas sem plano de saúde privado ($p < 0,01$) (tabela 3).

Após análise por regressão logística foi associada com a realização do exame citopatológico a variável escolaridade, na qual mulheres com escolaridade de 9 a 11 anos apresentaram menos chances de realizarem este exame (tabela 4). Em relação ao exame de mamografia o fato da mulher não possuir plano de saúde privado, reduziu as chances de realização do mesmo (tabela 5).

Discussão

Observou-se na população de Maringá que 91,3% das mulheres com idade superior a 20 anos realizaram exame de Papanicolaou, sendo que 84,6% o realizaram nos últimos três anos. Este achado demonstra uma triagem eficaz, visto que a OMS (11) considera suficiente uma cobertura de 80% do teste de Papanicolaou.

Em relação à cobertura do câncer de útero, pesquisa realizada em 2011 nas capitais brasileiras verificou que 80,5% de mulheres entre 25 a 59 anos realizaram citologia oncológica nos últimos três anos. Curitiba e São Paulo apresentaram maior prevalência de realização deste exame, perfazendo 90% das mulheres avaliadas (12)

Dados inferiores a recente pesquisa foram identificados na literatura nacional (13, 14). Estudo realizado com 404 mulheres no município de São José de Ribamar, Maranhão, identificou que 74,3% realizaram o exame preventivo em 2004, e segundo os autores, embora as mulheres tenham conhecimento e realizem o exame, ainda há a necessidade de aprimorar a adesão para que as taxas de incidência e mortalidade sejam reduzidas (13). Pesquisa de base populacional com mulheres do Estado de Pernambuco apontou 66,2% de cobertura de Papanicolaou na faixa etária de 25-59 anos (14).

Uma revisão de literatura com marco temporal compreendido de 2006 a 2011 aponta os motivos que levam a não realização do exame de forma periódica por algumas mulheres, dentre eles pouca escolaridade, ausência de companheiro, mulheres mais jovens e também as de idade mais avançada, indisponibilidade de horários, dificuldade de acesso ao serviço de saúde, medo de realizá-lo e/ou de um resultado positivo para o câncer e constrangimento (15).

No presente estudo, o fato de apresentar escolaridade entre 9 a 11 anos de estudo foi associado à menor prática de Papanicolaou. De acordo com a prevalência de realização dos exames conforme características sociodemográficas e comportamentos de saúde (14)

encontraram menor prevalência de realização do exame de Papanicolaou em mulheres com baixa escolaridade (até elementar incompleto).

Pesquisa referente à cobertura de Papanicolaou por dois inquéritos domiciliares realizados no município de São Paulo em 1987 e em 2001-2002 com 968 e 1125, respectivamente, demonstraram que do primeiro inquérito para o segundo houve aumento de 68,8% para 85,0% na porcentagem de realização do exame, sendo que as de nível de escolaridade mais baixo demonstraram os maiores aumentos nas coberturas (16).

O nível de escolaridade, tanto baixo quanto alto, é fator importante associado a não realização do teste de Papanicolaou pela falta de acesso à informação, desconhecimento ou pela sua condição de excelência para a saúde como “condição saudável”, cujo conceito de prevenção e promoção mostra-se ainda distante da real valorização da manifestação clínica de uma doença, o que pode levar à procura tardia aos serviços de saúde (17).

Ao estudar fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos (18), os autores afirmaram que existem algumas características sociodemográficas que podem estar associadas ao nível de conhecimento das mulheres sobre os fatores de risco para a doença. Além disso, colocaram que a investigação dessas características pode subsidiar a identificação de fatores que as levam a uma maior participação em ações de detecção precoce.

Em relação à realização de mamografia, a meta de cobertura estabelecida no Healthy People (2010) (19) é de 70% a cada um ou dois anos em mulheres com 40-69 anos de idade. No presente estudo, esta meta foi alcançada, perfazendo um total de 85,1% da cobertura em mulheres com idade superior aos 40 anos, sendo que destas, 74,3 fizeram a mamografia nos últimos dois anos. Dados recentes apontam que 73,3% das mulheres entre 50 a 69 anos realizaram mamografia nos últimos dois anos (12). O Ministério da Saúde (20) estabelece o parâmetro de um mamógrafo para cada 240 mil habitantes, o Paraná apresenta hoje 159 mamógrafos (1/63 mil habitantes), sendo que a cidade de Maringá dispõe de um número de

mamógrafos suficiente para atender a população e assegurar um programa de rastreamento organizado tanto do setor público quanto do privado. Atualmente há 16 aparelhos em Maringá, um para cada 22.137 habitantes.

Estudo transversal de base populacional na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, em 2002, com 879 mulheres de 40 a 69 anos, avaliou a prevalência de condutas e os fatores associados à prevenção secundária do câncer de mama, um dos achados foi prevalência de 70% de mulheres que fizeram a mamografia alguma vez na vida, sendo que 83,7% realizaram a última há dois anos ou menos (21).

A mamografia foi realizada de modo inferior nas mulheres sem plano de saúde privado. Isto pode ser explicado pela falta de rotina médica ao ginecologista, a qual pode ser vista como desnecessária pelas mulheres por acharem distantes de problemas advindos da vida sexual ativa e pela falta de motivação e cobertura populacional por parte do serviço públicos de saúde (agentes comunitários, núcleos de apoio e equipes de saúde da família) o qual deve focar na busca de um melhor acesso e qualidade da atenção básica.

Um estudo longitudinal realizado com 460 mulheres atendidas em serviços de saúde públicos e privados do município de Taubaté, São Paulo, mostrou que 68% delas referiam rastreamento mamográfico nos dois anos anteriores à pesquisa, sendo maior a proporção (84,2%) entre aquelas que tinham cobertura de planos de saúde privados (22). Após análise multivariável, uma pesquisa mostrou como fatores importantes para realização da mamografia o fato de ter plano de saúde, o que indicou maior incorporação e acesso ao exame, além disso, neste estudo, para as mulheres com idade entre 40 e 69 anos, faixa etária em que o procedimento pode ser mais efetivo, o acesso é mais difícil para quem não tem plano de saúde (17).

Estudo de 27 capitais de estados analisou por inquérito telefônico em 2008 o monitoramento das doenças crônicas não transmissíveis em 54.353 pessoas com 18 ou mais

anos de idade, sendo que 41,8% eram beneficiários de planos de saúde. Notou-se que a cobertura desses planos proporcionaram aumento na realização de exame mamográfico, sendo identificado uma cobertura de 83,6% entre aquelas com 50 a 69 anos de idade (23).

O fato de possuir plano de saúde se mostra relacionado ao melhor poder aquisitivo, além disso, é importante citar que distribuição heterogênea de equipamentos, serviços e recursos humanos são fatores muito importantes no acesso aos serviços (24), quando comparados público e privado.

Vale salientar algumas limitações relevantes neste trabalho. Por tratar-se de informações autorreferidas pelas mulheres, pode gerar viés de informação, através de relato com erros por esquecimento ou simulação. Como os dados provêm de inquérito domiciliar cujo questionário utilizado não era elaborado especificamente com variáveis relacionadas a fatores de risco para doenças da mama e do útero, dados importantes relacionados às neoplasias não foram acrescentados.

Com base nas informações disponíveis e na análise dos principais resultados é possível concluir que mulheres sem planos de saúde privado e com 9 a 11 anos de estudo, estão mais vulneráveis ao desenvolvimento do câncer de mama e de colo de útero, respectivamente, patologias estas passíveis de detecção por diagnóstico precoce. As reflexões sobre tal situação e suas perspectivas são fundamentais para propor estratégias de promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção. Dessa forma, estudos epidemiológicos transversais e prospectivos devem continuar sendo realizados incansavelmente, visando demonstrar resultados de prevalência dos fatores de risco relacionados à evolução direta ou indireta no aumento das neoplasias que atingem o público feminino, melhorando os índices de sobrevivência.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2011.
2. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. *GLOBOCAN 2008 - Cancer Incidence and Mortality Worldwide*. IARC Cancer Base n.10. Lyon, France International Agency for Research on Cancer; 2010.
3. Silva RCF, Hortale VA. Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil: Quem, Como e Por quê? *Revista Brasileira de Cancerologia* 2012; 58(1):67-71.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle dos cânceres de colo de útero e mama*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2011: Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2011.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Ministério do Planejamento, orçamento e gestão. Primeiros resultados do Censo 2010*. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.
7. Segri NJ, Priscila MSBF, Maria CGPA, Marilisa BAB, Chester LGC, Moisés G, et al. Práticas preventivas de detecção de câncer em mulheres: comparação das estimativas dos inquéritos de saúde (ISA - Capital) e vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL - São Paulo). *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14: 31-43.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *VIGITEL Brasil 2008: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

9. World Health Organization (WHO). *The World Health Report - Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: WHO; 2004.
10. World Health Organization (WHO). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: WHO; 2004.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
12. Brasil. Ministério da Saúde. *VIGITEL Brasil 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
13. Oliveira AF, Cunha CLF, Viégas IF, Figueiredo IF, Brito LMO, Chein MBC. Estudo sobre a adesão ao exame citopatológico de Papanicolaou em um grupo de mulheres. *Rev Pesq Saúde* 2010; 1: 32-7.
14. Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLT, Aquino EML, Menezes G, Szwarcwald CL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25: 301-9.
15. Silva JMA, Souza RC, Manzo BF, Souza SR, Pereira SM. Fatores relacionados a não continuidade da realização do exame citológico Papanicolaou. *Percurso Acadêmico* 2011; 1: 225-39.
16. Ozawa C, Marcopito LF. Teste de Papanicolaou: cobertura em dois inquéritos domiciliários realizados no município de São Paulo em 1987 e em 2001-2002. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2011; 33: 238-45.

17. Novaes HMD, Braga PE, Schout D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11: 1023-35.
18. Batiston AP, Tamaki EM, Souza LA, Santos MLM. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2011; 11: 163-71.
19. Centers for Disease Control and Prevention. *Healthy people 2010*. Disponível em: <http://www.healthypeople.gov>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros assistenciais do SUS. Diário Oficial da União 2002.
21. Sclowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Conduitas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 2005; 39: 340-9.
22. Marchi AA, Gurgel MSC. Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010; 32: 191-7.
23. Malta DC, Moura EC, Oliveira M, Santos FP. Usuários de planos de saúde: morbidade referida e uso de exames preventivos, por inquérito telefônico, Brasil, 2008. *Cad Saúde Pública* 2011; 27: 57-66.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 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: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

Tabela 1. Distribuição percentual da população feminina segundo características sociodemográficas e comportamentos relacionados à saúde. Maringá, Paraná, 2012.

Variáveis e categorias	n	%
Idade (anos)		
20-39	77	22,3
40-59	145	42,0
≥ 60	123	35,7
Escolaridade		
0-8	195	56,5
9-11	95	27,5
12 ou mais	55	15,9
Estado Civil		
Solteira	39	11,3
Casada/Unida	234	67,8
Divorciada/Separada/ Viúva	72	20,9
Cor		
Branca	225	65,2
Negra	9	2,6
Parda	95	27,5
Amarela	15	4,3
Ocupação remunerada		
Sim	108	31,3
Não	234	67,8
Atividade física no lazer		
Ativo	44	12,8
Inativo	301	87,2
Consumo abusivo de álcool		
Sim	26	7,5
Não	319	92,5
Tabagismo		
Fumante	29	8,4
Não fumante	259	75,1
Ex-fumante	57	16,5
IMC* (kg/m²)		
< 25	121	45,1
≥25	147	54,9
Saúde de modo geral		
Muito bom	50	14,5
Bom	165	47,8

Regular	105	30,4
Ruim / muito ruim	25	7,2
Plano de Saúde		
Sim	197	57,1
Não	148	42,9

* índice de massa corporal; n=268 mulheres avaliadas.

Tabela 2. Realização de exame de Papanicolaou segundo características sociodemográficas e comportamentos relacionados à saúde. Maringá, Paraná, 2012.

Variáveis	Realização do exame Papanicolaou n (%)	Razões de prevalência (IC95%)	p valor
Idade			
20-39	70 (90,9)	1,0	
40-59	134 (92,4)	1,22 (0,41-3,59)	0,69
≥ 60	111 (90,2)	0,93 (0,31-2,68)	0,87
Escolaridade			
0-8	177 (90,8)	1,43 (0,51-3,91)	0,44
9-11	90 (94,7)	2,63 (0,70-10,17)	0,12
12 ou mais	48 (87,3)	1,0	
Estado Civil			
Casada	223 (95,3)	1,0	
Solteira	30 (76,9)	0,16 (0,06-0,47)	<0,01
Divorciada/Separada/Viúva	62 (86,1)	0,31 (0,11-0,82)	0,01
Cor			
Branca	210 (92,9)	1,0	
Negra	9 (100,0)	-	
Parda	83 (87,4)	0,53 (0,22-1,25)	1,10
Amarela	13 (86,7)	0,50 (0,09-3,48)	0,31
Ocupação remunerada			
Sim	99 (90,8)	1,0	
Não	216 (91,5)	1,09 (0,46-2,56)	0,87
Atividade física no lazer			
Ativo	40 (90,9)	1,0	
Inativo	275 (91,4)	0,95 (0,35-3,38)	1,00
Consumo abusivo de álcool			
Sim	23 (88,5)	0,71 (0,19-3,18)	0,48
Não	292 (91,5)	1,0	
Tabagismo			
Fumante	27 (93,1)	1,25 (0,26-8,16)	1,00
Não fumante	237 (91,5)	1,0	
Ex-fumante	51 (89,5)	0,79 (0,28-2,3)	0,62
IMC (kg/m²)			
< 25	113 (93,4)	1,0	
≥ 25	138 (93,9)	1,09 (0,37-3,19)	0,87
Saúde de modo geral			
Muito bom	48 (96)	1,0	

Bom	147 (89,1)	0,34 (0,05-1,61)	0,17
Regular	97 (92,4)	0,51 (0,07-2,72)	0,50
Ruim/muito ruim	23 (92)	0,48 (0,04-5,17)	0,59
Plano de Saúde			
Sim	183 (92,9)	1,0	
Não	132 (89,2)	0,63 (0,28-1,42)	0,22

Tabela 3. Realização de exame de mamografia segundo características sociodemográficas e comportamentos relacionados à saúde. Maringá, Paraná, 2012.

Variáveis	Realização de Mamografia n (%)	Razões de prevalência (IC95%)	p valor
Idade			
40-59	122 (84,1)	1,0	
≥ 60	106 (86,2)	1,18 (0,57-2,45)	0,64
Escolaridade			
0-8	146 (83,9)	0,35 (0,05-1,62)	0,18
9-11	52 (83,9)	0,35 (0,05-1,87)	0,21
12 ou mais	30 (93,8)	1,0	
Estado Civil			
Casada	156 (87,2)	1,0	
Solteira	13 (68,4)	0,07 (0,01-0,36)	<0,01
Divorciada/Separada/Viúva	59 (84,3)	0,79 (0,34-1,85)	0,55
Cor			
Branca	153 (85,4)	1,0	
Negra	5 (71,4)	0,42 (0,07-3,36)	0,28
Parda	59 (85,5)	1,0 (0,43-2,38)	0,99
Amarela	11 (84,6)	0,93 (0,18-6,49)	1,00
Ocupação remunerada			
Sim	61 (81,9)	1,0	
Não	167 (86,1)	1,32 (0,60-2,87)	0,45
Atividade física no lazer			
Ativo	32 (91,4)	1,0	
Inativo	196 (84,1)	2,01 (0,55-8,72)	0,25
Consumo abusivo de álcool			
Sim	7 (70)	0,39 (0,09-2,01)	0,17
Não	221 (85,7)	1,0	
Tabagismo			
Fumante	17 (85)	0,98 (0,25-4,50)	1,00
Não fumante	173 (85,2)	1,0	
Ex-fumante	38 (84,4)	0,94 (0,36-2,55)	0,89
IMC (kg/m²)			
< 25	69 (84,14)	1,0	
≥ 25	108 (90)	1,70 (0,68-4,25)	0,21
Saúde de modo geral			
Muito bom	25 (83,3)	1,0	

Bom	101 (83,5)	1,01 (0,30-3,23)	1,00
Regular	83 (87,4)	1,38 (0,38-4,8)	0,55
Ruim/muito ruim	19 (86,4)	1,27 (0,22-7,80)	1,00
Plano de Saúde			
Sim	145 (91,8)	1,0	
Não	83 (75,5)	0,28 (0,13-0,59)	<0,01

Tabela 4. Análise multivariada para a realização de exame de Papanicolaou de acordo com as variáveis incluídas no modelo. Maringá, Paraná, 2012.

Variáveis	OR ajustada	IC (95%)	valor p
Escolaridade			
0-8	2,12	0,67-6,73	0,19
9-11	0,32	0,12-0,81	0,01
Estado Civil			
Solteira	0,45	0,15-1,38	0,16
Divorciada/Separada/Viúva	1,13	0,38-3,40	0,81
Saúde de modo geral			
Bom	3,27	0,71-15,03	0,12
Regular	2,24	0,44-11,41	0,33
Ruim / muito ruim	2,55	0,32-20,42	0,37

Tabela 5. Análise multivariada para a realização de mamografia de acordo com as variáveis incluídas no modelo. Maringá-Pr, 2012.

Variáveis	OR ajustada	IC (95%)	valor p
Escolaridade			
0-8	2,85	0,57-14,07	0,19
9-11	2,50	0,47-13,17	0,27
Estado Civil			
Solteira	0,32	0,10-1,00	0,05
Divorciada/Separada/Viúva	0,35	0,09-1,27	0,11
Consumo abusivo de álcool	2,79	0,59-13,04	0,19
Não possuir plano de saúde	0,30	0,14-0,62	<0,01

**2.2 Artigo 2: “INQUÉRITO POPULACIONAL SOBRE MAMOGRAFIA EM
MULHERES NA PÓS MENOPAUSA”**

**(Artigo redigido de acordo com as normas da Revista da Escola de Enfermagem da
USP- REEUSP)**

Inquérito populacional sobre Mamografia em mulheres na pós-menopausa

Population inquiry regarding Mammography in postmenopausal women

Un estudio de la población en la mamografía en las mujeres después de la menopausia

Tiara Cristina Romeiro¹

Sandra Marisa Peloso²

Resumo

Este estudo objetivou analisar a prevalência e os fatores associados a não realização da mamografia entre mulheres no período da menopausa. Estudo analítico, exploratório de corte transversal tipo inquérito populacional domiciliar no município de Maringá, Paraná, Brasil. Foram entrevistadas 456 mulheres com idade entre 45 a 69 anos. Foram encontradas associações estatísticas entre a não realização de mamografia e escolaridade abaixo de sete anos de estudo, ocupação remunerada, sedentarismo, tabagismo, mulheres não usuárias de terapia de reposição hormonal, sem consulta com médico no último ano, sem consulta com ginecologista, sem história familiar de câncer de mama, sem realização de Papanicolaou e exame clínico das mamas e não ter dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Após análise por regressão logística, foi associado a não realização de mamografia o relato de estado de saúde razoável e ruim e a ausência de comorbidades. Os dados do estudo revelam os fatores “responsáveis” pela não realização da mamografia, contribuindo para a melhoria/aprimoramento dos aspectos relativos à saúde da mulher na fase da menopausa.

Descritores: Mamografia, Programa de Rastreamento, Menopausa, Neoplasias da mama.

Abstract

This study aimed to analyze the prevalence of the non-performance of mammography, and the factors associated with it, among women in the menopausal period. This is an analytical, exploratory, cross-sectional study, of the domicile population inquiry type, performed in the municipality of Maringa, Brazil. A total of 456 women were interviewed, aged 45 to 69 years.

Statistical associations were found between the non-performance of mammography and: schooling of less than seven years, paid employment, sedentary lifestyle, smoking, the non-use of hormone replacement therapy, not having consulted a doctor in the previous year, not having consulted a gynecologist, without a family history of breast cancer, not having performed the Papanicolaou examination and clinical breast examination, and not having difficult access to the health services. After logistic regression analysis, was associated with not mammography, the reporting of health fair and poor and comorbidities. The study data reveal the factors “responsible” for the non-performance of the mammography, contributing to the improvement of the health aspects of women in the menopause phase.

Descriptors: Mammography; mass screening; menopause; breast neoplasms.

Resumen

Este estudio tiene como objetivo analizar la prevalencia y los factores asociados con la falta de mamografías entre las mujeres en el período menopáusico. Estudio analítico, transversal exploratorio tipo de encuesta de hogares en Maringa, Brasil. Se entrevistó a 456 mujeres de 45-69 años. No hubo asociaciones significativas entre la mamografía y: la escolaridad menores de siete años de estudio, empleo remunerado, la inactividad, el tabaquismo, las mujeres no usuarias de terapia de reemplazo hormonal sin consultar a un médico en el último año, sin consulta con un ginecólogo sin antecedentes familiares de cáncer de mama, sin realizar Papanicolaou, examen clínico de mama y no tienen dificultades para acceso a los servicios de salud. Tras el análisis de regresión logística, no se asoció con un informe de la mamografía regular y mala salud y las comorbilidades. Los datos del estudio revelan los factores "responsable" por no haberse hecho una mamografía, lo que contribuye a la mejora de los aspectos de la salud de las mujeres en la menopausia.

Descriptor: Mamografía; tamizaje masivo; menopausia; neoplasias de la mama.

Introdução

O câncer mais freqüente entre as mulheres não só norte-americanas, mas também as brasileiras é o câncer de mama^(1,2).

Dados da Agência Internacional de Pesquisas com Câncer apontaram que em 2008, o câncer de mama teve uma incidência mundial de 1.384.155 casos. Para o ano de 2015 estima-se uma elevação para 1.620.778. Em relação ao número de mortes por câncer de mama, foram 458.503 em 2008 e poderá aumentar para 540.783 em 2015⁽³⁾.

No Brasil, segundo estimativas, cerca de 52.680 mulheres receberiam o diagnóstico de câncer de mama no ano de 2012, representando uma taxa bruta de 52 casos a cada 100 mil mulheres⁽¹⁾.

O rastreamento e detecção precoce da doença resultaram numa redução da mortalidade por este tipo de câncer entre as mulheres norte-americanas nos anos de 2001 a 2005⁽²⁾, em detrimento do Brasil, onde foi registrado um aumento na mortalidade nas últimas três décadas⁽⁴⁾.

Até onde se sabe a literatura disponível até o momento não permite afirmar que a triagem de controle do câncer de mama no Brasil está ocorrendo de forma estruturada; apesar de já existir uma recomendação do Instituto Nacional de Câncer (INCA) propondo várias estratégias para a detecção precoce do câncer de mama⁽¹⁾.

As estimativas para tal enfermidade apresentam tendência de incremento tanto na incidência como na mortalidade⁽⁴⁾. Isto ocorre por falta de programas de detecção precoce e a dificuldade de acesso ao tratamento especializado para o câncer de mama⁽⁵⁾.

A mamografia de rastreamento para mulheres pode reduzir a mortalidade, sendo o maior impacto encontrado na faixa etária de 50 anos ou mais, com redução da mortalidade em torno de 25% a 45% nesse grupo⁽⁶⁾.

Desta forma, o objetivo do presente estudo foi analisar a prevalência e os fatores

associados a não realização da mamografia entre mulheres no período da menopausa, residentes na cidade de Maringá, Paraná, Brasil.

Método

A presente pesquisa se caracteriza como um estudo transversal, de base populacional, realizado no período de 2010 a 2011 composta por mulheres de 45 a 69 anos residentes na área urbana de Maringá, Paraná, Brasil. Foram incluídas mulheres com cessação da menstruação há, pelo menos, doze meses e com apresentação de menopausa natural. Este último critério foi estabelecido a fim de garantir que as mulheres selecionadas encontrem-se, de fato, no momento da menopausa, uma vez que com a retirada do útero perde-se o parâmetro do cessar dos mênstruos. Assim, é possível que mulheres histerectomizadas não estejam no período do climatério e, logo, não tenham vivenciado as alterações hormonais e psíquicas típicas dessa fase. Essa opção também minimiza as diferenças entre os vários esquemas terapêuticos disponíveis. Com base na descrição anterior, foram excluídas as mulheres histerectomizadas.

O tamanho da amostra foi estimado com o objetivo de assegurar representatividade para o evento. Foi calculada utilizando as informações do Censo Demográfico referente a população feminina de idade entre 45 a 69 anos relatada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2000, para o Município de Maringá, e pela projeção da população estimada para o ano de 2009, perfazendo um total de 36.023 mulheres⁽⁷⁾. Considerando um intervalo de confiança de 95% ($z = 1,96$), a estimativa da amostra deverá estar dentro de $\pm 5\%$ (e) da real proporção da população de mulheres nessa faixa etária. Foi utilizado o modelo estatístico $n = z^2[p(1-p)]:e^2$ para populações infinitas ($N > 10.000$) que fornece o tamanho da amostra que nesse caso foi de 380 mulheres. Utilizou-se o programa

estatístico *Epi-Info version 3.5.1.*, com um intervalo de confiança de 0,95 e margem de erro de 0,05. Com um acréscimo de 20%, para possíveis perdas e/ou recusas, sendo que o tamanho total da amostra foi de 456 mulheres.

Para o presente estudo, a seleção da amostra teve como unidade de referência os setores censitários do município, tendo como unidade amostral primária os setores censitários e os domicílios como unidades amostrais secundárias, segundo o IBGE. Utilizou-se a estratégia de amostragem sistemática com probabilidade proporcional ao tamanho do setor.

O distrito de Maringá possui segundo o IBGE, 407 setores censitários, porém foram estudados 368 setores por serem caracterizados como áreas urbanizadas. Com a finalidade de obter uma representatividade de aleatoriedade optou-se por adaptação da amostragem sistemática na seleção dos domicílios. A partir do croqui com os quarteirões numerados de cada setor censitário, o ponto de início do percurso assim como, a esquina inicial de cada setor foram sorteados caminhando sempre em sentido horário. De cada setor foi selecionado uma amostra aleatória simples proporcional ao número de mulheres residentes em cada um desses setores tendo em vista o tamanho da amostra.

Devido à quantidade de mulheres a ser pesquisada em cada setor ser proporcional ao tamanho da mesma, e para proporcionar melhor distribuição para efeito de vizinhança, foi sorteado um domicílio e saltados três. Não coincidindo a casa escolhida com a presença da mulher, esta foi procurada no domicílio seguinte, reiniciando-se o processo em cada entrevista. Na existência de mais de uma mulher no domicílio, foi realizado sorteio entre uma delas.

As visitas domiciliares incluíram a aplicação de um questionário face a face, após consentimento informado e realização de medidas antropométricas (peso e estatura). Para se obter a padronização na aferição das medidas objetivas, tais como, as medidas antropométricas, foi realizado treinamento de todos os pesquisadores de campo.

Posteriormente a padronização procedeu-se o pré- teste do questionário realizado com 30 mulheres da mesma faixa etária da pesquisa em área de abrangência de uma unidade local de saúde do município. O estudo piloto foi realizado com 30 pessoas em um setor censitário sorteado dentre os não inclusos para o estudo propriamente dito.

A variável de desfecho primário abordada no estudo foi a não realização de mamografia nos últimos dois anos autorreferida pelas mulheres menopausadas.

As medidas secundárias ou variáveis independentes avaliadas foram: idade (calculada em anos completos na data da entrevista); escolaridade (de acordo com a última série estudada, categorizado em até sete anos de estudo ou oito ou mais anos); estado civil (com ou sem companheiro); cor (dicotomizada em branca ou não branca); classe social (em classes econômicas A,B,C e D, de acordo com o critério de classificação econômica Brasil)⁽⁸⁾; ocupação (presença ou ausência de atividade remunerada); religião (classificada em católica ou outras); pessoas no domicílio (quantificadas em 1 a 4 ou 5 ou mais); atividade física (avaliada de acordo com os critérios estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2007) sendo sedentária toda mulher sem atividade física regular, ou seja, com frequência mínima de três vezes por semana e duração não inferior a 30 minutos, independente da modalidade de exercício realizado); tabagismo (hábito diário de fumar independente da frequência do número de cigarros); usuárias de terapia de reposição hormonal (TRH) as mulheres foram questionadas quanto ao uso atual e tempo de uso de hormônios, e classificadas em dois grupos: (não usuárias de TRH) as que não fizeram uso de TRH nos últimos seis meses e (usuárias de TRH) as que fizeram uso contínuo por pelo menos 6 meses; índice de massa corporal (IMC) (foi calculado após pesagem e medição da altura por meio de balança digital da marca Plenna com capacidade para 150 kg e estadiômetro da marca Sanny com capacidade para 2 metros); registro das informações (peso e estatura) em duplicata, e posterior cálculo através da fórmula desenvolvida por Quetelet (1842)⁽⁹⁾;

peso(kg)/estatura(m)², para então detectar o estado nutricional atual através da classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em excesso de peso quando $IMC \geq 25,0 \text{ kg/m}^2$ ⁽¹⁰⁾; história pessoal de comorbidades (hipertensão, diabetes tipo 2, doença cardiovascular, doenças osteoarticulares e incontinência urinária); número de comorbidades (quantificadas em 0 a 3 ou 4 ou mais); auto-percepção da saúde (ruim, razoável, boa, excelente); história familiar de câncer de mama, relato de consulta médica no último ano, consulta com o ginecologista, dificuldade de acesso ao sistema de saúde, realização de exame Papanicolaou e clínico de mamas (tendo duas possibilidades de resposta (sim/não) autorreferido pelas mulheres menopausadas).

Para análise estatística, foram utilizados a análise bruta, mediante qui-quadrado por meio do programa *Epi Info 3.5.1*. Na etapa seguinte foram selecionadas as variáveis cujo valor do nível descritivo de significância do teste fosse menor do que 0,20, utilizando a análise multivariada, por meio da regressão logística, estudando as variáveis independentes em relação a não realização de mamografia, realizadas através do programa *Statistica 7.1*, com nível de significância de 5%. O estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 201/2010).

Resultados

Foram entrevistadas 456 mulheres no período da pós-menopausa, as quais apresentaram uma média de idade de $58,7 \pm 5,7$ anos, e a idade média do início da menopausa de $48,0 \pm 5,0$ anos.

A maior parte relatou ter até 7 anos de estudo (56,5%) e 63,2% apresentavam companheiro; em relação à cor 85,1% eram brancas, sendo que 60,7% pertenciam a classe

familiar C e D e 53,1% das mulheres tinham atividade remunerada. A religião católica foi a mais prevalente (65,4%). Em relação ao número de pessoas no domicílio, 383 mulheres (84,0%) relataram ter em sua residência de 1 a 4 moradores (Tabela 1).

A prevalência calculada de realização de mamografia nos últimos dois anos, conforme a amostra para o município estudado foi de 72,8% (332 mulheres).

Tabela 1. Não realização de mamografia segundo variáveis socioeconômicas e demográficas. Maringá, Paraná, 2012.

Variáveis	n(%)	Não realização de Mamografia (%)	Razões de prevalência (IC95%)	p valor
Idade (anos)				
45 – 59	245 (53,7)	24,9	1,0	
60 – 69	211 (46,3)	29,9	1,28 (0,83-1,98)	0,23
Escolaridade				
Até 7 anos	258 (56,6)	31,4	1,65 (1,05-2,59)	0,02*
8 ou mais anos	198 (43,4)	21,7	1,0	
Estado civil				
Com companheiro	288 (63,2)	24,3	1,0	
Sem companheiro	168 (36,8)	32,1	1,48 (0,95-2,30)	0,06
Cor				
Branca	388 (85,1)	26	1,0	
Não branca	68 (14,9)	33,8	1,45 (0,81-2,61)	0,18
Classe Social				
A e B	179 (39,3)	30,3	1,0	
C e D	277 (60,7)	22,3	1,66 (0,42-1,04)	0,06
Ocupação				
Remunerada	242 (53,1)	22,7	0,62 (0,40-0,96)	0,02*
Não remunerada	214 (46,9)	32,2	1,0	
Religião				
Católica	217 (65,4)	25,4	0,78 (0,50-1,23)	0,26
Outras	115 (34,6)	30,3	1,0	
Pessoas no domicílio				
1 a 4	383 (84,0)	26,9	1,0	
5 ou mais	73 (16,0)	28,8	1,10 (0,61-1,98)	0,74

*estatisticamente significativo

Em relação ao comportamento relacionado a saúde e morbidade, a maior parte (71,7%) se mostrou com atividade física inadequada (sedentária) ocupando posição de destaque. A maior parte (87,9%) relatou ser não fumante. O uso de TRH foi mencionado por 20,8%. O IMC de 72,6% das mulheres demonstrou excesso de peso.

Ao analisar os casos de comorbidades, estas estiveram presentes em 76,1% das mulheres, e destas, 93,9% referiram ter de um a três.

Dados relacionados a presença de câncer de mama na família apontam que 86,4% das mulheres relataram não ter nenhum caso; 85,1% das mulheres realizaram consulta médica no último ano e 432 (94,7%) fizeram consulta com o ginecologista. Em relação ao acesso ao sistema de saúde, 74,6% das entrevistadas relataram não ter dificuldade de acesso. O exame Papanicolaou e o exame clínico de mamas foram realizados pela maioria das mulheres (86% e 70,8%, respectivamente) (Tabela 2).

Tabela 2. Não realização de mamografia segundo comportamentos relacionados à saúde e morbidade. Maringá, Paraná, 2012.

Variáveis	n(%)	Não realização de Mamografia (%)	Razões de prevalência (IC95%)	p valor
Atividade física				
Sedentária	327 (71,7)	31,5	2,3 (1,3-4,1)	<i><0,01*</i>
Ativa	129 (28,3)	16,3	1,0	
Tabagista				
Sim	55 (12,1)	75,6	42,0 (22,5-78,9)	<i>0,01*</i>
Não	401 (87,9)	6,9	1,0	
Usuárias TRH**				
Sim	95 (20,8)	8,4	1,0	<i>0,01*</i>
Não	361 (79,2)	32,1	5,1 (2,3-11,8)	
IMC***				
Normal	125 (27,4)	25,6	1,0	<i>0,63</i>
Excesso de peso	331 (72,6)	27,8	1,1 (0,6-1,8)	
Comorbidades				
Sim	347 (76,1)	25,1	1,0	<i>0,06</i>
Não	109 (23,9)	34	1,5 (0,9-2,5)	
Número de comorbidades				
1 a 3	428 (93,9)	27,8	1,7 (0,6-5,4)	<i>0,25</i>
4 ou mais	28 (6,1)	17,9	1,0	
Saúde de modo geral				
Excelente	60 (13,1)	20	1,0	<i>0,30</i>
Boa	204 (44,7)	26,5	1,4 (0,6-3,1)	
Razoável	166 (36,4)	29,5	1,6 (0,7-3,6)	
Ruim	26 (5,7)	34,6	2,1 (0,6-6,6)	
História familiar de câncer de mama				
Sim	62 (13,6)	16,1	0,4 (0,2-1,0)	

Não	394 (86,4)	29	1,0	0,03*
Relato de consulta médica no último ano				
Sim	388 (85,1)	23,2	1,0	
Não	68 (14,9)	50	3,3 (1,8-5,8)	<0,01*
Relato de consulta com ginecologista				
Sim	432 (94,7)	24,3	1,0	
Não	24 (5,3)	79,2	11,8 (4,0-37,1)	<0,01*
Dificuldade de acesso ao sistema de saúde				
Sim	116 (25,4)	34,5	1,6 (0,9-2,1)	
Não	340 (74,6)	24,8	1,0	0,04*
Realização de exame de Papanicolaou				
Sim	392 (86,0)	18,1	1,0	
Não	64 (14,0)	82,8	21,7 (10,3-46,7)	<0,01*
Realização de exame clínico das mamas				
Sim	323 (70,8)	5,0	1,0	
Não	133 (29,2)	81,2	82,8 (40,7-171,4)	<0,01*

*estatisticamente significativo; **terapia de reposição hormonal; ***índice de massa corporal.

Após análise por regressão logística, foram associados com a não realização de mamografia as variáveis não ter comorbidades ($p=0,04$) e estado de saúde razoável e ruim ($p < 0,01$) (Tabela 3).

Tabela 3. Regressão Logística das variáveis incluídas no modelo. Maringá, Paraná, 2012.

Variáveis	OR ajustada	IC (95%)	p valor
Até 7 anos de estudo	0,97	0,61-1,54	0,90
Sem companheiro	9,97	0,61-1,54	0,90
Cor não branca	0,86	0,47-1,59	0,64
Classe C e D	1,11	0,67-1,81	0,67
Ocupação remunerada	1,86	0,55-1,34	0,51
Sedentarismo	1,24	0,76-2,02	0,38
Fumar	1,01	0,52-1,95	0,97
Não uso de TRH	1,50	0,84-2,69	0,16
Não ter comorbidades	0,55	0,31-0,99	0,04*
Estado de saúde razoável e ruim	0,51	0,31-0,83	<0,01*
Câncer de mama na família	0,93	0,49-1,79	0,84
Não ter consultado no último ano	0,91	0,48-,1,73	0,78
Não ter ido ao ginecologista	0,98	0,35-2,78	0,98
Dificuldade no acesso ao sistema saúde	1,61	0,98-2,64	0,05
Não realização Papanicolaou	1,69	0,81-3,53	0,16
Não realização do exame clínico de mamas	0,90	0,51-1,56	0,70

*estatisticamente significativo.

Discussão

Diversos autores têm descrito redução da mortalidade por câncer de mama entre as mulheres submetidas ao rastreamento mamográfico^(11,12). O INCA (2009) descreve uma redução de câncer de mama em um terço entre as mulheres de 50 a 69 anos, por meio da realização de mamografia, com ou sem exame clínico⁽⁴⁾. O Ministério da Saúde⁽¹³⁾ estabelece o parâmetro de 1 mamógrafo para cada 240 mil habitantes, o Paraná apresenta hoje 159 mamógrafos (1/63 mil habitantes), sendo que a cidade de Maringá dispõe de um número de mamógrafos suficiente para atender a população e assegurar um programa de rastreamento organizado tanto do setor público quanto do privado. Atualmente há 16 aparelhos em

Maringá, 1 para cada 22.137 habitantes. Por este motivo, este estudo se justifica por detectar os fatores associados a não realização deste exame pelas mulheres no município estudado.

Nesta pesquisa, a escolaridade até sete anos e ocupação remunerada foram associadas estatisticamente a não realização da mamografia.

A maior escolaridade e a melhor situação socioeconômica estão entre os fatores mais fortemente associados à realização da mamografia^(14,15). Tal afirmação sobre escolaridade foi confirmada na presente pesquisa, a qual revelou um aumento da sua não realização nas pessoas de até sete anos de estudo. Ocupação remunerada não foi associada com a adesão, portanto, não confirmando os achados dos autores citados. Entretanto, cabe salientar que foi verificada somente a presença ou não de ocupação remunerada, não sendo avaliada a renda per capita. Uma dificuldade apontada na realização dos exames de rastreamento para câncer de mama está no fato de os mesmos serem geralmente realizados fora dos serviços de atenção médica e relativamente caros⁽¹⁶⁾.

Em relação a atitudes comportamentais e antecedentes familiares, sedentarismo ($p < 0,01$), tabagismo ($p = 0,01$), mulheres não usuárias de TRH ($p = 0,01$) e não possuir história familiar de câncer de mama ($p = 0,03$), também foram associados a não realização do exame.

Exercícios físicos quando realizados regularmente podem reduzir o risco de câncer de mama⁽¹⁷⁾. Um inquérito epidemiológico realizado com 698 mulheres entre 25 e 88 anos, usuárias do Sistema Único de Saúde, no Rio de Janeiro, investigou variáveis associadas ao câncer de mama, verificando que mais da metade das mulheres eram sedentárias (58,7%) e 17% eram tabagistas⁽¹⁸⁾.

No que tange ao tabagismo, a sua associação com o câncer de mama, ainda é bastante controversa. Em um estudo realizado com 79.990 mulheres entre 50 e 79 anos, foi observado um aumento de 20 a 50% no risco de desenvolvimento deste tipo de câncer com o uso de cigarro em quantidade elevada, período prolongado e idade de início do consumo⁽¹⁹⁾.

No suplemento Saúde da Pesquisa Nacional de Amostras Domiciliares (PNAD) (2003) sobre realização de mamografia nos últimos 2 anos em mulheres com 25 anos ou mais, foi apontada uma prevalência para mamografia de 36,1%, com fatores preditivos importantes: distribuição etária (40-59 anos), consulta médica no último ano, morar em zona urbana, renda elevada e ter plano de saúde⁽²⁰⁾.

Na cidade de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, observou-se que a realização da mamografia, em qualquer época da vida, entre mulheres entre 40 e 69 anos, estava positivamente associada à classe social, à história familiar de câncer de mama, ao uso atual de terapia de reposição hormonal, à biópsia/cirurgia prévia de mama, ao exame clínico da mama e à consulta ginecológica⁽¹⁵⁾. Estes dados não corroboram com o presente estudo onde o fato de não ser usuária de TRH está associado estatisticamente a sua não realização.

As questões hormonais e reprodutivas são consideradas importantes na etiologia do câncer de mama, entretanto, neste estudo não ser usuárias de TRH ($p=0,01$) e não ter história familiar de câncer de mama ($p=0,03$) correlacionou-se a não utilizar o exame de mamografia, diferenciando do estudo realizado com 2.000 mulheres que se submeteram a mamografia em um hospital público e uma clínica privada de Goiânia, o qual identificou o uso TRH sem avaliação mamográfica prévia em aproximadamente 20% das entrevistadas e além dessa questão observou-se ainda que 30% nunca tinham se submetido à mamografia, mesmo tendo história familiar de câncer de mama⁽²¹⁾.

O contato profissional com um médico é frequentemente associado à realização do exame de mamografia^(14,22); esta afirmativa dos autores vem ao encontro com os achados do presente estudo, o qual mostrou que as mulheres que não realizaram consulta médica no último ano, não fizeram a mamografia, o mesmo ocorreu com as que não consultaram com ginecologista ($p < 0,01$). Dessa forma, a recomendação médica ocupa relevância indiscutível entre os fatores preditores associados à aderência ao rastreamento⁽²³⁾.

Autores que estudam o perfil da mulher que se submete a mamografia questionam as razões pelas quais as mulheres não estão realizando a mesma, observando-se os seguintes questionamentos sobre a falha no processo, como sendo relacionada ao médico assistente, à estruturação do Sistema de Saúde e/ou a falta de informação da mulher⁽²¹⁾. Afirmam ainda que as questões anteriores permanecem sem resposta pela ausência de pesquisas na área.

O contato com o médico, neste caso o ginecologista ou o mastologista e outros indicadores de consulta ginecológica regular, como a coleta de colpocitologia oncológica (exame de Papanicolaou), são as variáveis fortemente associadas à realização da mamografia^(14,24). Não ter realizado Papanicolaou ($p < 0,01$) foi uma variável significativa quando associada a não realização da mamografia.

A realização do exame clínico das mamas depende em grande parte do acesso à consulta médica, ou seja, uma vez que a paciente chegue ao médico, deverá ter suas mamas examinadas. Para a realização de mamografia e, de forma semelhante para a frequência à consulta ginecológica no último ano, é bastante clara a associação entre a combinação de fatores de risco e o aumento das prevalências dessas condutas⁽¹⁵⁾. Esta afirmação leva a crer que pelo fato de não terem realizado exame clínico de mama ($p < 0,01$) não se atentaram para a necessidade da mamografia. A procura espontânea por qualquer consulta médica motiva a realização do exame clínico das mamas e a solicitação da mamografia⁽²⁵⁾.

Estudos têm mostrado que a realização da mamografia é menos frequente entre mulheres com piores condições de saúde^(22,26). Trabalho desenvolvido com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 (PNAD 2003) mostrou que entre mulheres brasileiras com 50 a 59 anos e 60 a 69 não se observou associação entre realização de mamografia e o indicador comorbidade⁽²⁷⁾.

A percepção do estado de saúde regular ou ruim autorrelatada pelas mulheres avaliadas foi estatisticamente significativa com a não realização do exame de mamografia (p

< 0,01). Em pesquisa realizada com 4.621 mulheres com idades entre 60 e 106 anos, um dos fatores de risco associados a não realização de mamografia foi ter uma auto-avaliação negativa de saúde⁽²⁸⁾. Fatores associados à realização de mamografia foram descritos por outros autores, embora estudando mulheres brasileiras com faixa etária inferior (25 anos ou mais), dessa forma, a auto-avaliação do estado de saúde não se mostrou importante na prevalência da realização de mamografia ⁽²⁰⁾.

Foram identificadas algumas limitações neste estudo: os exames foram realizados nos últimos 2 anos, não sendo verificada a periodicidade e acompanhamento em determinado período de tempo. Devem ser consideradas ainda as limitações inerentes ao uso de dados obtidos por entrevistas (autorreferidos), o que pode falsear a interpretação da cobertura alcançada pelos programas de rastreamento oportunístico, além da possibilidade do viés de memória, já que foram colhidas informações sobre fatos ocorridos no passado.

Conclusão

Pôde-se evidenciar que baixa escolaridade, ocupação remunerada e hábitos como sedentarismo e tabagismo estiveram associados a não realização da mamografia preventiva. Em relação aos antecedentes e comportamentos das mulheres estudadas, a não utilização de TRH, ausência de história familiar de câncer de mama, não realização de consulta médica e ginecológica no último ano, não realização de exame de Papanicolaou e exame clínico das mamas também foram descritos para a não realização do rastreamento. Quando avaliados por regressão logística, apenas os itens relacionados ao estado de saúde razoável e ruim e a ausência de comorbidades obtiveram a mesma associação.

Apesar da discussão a respeito da eficácia da mamografia, mantida incessantemente nas últimas décadas, os programas de prevenção do câncer de mama devem estimular o início do rastreamento mamográfico em idade apropriada e promover medidas que estabeleçam taxas crescentes de adesão e repetição dos exames. Atingir e manter altas taxas de adesão que representam obediência aos intervalos de repetição entre os exames, adequadamente definidos como inferiores a 24 meses é crucial para se alcançar a redução dos índices de mortalidade verificados em nosso país. Neste contexto, este estudo revela fatores e comportamentos que podem levar a não realização da mamografia, contribuindo para aprimorar o conhecimento de profissionais da área da saúde no cuidado às mulheres, especialmente aquelas no climatério, no sentido de atuar no controle do câncer de mama.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2011.
2. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2009. *CA Cancer J Clin*. 2009;59:225-49.
3. IARC. Agência Internacional de Pesquisas com Câncer .GLOBOCAN - Cancer Incidence and Mortality Worldwide, 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer [Internet]. Atlas de mortalidade por câncer. Rio de Janeiro; 1996-2009 [accessed 27 sep 2009]. Available from: <http://mortalidade.inca.gov.br/>>
5. Tiezzi DG. Câncer de mama: um futuro desafio para o sistema de saúde nos países em desenvolvimento. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* 2010;32(6):257-9.
6. Parvinen I, Helenius H, Pylkkanen L, et al. Service screening mammography reduces breast cancer mortality among elderly women in Turku. *J Med Screen* 2006;13:34-40.
7. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [accessed 01 apr 2007]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2007>>.
8. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2008. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico – 2005 – IBOPE. [accessed 27 sep 2009]. Available from: <http://www.abep.org> – abep@abep.org
9. HALLS, S.B. Sobre a fórmula aritmética para o cálculo do peso corporal ideal. [accessed 2009 Oct 31]. Available from: www.halls.md/ideal-weight/devine.htm.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global database on body mass index. BMI classification. Washington, 2006. [accessed 24 aug 2009]. Available from: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro3.html>>.

11. Coughlin SS, Ekwueme DU. Breast cancer as a global health concern. *Cancer epidemiology*, 2009;33:315-318.
12. Duffy SW, Tabar L, Chen HH, et al. The impact of organized mammography service screening on breast carcinoma mortality in seven Swedish counties. *Cancer* 2002;95:458–69.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros assistenciais do SUS. *Diário Oficial da União*. 2002.
14. Lima-Costa MF, Matos DL. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (2003). *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007;23(7):1665-1673.
15. Sclowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Conduas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2005;39(3):340-349.
16. Jelinski SE, Maxwell CJ, Onysko J, Bancej CM. The influence of breast self-examination on subsequent mammography participation. *Am J Public Health* 2005;95(3):506-11.
17. Colditz GA, Atwood KA, Emmons K, et al. Harvard report on cancer prevention volume 4: Harvard Cancer Risk Index. *Cancer Causes and Control* 2000;11:477-88.
18. Pinho VFS, Coutinho ESF. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007;23(5):1061-1069.
19. Luo J, Margolis KL, Wactawski-Wende J, et al. Association of active and passive smoking with risk of breast cancer among postmenopausal women: a prospective cohort study. *BMJ*. 2011;342:d1016.
20. Novaes HMD, Braga PE, Schout D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD, 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4):1023-35.

21. Godinho E, Koch HA. O perfil da mulher que se submete a mamografia em Goiânia – uma contribuição à “Bases para detecção precoce do câncer de mama”. *Radiol Bras* 2002; 35:139–45.
22. Barret K, Legg J. Demographic and health factors associated with mammography utilization. *Am J Health Promot* 2005;19:401-5.
23. Barr JK, Franks AL, Lee NC, Herther P, Schachter M. Factors associated with continued participation in mammography screening. *Prev Med.* 2001;33(6):661-7.
24. Marchi AA, Gurgel MSC. Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2010;32(4):191-197.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo de Útero e Mama - Viva Mulher. Rio de Janeiro; 2005 [accessed 15 may 2007]. Available from: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140
26. Achat H, Close G, Taylor R. Who has regular mammograms? Effect of knowledge, beliefs, socioeconomic status, and health-related factors. *Prev Med.* 2005; 41:312-20.
27. Lima-Costa MF, Matos DL. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (2003). *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007; 23(7):1665-1673.
28. Novaes CO, Mattos IE. Prevalência e fatores associados a não utilização de mamografia em mulheres idosas. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25 Sup 2:310-320.

CAPÍTULO III

3.1 CONCLUSÕES

Até onde sabemos os fatores associados à realização e não realização da mamografia e de Papanicolaou são ainda pouco conhecidos no Brasil, fato este que ocasionou o delineamento da presente pesquisa, com o objetivo de analisar a prevalência e fatores associados à realização e não realização de mamografia e a realização do exame citopatológico em mulheres da cidade de Maringá, Paraná.

Dentre os fatores associados a menor prática dos exames preventivos, o estudo mostrou uma menor prática de realização de mamografia nas mulheres que relataram não possuir plano de saúde; em relação ao exame de Papanicolaou, as mulheres com escolaridade entre 9 a 11 anos de estudo realizaram menos o mesmo nos últimos três anos. Além disso, entre mulheres no período pós-menopausa, a não realização da mamografia, foi associada ao relato dos estados de saúde como razoável e ruim e também com a ausência de comorbidades. Ao considerar a proporção na realização dos exames, percebe-se que em Maringá, Paraná a triagem do câncer de mama e do colo uterino está de acordo com os valores preconizados pelo Ministério da Saúde, demonstrando um bom funcionamento das políticas públicas voltadas às questões agravantes a saúde da população feminina. Todavia deve-se manter o incentivo e a atenção no rastreamento das neoplasias supracitadas bem como o foco na diminuição dos fatores contribuintes a não realização dos exames preventivos.

3.2 PERSPECTIVAS FUTURAS

Propor estratégias para modificar o estilo de vida da população em geral, visando impacto na redução da prevalência de fatores de risco modificáveis para doenças crônicas não transmissíveis, as quais ainda são vistas como problemas emergentes de saúde pública, é determinante na redução da morbimortalidade por estas patologias.

Promover a adesão da população estimulando a realização de exames preventivos, através da atenção primária, visando detecção precoce de doenças, redução da mortalidade e suas sequelas.

Melhorar e incentivar serviços de informação pelo Sistema Público de Saúde, educando a população quanto às medidas preventivas e sensibilizando a participação em programas que visam à melhoria da saúde.

Realizar inquéritos populacionais periódicos e com intervalos regulares, visando o reconhecimento das causas e fatores de risco da população com consequente estruturação de programas de intervenções e implementação de estratégias de prevenção e promoção da saúde para melhorar o perfil das DCNTs.

ANEXOS

NORMAS PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO 1 – REVISTA PANAMERICANA DE SAÚDE PÚBLICA

1. INFORMAÇÃO GERAL

1.1 Objetivos e leitores

A Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health (RPSP / PAJPH) é um acesso aberto, peer-reviewed do jornal mensal, publicado como o carro-chefe científica e técnica publicação periódica pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), com sede em Washington, DC, Estados Unidos da América.

Sua missão é servir como um importante veículo para a divulgação de informação científica em saúde pública de importância internacional, principalmente em áreas relacionadas com a missão essencial da OPAS para fortalecer os sistemas de saúde nacionais e locais, melhorar a saúde dos povos das Américas.

Destina-se a colmatar o fosso entre os decisores políticos, investigadores, profissionais de saúde e profissionais.

1,2 cobertura Assunto

O RPSP / PAJPH publica matérias relacionadas com a saúde pública na Região das Américas que refletem principais OPAS objetivos estratégicos e as áreas programáticas: saúde e desenvolvimento humano, promoção da saúde e proteção, prevenção e controle de doenças transmissíveis e crônicas, a saúde materna e infantil, gênero e saúde da mulher, saúde mental, violência, nutrição, saúde, meio ambiente, gestão de desastres, desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, determinantes sociais da saúde e equidade na saúde.

1,3 Indexação

O RPSP / PAJPH é selecionado e indexados nas bases de dados e diretórios: Pubmed / Medline, Web of Science; social Citation Index Ciências; Journal Citation Reports / Ciências Sociais Edition; Current Contents / Ciências Sociais e do Comportamento; Scopus; SciELO Saúde Pública; LILACS; EMBASE; Saúde Global; Boletim de Doenças Tropicais; Resumos Nutrição e revisões, Série A: Humana e Experimental; resumos sobre Higiene e Doenças Transmissíveis; Revisão de Entomologia Médica e Veterinária; Diretório de Revistas de Acesso Aberto; Latindex, e Redalyc.

1.4 Conteúdo

O RPSP / PAJPH aceitará contribuições para as seguintes seções da revista: editoriais, artigos originais de pesquisa, comentários, reportagens especiais, opinião e análise, comunicações, temas atuais, e Letras. Uma descrição das características específicas para cada tipo de contribuição será descrito a seguir.

Em geral, as seguintes contribuições não serão aceitas para publicação: relatos de casos clínicos, relatos anedóticos de intervenções específicas, relatórios de um único estudo destinadas a publicação como uma série, revisões de literatura não críticas e descritivo, manuscritos com sobreposição substancial ou com apenas pequenas diferenças a partir de resultados de pesquisas anteriores, e reedições ou traduções de artigos já publicados, seja em papel ou eletronicamente. Exceções a essa regra geral será julgado e uma determinação feita numa base caso-a-caso.

1.4.1 Editoriais

Autoritárias opiniões dos especialistas, análise de relevantes temas de saúde pública, e / ou comentários sobre artigos específicos publicados anteriormente na revista. De tempos em tempos, os editoriais também podem apresentar pontos de vista oferecidos pela equipe editorial da revista própria.

Editoriais são comissionados pela Equipe Editorial e ter sempre o nome do autor e filiação institucional.

1.4.2 artigos originais de pesquisa

Originais relatórios de pesquisa sobre temas de saúde pública de interesse para a Região das Américas.

A pesquisa experimental ou de observação deve seguir o formato IMRAD (Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão). Conclusões devem ser incluídas no final da seção Discussão e pode ser identificado como um subtítulo.

1.4.3 Comentários

Revisões sistemáticas sobre relevantes questões de saúde pública, prioridades e intervenções.

Comentários preparados por especialistas na área apresentando análise crítica e autoritária também serão considerados.

Diretrizes para revisões sistemáticas e protocolos de pesquisa devem ser seguidos pelos autores e mencionado em Materiais e métodos. Consulte a seção 1.6 para obter mais informações.

Artigos de revisão geralmente são estruturados a mesma artigos originais de pesquisa e deve incluir uma seção descrevendo os métodos utilizados para selecionar, extrair e sintetizar os dados.

1.4.4 Relatórios especiais

Relatórios de pesquisa de estudos ou projetos relevantes para a Região das Américas.

1.4.5 Opinião e análise

Autoritárias papéis de opinião, reflexões e análises sobre temas de interesse no campo da saúde pública.

1.4.6 Comunicações curtas

Comunicações curtas descrevendo técnicas inovadoras e promissoras ou metodologias ou resultados preliminares de pesquisa de interesse especial para o campo da saúde pública.

1.4.7 temas atuais

Descrições das atuais iniciativas de saúde nacionais e regionais, intervenções e / ou tendências epidemiológicas relacionadas às doenças e problemas de saúde mais importantes das Américas.

1.4.8 Cartas

Cartas ao editor esclarecer, discutir, ou comentar sobre o conteúdo apresentado no RPSP / PAJPH são bem-vindas. Cartas comentando sobre tópicos específicos de saúde pública também pode ser aceite. Textos podem ser acompanhadas por referências, se aplicável.

As cartas devem ser assinadas pelo autor, especificando filiação institucional e endereço.

1,5 Língua

Somente são aceitos em três das línguas oficiais da OPAS (Inglês, Português e Espanhol). Autores são fortemente encorajados a escrever em sua língua nativa, desde que o comando inadequada de uma segunda língua pode esbater o significado do texto e está em desacordo com precisão científica.

O RPSP / PAJPH pode publicar traduções de artigos originalmente elaboradas em Francês, Português, Espanhol ou, se a tradução é fornecida pelo autor. Estas traduções também vai ser editado pelo RPSP / PAJPH e será publicado em simultâneo com o artigo original. Links para bases de dados internacionais podem direcionar os leitores para a tradução em Inglês, mas os leitores também será capaz de acessar a todas as outras versões linguísticas disponíveis.

Nomes formais das instituições, seja em textos ou nos dados de filiação do autor, não deve ser traduzido, a menos que uma tradução oficialmente aceite existe. Além disso, títulos em referências deve ser deixado em sua língua original.

1,6 Diretrizes e protocolos de pesquisa

O RPSP / PAJPH segue os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, que foi desenvolvido e é mantido pelo Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos (ICMJE), e ela está listada entre as revistas que seguem esses requisitos. Essas diretrizes, também conhecido como o "Estilo Vancouver," aplicam-se para a revista inteira, incluindo considerações éticas, tais como autoria e de contribuição, revisão por pares, os conflitos de interesse de privacidade e confidencialidade, protecção dos seres humanos e animais em pesquisa, bem como editoriais e publicação de questões como a publicidade, publicações sobrepostas, referências, e registrar ensaios clínicos.

O RPSP / PAJPH recomenda fortemente que os autores seguem os protocolos melhores pesquisas disponíveis. Protocolos de pesquisa estão descritos no Centro de Recursos EQUATOR Rede. Além disso, uma lista completa das principais diretrizes de relato investigação biomédica é mantido e publicado pela Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA. O mais utilizado no campo da saúde pública são: CONSORT (para ensaios clínicos randomizados controlados), tendência (para as avaliações não randomizados de intervenções de saúde comportamental e público), STROBE (para estudos observacionais em epidemiologia), Moose (para meta-análises de observacional estudos), QUOROM (para revisões sistemáticas e meta-análises de ensaios clínicos randomizados), bem como o manual COCHRANE (para revisões sistemáticas de intervenções).

Seguindo recomendações da OMS e ICMJE, o RPSP / PAJPH vai exigir registro de ensaios clínicos em uma julgamentos públicos de registro como uma condição de consideração para publicação. O RPSP / PAJPH não defende um registro especial, mas recomenda que os autores registrar ensaios clínicos em um dos registros certificados pela OMS e ICMJE que estão disponíveis nos Julgamentos de Clínica Internacional Plataforma de Registro. O número de registro de ensaios clínicos serão publicados no final do resumo e terá um link para o registro correspondente.

Ao relatar experimentos com seres humanos, os autores devem indicar se os procedimentos seguidos estiveram de acordo com os padrões éticos do comitê responsável por experimentação humana (institucional e nacional) e com a Declaração de Helsinki (primeira revisão de 1975 e sexta revisão de 2008) . Ao relatar experimentos com animais, os autores devem indicar se o guia institucional e nacional para o cuidado e uso de animais de laboratório.

1,7 Conflito de interesses

Autores são convidados a fornecer informações completas sobre qualquer subvenção ou subsídio para cobrir os custos de pesquisa recebidas de uma entidade comercial ou privada, organização nacional ou internacional, ou agência de fomento à pesquisa.

Os adere RPSP / PAJPH às recomendações do ICMJE para divulgação de interesses concorrentes. O Comitê pede autores para divulgar quatro tipos de informações: associações com entidades comerciais que deram suporte para o trabalho relatado no manuscrito submetido, associações com entidades comerciais que possam ter interesse no manuscrito submetido, associações financeiras envolvendo família, e outros não financeiro relevante associações. As informações fornecidas por essas divulgações ajuda o leitor a compreender melhor a relação entre os autores e várias entidades comerciais que possam ter interesse na informação relatada no artigo publicado.

1.8 Copyright

O RPSP / PAJPH aprova os princípios do modelo de acesso aberto para maximizar o acesso e benefícios para os cientistas, estudiosos e ao público em geral em todo o mundo. Por isso, a Organização Pan-Americana da Saúde (como detentor dos direitos autorais) e os autores concordam em conceder a todos os utilizadores um livre, à direita, em todo o mundo perpétuo de acesso para copiar, usar, distribuir, transmitir e exibir o trabalho publicamente, em

qualquer digitais médio, para qualquer propósito responsável, desde que correcta atribuição da autoria é feita.

O RPSP / PAJPH irá depositar uma versão completa do manuscrito aceito em formato eletrônico no SciELO de Saúde Pública, que irá permitir o acesso livre, a distribuição irrestrita, interoperabilidade e arquivamento de longo prazo de todas as edições publicadas.

Como condição para a publicação, o RPSP / PAJPH requer autores para fornecer informações indicando que o texto, ou um similar, não foi publicado anteriormente em formato impresso ou eletrônico, e que o manuscrito não será submetido a outra revista até o RPSP / PAJPH tomar uma decisão sobre a sua publicação. Qualquer instância de publicação prévia possível em qualquer forma deve ser divulgado no momento em que o manuscrito é submetido e uma cópia ou link para a publicação deve ser fornecido. Autores que apresentam também deverá concordar que, se o manuscrito for aceito para publicação no RPSP / PAJPH, o autor será realizada pela OPAS.

Os autores são os únicos responsáveis pela obtenção da permissão para reproduzir qualquer material protegido por direitos autorais contidas no manuscrito apresentada. O manuscrito deve ser acompanhado de uma carta original explicitamente conceder tal autorização em cada caso. A letra (s) deve especificar o quadro exacto (s), valor (es), ou texto sendo citados e como ele / eles está / estão a ser utilizados, em conjunto com a referência bibliográfica completa para a fonte original.

No caso de artigos contendo traduções do material citado, um link ou cópia do texto na língua original deve ser claramente identificados e incluídos como parte da submissão do manuscrito.

1,9 processo de revisão

Todos os manuscritos submetidos a seleção através de um processo formal de avaliação pelos pares. Depois de determinar a existência ou não manuscritos recebidos reunir os requisitos gerais para a apresentação e cumprimento do escopo temático do RPSP / PAJPH, os manuscritos são enviados aos Editores Associados da revista para a revisão.

Os Editores Associados apreciar o mérito científico do texto e da relevância de sua publicação, e, se for o caso, ele será enviado para avaliação dos pareceristas para pelo menos três revisores diferentes. Após a recepção de todas as análises solicitadas, os Editores Associados irá preparar uma recomendação ao Editor-Chefe para: (a) rejeitar o manuscrito, (b) condicionalmente aceitar o manuscrito (com revisões menores ou maiores), ou (c) aceitar o manuscrito.

No caso de uma aceitação condicional, os autores serão obrigados a devolver o revisado com uma explicação detalhada das mudanças que foram incorporadas para atender às preocupações e recomendações emanadas do processo de revisão por pares, ou, alternativamente, apresentar uma justificação detalhada das razões para discordar com as observações feitas. O manuscrito é novamente revistos pelos Editores Associados, bem como por revisores, em alguns casos, o texto pode sofrer comentários como muitos como pode ser necessário para garantir que os autores deram uma resposta adequada a todas as questões levantadas pelos revisores.

A decisão final sobre a aceitação de manuscritos é feita pelo Editor-Chefe.

Todas as decisões são comunicadas por escrito ao autor correspondente (s). Autores que não concordam com a decisão editorial tem o direito de recorrer, apresentando uma justificativa detalhada por escrito das razões pelas quais eles acreditam que o manuscrito deveria ter sido aceita. Reuniões editoriais para discutir questões específicas do manuscrito estão programadas periodicamente.

O tempo necessário para processar um manuscrito varia dependendo da complexidade do assunto e da disponibilidade de revisores apropriados.

Os trabalhos aceitos são submetidos à revisão editorial e pode ser alterado, se necessário. Consulte a seção 2.16, "Edição do manuscrito" para obter informações adicionais.

1,10 Divulgação

O RPSP / PAJPH é publicado em formato eletrônico e está disponível no SciELO de Saúde Pública e também no portal diário do site da OPAS.

Os usuários podem se registrar no portal da revista para receber a tabela de conteúdo e comunicados de imprensa de artigos publicados, e também na SciELO para ter acesso a outras ferramentas personalizadas. Estes incluem a definição de perfis para receber alertas novo artigo, o acompanhamento do uso e estatísticas de citações para os seus próprios artigos, ea criação de uma biblioteca SciELO personalizada de artigos selecionados.

Os artigos serão publicados online imediatamente após a edição final (antes da impressão), e ligações em bancos de dados vão diretamente para versões integrais de todos os artigos publicados.

2 ORIENTAÇÕES PARA APRESENTAÇÃO MANUSCRITO

2,1 critérios gerais para a aceitação do manuscrito

A selecção do material para publicação no RPSP / PAJPH baseia-se nos seguintes critérios:

- adequação para escopo temático da revista;
- solidez científica, originalidade, moeda e oportunidade da informação;
- aplicabilidade para além do seu lugar de origem e em toda a Região das Américas;
- conformidade com as normas de ética médica que regem a experimentação com seres humanos e animais;
- conformidade com os protocolos de comunicação específicos de pesquisa;
- coerência do projeto de pesquisa e metodologia;
- a necessidade de encontrar um equilíbrio na cobertura da actualidade e geográfica.

Os trabalhos devem obedecer às especificações descritas nestas instruções e orientações a fim de ser aceite. Os autores devem ler atentamente todas as seções e completar a lista disponível no sistema de inscrição online. Os manuscritos que não seguem o formato padrão de RPSP / PAJPH serão imediatamente devolvidos aos autores. A revista também pode se recusar a

publicar qualquer manuscrito cujos autores não conseguem responder a questões editoriais de forma satisfatória.

Aceitação final ou a rejeição de um manuscrito é decidido pelo Editor-Chefe, com base nas recomendações resultantes do processo de revisão por pares descrito na seção 1.9.

Somente são aceitos com o entendimento de que não foram apresentados em outros lugares para a publicação, em parte ou no todo, e que no futuro eles não serão publicados ou apresentados em outros lugares sem autorização expressa da OPAS como o detentor dos direitos autorais.

Qualquer instância de publicação prévia possível em formato impresso ou eletrônico (por exemplo, a Internet), no mesmo ou em outro idioma ou forma, deve ser divulgado no momento em que o manuscrito é submetido, e os autores devem apresentar uma cópia do texto publicado .

Autores sustentam exclusiva responsabilidade pelas opiniões expressas em seus textos, que podem não refletem necessariamente a opinião ou a política do RPSP / PAJPH. A menção de empresas específicas ou produtos comerciais não implica que eles sejam aprovados ou recomendados em preferência a outros de natureza semelhante.

2.2 Especificações Manuscrito

Manuscritos devem ser preparados utilizando o Microsoft Word ou o software Office semelhante Open, em espaço duplo, coluna única, usando 12-pt.caracteres em Times New Roman ou Arial roteiro.

Para figuras e tabelas, Excel, Power Point, ou outro software gráfico deve ser usado. As figuras podem ser coloridas ou em preto e branco.

Uma vez que os artigos são aceitos para publicação, os autores podem ser solicitados a enviar figuras e tabelas em um formato mais claro e legível.

2,3 Comprimento e forma

O formato geral para as seções RPSP / PAJPH 's diferentes, é como segue:

Palavras seção * Quadros referências, figuras

Editoriais 1000 até 5, se houver nenhum originais artigos de pesquisa 3500 Até 35 Até 5

Comentários 3.500 Até 50 Até 5

Especiais 3500 Até 35 Até 5

comunicações breves 2500 até 10 1 -2

Opinião e análise de 2500 até 20 1-2

temas atuais 2.000 Até 20 1-2

Cartas 800 até 5, se houver nenhum

* Resumo excluindo, tabelas, figuras e referências.

As exceções a essas normas serão analisados numa base caso-a-caso.

2,4 Título

O título do manuscrito deve ser clara, precisa e concisa e incluem todas as informações necessárias para identificar o escopo do artigo. Um bom título é o primeiro ponto de entrada para o conteúdo do artigo e facilita a sua recuperação em bases de dados e motores de busca.

Se possível, os títulos não deve exceder 15 palavras. Palavras ambíguas, jargões e abreviaturas devem ser evitadas. Títulos separados por pontos ou dividido em partes também devem ser evitados.

2,5 Autores

Ao submeter um manuscrito, todos os autores devem registrar o nome completo, filiação institucional, cidade e país, e informações de contato. Esta informação será omitida durante a revisão por pares, a fim de manter a confidencialidade dos autores. Autores correspondentes devem enviar um postal completo e endereço de email e número de telefone para facilitar o contato durante o processo de revisão. Apenas a filiação e endereço de e-mail do autor correspondente será publicado.

Nomes das instituições não deve ser traduzido, a menos que uma tradução oficial existe.

Apenas aqueles que participaram diretamente na pesquisa ou elaboração do artigo, e são, portanto, em posição de assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo, podem ser listadas como autores. Inclusão de outras pessoas como autores, por amizade, reconhecimento, motivação ou não científico, é uma violação de ética em pesquisa.

De acordo com Requisitos Uniformes do ICMJE para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas ", crédito de autoria deve ser baseado em 1) contribuições substanciais para a concepção e design, aquisição de dados, ou análise e interpretação dos dados; 2) redação do artigo ou revisão crítica para conteúdo intelectual, e 3) aprovação final da versão a ser publicada ".Os autores devem declarar na carta a contribuição de cada autor.

Quando um grupo multicêntrico grande, tem realizado o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que assumem responsabilidade direta pelo manuscrito.

Por favor, consulte a seção de Autoria e Contributorship de Requisitos Uniformes do ICMJE para obter informações adicionais.

Resumo 2,6

O resumo é o segundo ponto de entrada para um artigo e deve permitir aos leitores para determinar a relevância do artigo e decidir se quer ou não estão interessados em ler o texto inteiro. Palavras abstratas são normalmente incluídos em índices de texto Word e pode facilitar a recuperação em bases de dados e motores de busca.

Artigos originais de pesquisa ou revisões sistemáticas devem ser acompanhados de um resumo estruturado de aproximadamente 300 palavras, divididas nas seguintes seções: (a) Objetivos, (b) Métodos, (c) Resultados e (d) Conclusões. Outros tipos de contribuições devem ser acompanhados de um resumo informativo de aproximadamente 250 palavras.

O resumo não deve incluir qualquer informação ou conclusões que não aparecem no texto principal. Ele deve ser escrito na terceira pessoa e não deve conter notas de rodapé, as abreviaturas desconhecidos, ou citações bibliográficas.

2,7 Palavras-chave

Palavras-chave representam os principais temas discutidos nos artigos e pode ser identificado pelos autores ou pela Equipe Editorial da RPSP / PAJPH.

Palavras-chave são extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), que inclui a tradução para Português e Espanhol do MeSH (Medical Subject Headings), produzido pela Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA, com a adição de categorias temáticas novas para a Saúde Pública, Saúde vigilância, Homeopatia e Pesquisa em Saúde.

2,8 Corpo do artigo

Artigos originais de pesquisa e revisões sistemáticas são normalmente organizados de acordo com o formato IMRAD (Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão). Os Resultados e Discussão podem exigir subtítulos. Conclusões devem ser incluídas no final da sessão de Discussão e pode ser identificado como um subtítulo.

Outros tipos de contribuições não têm uma estrutura pré-definida e pode usar outras subdivisões, dependendo de seu conteúdo.

Comunicações breves seguir a mesma seqüência de artigos originais, mas geralmente omitem títulos subdivisão.

2,9 Notas de Rodapé

As notas de rodapé são esclarecimentos ou explicações marginais que interrompem o fluxo natural do texto. Eles são numerados consecutivamente e aparecer no final do artigo, na versão electrónica e em um tamanho menor, na parte inferior da página na qual são citadas no formato pdf.

O seu uso deve ser mantido a um mínimo. Links ou referências a documentos citados devem ser incluídos na lista de referências.

2,10 Referências bibliográficas

Citações são essenciais para identificar as fontes originais de conceitos, métodos e técnicas referidos no texto e que vêm de uma pesquisa anterior, estudos, experiências e, apoiar fatos e opiniões indicadas pelo autor, e para fornecer ao leitor com a bibliográfica informações necessárias para consultar as fontes primárias.

As referências devem ser relevante e atual.

O RPSP / PAJPH segue as Normas ICMJE para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas estilo para referências (mais conhecido como "Estilo Vancouver"), que é baseada em um estilo americano National Standards Institute adaptado pela Biblioteca Nacional de

Medicina dos EUA para suas bases de dados . Formatos recomendados para uma variedade de tipos de documentos e exemplos estão disponíveis na publicação Medicina Citando: o Guia de Estilo NLM para autores, editores e editores, 2^a Edição, produzido pela Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA.

As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto, e identificadas por algarismos arábicos entre parênteses no texto, tabelas e legendas. Exemplos:

"Verificou-se (3, 4) que ..."

ou:

"Vários autores (1-5) disseram que ..."

As referências citadas apenas em lenda de tabela ou figura devem ser numeradas de acordo com a seqüência estabelecida pela primeira identificação no texto de funcionamento da tabela ou figura.

Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no banco de dados Periódicos, criado e mantido pela Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA.

A lista de referências devem ser numeradas consecutivamente e devem começar em uma folha separada, colocada no final do manuscrito.

2,11 Tabelas

Tabelas apresentam informações numéricas, geralmente-, numa disposição ordenada e sistemática dos valores em linhas e colunas. A apresentação deve ser fácil para o leitor entender. Os dados devem ser auto-explicativas e devem complementar, e não duplicar, as informações contidas no texto. Tabelas com muita informação estatística são confusas e difíceis de entender. Tabelas não deve ser usado quando os dados pode ser descrito em poucas linhas de texto.

As tabelas devem ser inseridas no texto para permitir a edição e não como objetos extraídos de outros arquivos.

Cada tabela deve ter um título breve, mas completa, incluindo local, data e fonte da informação. Os chefes de coluna deve ser tão breve quanto possível e indicar a unidade de medida ou a base relativa (percentual, taxa do índice), se houver.

Se falta informação porque não foram realizadas observações, esta deve ser indicada por reticências (...). Se os dados não se aplicam, a célula deve ser marcado "NA" (não aplicável). Se um ou ambos estes dispositivos são utilizados, o seu significado devem ser indicados com uma nota de rodapé à tabela.

Regras verticais (linhas) não deve ser utilizado em tabelas. Deve haver apenas três completos regras horizontais: uma com o título, a segunda sob as cabeças das colunas, e um terceiro no final da tabela, acima de quaisquer notas de rodapé.

Notas de rodapé de uma tabela deve ser indicado com sobrescrito letras minúsculas, em ordem alfabética, desta maneira: A, B, C, etc. As letras sobrescritos no corpo da tabela deve estar em seqüência de cima para baixo e da esquerda para a direita.

Os autores devem se esqueça de incluir call-outs para todas as tabelas no texto.

Tabelas ou dados de outra fonte publicados ou não deve ser reconhecido e os autores devem obter autorização prévia para incluí-los no manuscrito. Consulte "Copyright" seção 1.8 para mais detalhes.

2,12 Figuras

Os números incluem gráficos, diagramas, desenhos, mapas e fotografias. Eles devem ser usados para destacar tendências e comparações para ilustrar de forma clara e exatamente. As figuras devem ser de fácil compreensão e deve adicionar informações, não repetir o que foi dito anteriormente no texto ou as tabelas. As legendas devem ser tão breve quanto possível, mas completo e incluir lugar, data e fonte da informação.

As figuras devem ser enviadas em um arquivo separado, em seu formato original, seguindo os padrões dos programas de software mais comuns (Excel, Power Point, ou Open Office), ou em um arquivo EPS (Encapsulated postscript).

A lenda de um gráfico ou mapa deve ser incluído como parte da própria figura, se houver espaço suficiente. Se não, devem ser incluídas no título da figura. Mapas e diagramas devem ter uma escala em unidades SI (ver "As unidades de medida" seção 2.14).

Se o valor é retirado de outra publicação, a fonte deve ser identificada e permissão para reproduzi-lo deve ser obtido por escrito do detentor dos direitos autorais da publicação original. Consulte "Direitos autorais" seção 1.8 para obter mais informações.

Abreviaturas 2,13

A primeira vez que uma abreviatura ou sigla é mencionada no texto, o termo deve ser dada, seguida pela abreviatura ou sigla entre parênteses, como com: Programa Alargado de Vacinação (PAV). Tanto quanto possível, as abreviaturas devem ser evitadas.

Em geral, as abreviaturas devem reflectir a forma expandida na mesma língua que a do manuscrito. Exceções a essa regra são abreviações conhecidas internacionalmente em outro idioma (por exemplo, CELADE, ILPES, ISO).

2,14 unidades de medida

Os autores devem utilizar o Sistema Internacional de Unidades (SI), organizado pelo Comitê Internacional de Pesos e Medidas (Bureau International des mesures Pesos e). A brochura está disponível em Inglês: http://www.bipm.org/utis/common/pdf/si_brochure_8_en.pdf.

O sistema baseia-se no sistema métrico. Abreviaturas das unidades não são plural (por exemplo, usar 5 km, não 5 kms), nem são seguidos por um ponto (10 mL não escrever, 10 ml.), Exceto no final de uma frase. Os números devem ser agrupadas em conjuntos de três

para a esquerda e para a direita do ponto decimal, com cada conjunto separado por um espaço em branco.

Estilo correto: 12 500 350 (doze milhões 500350) 1 900,05 (1905/100)

Estilo incorreta: 12,500.350 / 1.900,05 / 1,900.05

2,15 submeter o manuscrito

Os trabalhos deverão ser submetidos através Manuscript Central (ScholarOne, Inc.), que é a submissão do manuscrito em linha e sistema de revisão empregados atualmente pela RPSP / PAJPH. O sistema pode ser acessado através do portal de revista ou diretamente no Manuscrito Central.

Os autores que têm dificuldade em utilizar o sistema de submissão on-line deve enviar uma mensagem para a revista usando o contato de e-mail disponível no portal do jornal.

Os autores serão notificados por e-mail que o manuscrito foi recebido. Os autores podem ver o status de seus manuscritos, a qualquer momento, inserindo Manuscript Central do "Centro de Autor".

Os originais devem ser acompanhados de uma carta de apresentação, que deve incluir as informações sobre todos os relatórios anteriores e submissões, possíveis conflitos de interesse, a permissão para reproduzir material previamente publicado e qualquer informação adicional que possa ser útil para os editores associados e do editor-em- Chefe. Autores também deve declarar na carta que o manuscrito foi lido e aprovado por todos os autores, e indicam a contribuição de cada autor (ver secção 2.5).

2,16 Edição do manuscrito

Somente são aceitos com o entendimento de que o editor reserva-se o direito de fazer revisões necessárias para a consistência, clareza, e de conformidade com o estilo do RPSP / PAJPH.

Os manuscritos aceitos para publicação será editada e enviada ao autor correspondente para responder às consultas editores e aprovar quaisquer revisões. Se durante esta fase, o autor não responder satisfatoriamente às consultas editores, a revista reserva-se o direito de não publicar o manuscrito. Para evitar atraso na publicação da correspondente emissão, os autores são instados a devolver o manuscrito editado, com a sua aprovação, até a data indicada na mensagem que o acompanha.

Após a revisão pelos pares e revisões do autor, se for o caso, os artigos serão submetidos a um processo editorial que pode incluir, conforme necessário, a condensação do texto ea supressão ou adição de tabelas, figuras ou anexos.

A versão editada será enviada ao autor para respostas a todas as perguntas adicionais dos editores.

A versão final será enviada ao autor correspondente para aprovação antes de publicar na web. Os artigos serão publicados em formatos html e pdf.

3 RECURSOS ÚTEIS

Dia RA, Gastel B. Como escrever e publicar um artigo científico. 6th ed. Westport: Greenwood Press, 2006.

Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N, Grupo Trend. Melhorar a qualidade relatórios de avaliações não randomizados de intervenções de saúde pública e de comportamento: a declaração TREND. *Jornal Americano de Saúde Pública* 2004; 94 (3) :361-6.

Greenhalg, Trisha. Como ler um artigo: os fundamentos da medicina baseada em evidências. 3rd ed. Oxford: Livros BMJ; 2006.

Halstead, Donald. Desafio do escritor: a credibilidade, o argumento, e estrutura por escrito da saúde pública. Harvard School of Public Health. Disponível em: http://www.hsph.harvard.edu/student-life/orientation/files/Halstead_Writers_Challenge.pdf

Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a periódicos biomédicos: escrevendo e editando para publicações biomédicas. Disponível em: www.icmje.org

JAMA e Revistas Archives. American Medical Association manual de estilo: um guia para autores e editores. 10 ed. Oxford: Oxford University Press; 2009. Moher D, Schulz KF, Altman DG. A declaração CONSORT: recomendações revistas para melhorar a qualidade dos relatórios de grupo paralelo estudos randomizados. *Lancet* 2001; 357:1191-4.

Patrias, K. Citando medicina: o guia de estilo NLM para autores, editores e publishers [Internet]. 2 ed. Wendling, DL, editor técnico. Bethesda (MD): National Library of Medicine (EUA), 2007 [atualizado 2009 Jan 14]. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>

Riegelman RK. Estudando um estudo e teste de um teste: como ler a evidência médica. 5ª ed. Baltimore: Lippincott: Williams and Wilkins, 2004.

Estilo Manual da Comissão, o Conselho de Editores Científicos. Estilo científico e formato: o manual CSE para autores, editores e editoras. 7th ed. Reston: CSE; 2006.

von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. O Fortalecimento do Relatório de Estudos observacionais em Epidemiologia declaração (STROBE): diretrizes para relatar estudos observacionais. *Epidemiologia*. 2007, 18 (6) :800-4.

Organização Mundial de Saúde. Plataforma de Registo Internacional de Ensaios Clínicos (ICTRP). Disponível em: <http://www.who.int/ictrp/search/en/>

Organização Mundial de Saúde. O SI para as profissões de saúde: elaborado a pedido da Assembleia Mundial de Saúde trigésimo. Genebra: OMS; 1977.

Associação Médica Mundial. Declaração de Helsinki: princípios éticos para pesquisa médica envolvendo seres humanos. *JAMA*. 2000; 284:3043-5.

NORMAS PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO 2 – REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP (REEUSP)

- **Artigo original:** trabalho de pesquisa com resultados inéditos que agreguem valor aos Ciências de Enfermagem. Limitado a 15 páginas. Sua estrutura deve conter:
 - **Introdução:** deve ser curta, definir o problema de pesquisa, destacando sua importância e lacunas de conhecimento.
 - **Métodos:** os métodos utilizados, os critérios de população de estudo, fonte de dados e seleção deve ser descrito objetivamente e completamente. Incluir o Conselho de Revisão Institucional número de protocolo de aprovação e informar que a pesquisa foi realizada em conformidade com os requisitos éticos.
 - **Resultados:** devem ser apresentados de forma clara e objetiva, descrevendo apenas os dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Esta seção pode ser mais fácil de entender se acompanhados por tabelas, gráficos e imagens. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito nas ilustrações.
 - **Discussão:** deve limitar-se aos dados obtidos e os resultados alcançados, enfatizando os aspectos novos e importantes observadas na pesquisa e discutindo com os acordos e as diferenças de estudos publicados anteriormente.
 - **Conclusão:** deve corresponder aos objetivos ou hipóteses, com base nos resultados e discussão, em linha com o título proposta, e método.

Formato e preparação de manuscritos

Os manuscritos devem respeitar as regras de ortografia oficial. A4 formato papel, forro 1,5 cm, fonte Times New Roman 12 e 2,5 cm de margem em todos os lados.

Página de identificação: deve conter o título do artigo (máximo de 16 palavras) em Português, Inglês e Espanhol, sem abreviaturas e siglas: nome (s) autor (es), indicando sua função, filiação, graus e títulos profissionais, endereço (cidade, estado e país) para fins de correspondência, incluindo e-mail, de preferência institucional, e telefone, em notas de rodapé. Se o papel é baseado em uma dissertação ou tese, indicar o título, instituição e ano de defesa.

- **Citações** - o sistema numérico devem ser usados para identificar os autores citados, de acordo com sua ordem de citação no texto. Os números que identificam os autores devem ser superscribed e entre parênteses. Se seqüencial, o primeiro eo último deve ser indicado, separados por um hífen, por exemplo: ⁽¹⁻⁴⁾, quando intercaladas, os números deverão ser separadas por uma vírgula, por exemplo: ^(2,6,8).
- **Notas de rodapé** - devem ser indicados por um asterisco, a partir de cada página e mantidas a um mínimo.
- **Demonstrações** - frases ou parágrafos dos sujeitos da pesquisa disseram precisa

seguir a mesma regra que em termos de citações entre aspas e recuo (4cm para além das margens), mas em itálico. Identificações estão codificadas de acordo com o autor, entre parênteses.

- **Ilustrações** - tabelas, gráficos e figuras devem ser acompanhadas de um título curto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem mencionada no texto e limitado a um máximo de 5. Com exceção de tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser chamados **números**. As tabelas devem incluir apenas os dados fundamentais, evitando tabelas muito longas, não usando linhas de grade horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas como notas de rodapé a tabelas, em vez de na nota introdutória ou título. Quando a tabela ou figura é extraído de outra publicação, a fonte original deve ser mencionado.
- **Figuras** (fotos, desenhos, gráficos, etc) - será publicado apenas em preto e branco, sem identificação dos sujeitos, a não ser que acompanhadas de permissão escrita de divulgação científica. As figuras não devem repetir dados já escritos em tabelas.
- **Apêndices e anexos** - devem ser evitados.
- **Agradecimentos** - contribuições de pessoas que intelectualmente contribuíram para o estudo por meio de assessoria científica, revisão crítica, coleta de dados, entre outros, sem qualificação para autoria, devem ser incluídos em "Agradecimentos", no final do manuscrito, desde que tenham dado o seu permissão formal. Instituições que prestam assistência, apoio técnico e outras formas de ajuda também pode ser mencionado.
- **Errata:** após o manuscrito foi publicado, se os autores identificam a necessidade de errata, estes devem ser imediatamente transmitidas ao Secretário da Revista por e-mail.

Resumo: devem ser apresentados em Português (resumo), Inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), conter até 150 palavras (máximo 900 caracteres), expressando o objetivo de pesquisa, método, resultados e conclusões.

Descritores: entre três e seis descritores devem ser indicados para identificar o tópico manuscrito, seguindo o idioma do resumo: Português (Descriptors), Inglês (Descriptors) e Espanhol (Descriptores), tirada do DeCS vocabulário (Descriptors los Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME e / ou (MeSH) Medical Subject Headings, elaborado pela NLM (National Library of Medicine).

Referências: Referências de documentos impressos e eletrônicos devem ser padronizados de acordo com o estilo "Vancouver", elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos (ICMJE), atualizada em 2009, disponível em (<http://www.icmje.org>). Títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com a lista de revistas indexadas em MEDLINE (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). O número de referências não deve exceder 22. Publicações apenas estritamente relevantes para o problema de pesquisa deve ser incluída, evitando um número excessivo de referências na mesma citação. A lista no fim do manuscrito devem ser numeradas consecutivamente e os autores devem ser mencionados em sua ordem de aparição no texto.

Os autores são totalmente responsáveis pela exatidão das referências.

Artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP devem preferencialmente ser citado em Inglês, **na versão online**, a partir de 2009.

Modelos de referências

REVISTAS

Artigo padrão

Allen G. Evidência para a prática. AORN J. 2010; 92 (2) :236-41.

Artigo com mais de seis autores

MacNeela P, G Clinton, Place C, Scott A, P Treacy, Hyde A, et al. De atenção psicossocial em enfermagem de saúde mental: a pensar em voz alta estudar. J Adv Nurs. 2010; 66 (6) :1297-307.

O artigo com o autor organizacional

Diabetes Prevention Program Research Group. Hipertensão, insulina e pró-insulina em participantes com tolerância reduzida à glucose. Hipertensão. 2002; 40 (5) :679-86.

Artigo com mais de um autor organizacional

American Dietetic Association; Nutricionistas do Canadá. Posição da American Dietetic Association e Nutricionistas do Canadá: nutrição e saúde da mulher. J Am Diet Assoc. 2004; 104 (6) :984-1001.

Artigo de autoria privada e organizacional

Pomar TJ, Temprosa M, Goldberg R, S Haffner, Ratner R, S Marcovina; Diabetes Prevention Program Research Group. O efeito da metformina e intervenção estilo de vida intensivo sobre a síndrome metabólica: o Programa de Prevenção de Diabetes julgamento randomizado. Ann Intern Med. 2005; 142 (8) :611-9.

Artigo com o nome do autor, incluindo a designação da família

Casacos DK, Stager DR Sr, Beauchamp GR, Stager DR Jr, Mazow ML, Paysse EA, Razões Felius J. para o atraso de intervenção cirúrgica em estrabismo adulto. Arch Ophthalmol. 2005; 123 (4) :497-9.

Santos ECM, França Junior I, Lopes F. Qualidade de Vida de Pessoas Vivendo com HIV / AIDS los São Paulo. Rev Saúde Pública. 2007; 41 Supl.2 :64-71.

Artigo sem autoria

Exercício do assoalho pélvico pode reduzir a incontinência de esforço. Notícias de saúde. 2005, 11 (4): 11.

O artigo publicado no volume com suplemento

Travassos C, Martins M. Uma Revisão sobre OS Conceitos de Acesso e utilização de Serviços de Saúde. Cad. Saúde Pública. 2004, 20 Supl 2: S190-8.

Artigo publicado na edição com suplemento

Crawford M, Mullan J, Vanderveen T. Tecnologia e administração de medicamentos segura. Nurs J Infus. 2005; 28 (2 Suppl) :37-41.

Artigo publicado em parte de um volume

Abend SM, Kulish N. O método psicanalítico de um ponto de vista epistemológico. Int J Psychoanal. 2002; 83 Pt 2:491-5.

Artigo publicado em parte de um problema

Rilling WS, Drooz gestão A. Multidisciplinar de carcinoma hepatocelular. J Vasc Interv Radiol. 2002; 13 (9 Pt 2): S259-63.

Artigo publicado na edição sem indicação de volume

Ribeiro LS. Uma Visão sobre o Tratamento dos doentes mentais não Sistema Público de Saúde. Rev USP. 1999, (43) :55-9.

Artigo publicado em edição especial

Silva MS, Kimura M, Stelmach R, Santos VLCCG. Qualidade de Vida e Bem Estar Espiritual los Pacientes com Doença pulmonar obstrutiva chronic. Rev Esc Enferm USP; 2009; 43 (n.esp) :1187-92.

Artigo sem problema e indicação de volume

Outreach: trazer indivíduos HIV-positivos em atendimento. Careaction HRSA. 2002 Jun :1-6.

Artigo com números de página em algarismos romanos

Chadwick R, Schüklenk U. A política de consenso ético encontrar. Bioética. 2002, 16 (2): iii-v.

Artigo com errata publicada

Cepas Altizer L. e entorses. Nurs Orthop. 2003; 22 (6) :404-11. Errata em: Nurs Orthop. 004, 23 (1): 38.

Artigo com publicação electrónica, antes da impressão

Wangensteen S, Johansson é, Björkström ME, Nordstrom G. disposições pensamento crítico

entre os enfermeiros recém formados. Nurs J ADV. 2010 01 de abril. [Epub ahead of print]

Artigo na imprensa

Botene DZA, Pedro ENR. Implicações fazer terapia antirretroviral da OSU não MoDo de Viver de children com AIDS. Rev Esc Enferm USP. 2011, 45 (1). No prelo

Artigo com DOI

Eduardo LP, Egry EY. Estatuto da Criança e do Adolescente: a Visão dos Trabalhadores sobre SUA Prática. Rev Esc Enferm USP. 2010, 44 (1) :18-24. DOI: 10.1590/S0080-62342010000100003.

Livros e outras monografias

Livro padrão com o autor privado

Marquis BL, Huston CJ. Administração e Liderança los Enfermagem: Teoria e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Eyre HJ, Lange DP, LB Morris. Decisões informadas: o livro completo de diagnóstico de câncer, tratamento e recuperação. 2 ed. Atlanta: American Cancer Society, c2005.

Livro editado por organizador, editor coordenador,

Kurcgant P, Coordenadora. Gerenciamento los Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Livro editado por uma instituição

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST / AIDS. A POLÍTICA fazer Ministério da Saúde Pará Um integrante Assistência a Usuarios de Álcool e outras Drogas. Brasília, 2003.

Capítulo de livro com mesmo autor como livro

Moreira A, Oguisso T. profissionalização da Enfermagem Brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Gênese da profissionalização da Enfermagem, p. 23-31.

Capítulo de livro com o colaborador como autor

Kimura M, Ferreira Kasl. Avaliação da Qualidade de Vida em indivíduos com dor. Em: Chaves LD, Leão ER, Editoras. Dor: 5 vital Sinal: Reflexões e intervenções de Enfermagem. Curitiba: Ed. Maio; 2004. p.59-73.

Teses e dissertações (papéis decorrentes deste tipo de publicação deve ser citada)

Silveira CT. A Assistência da Equipe de Enfermagem nenhum posicionamento Cirúrgico do

Paciente Durante o intra-operatório PERÍODO [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008

Soares AVN. Carga de Trabalho sem Sistema de Alojamento Conjunto [TESE doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009.

Guirado M. Uma Análise Institucional Discurso Como fazer Analítica da subjetividade [TESE Livre-docência]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2009.

Documentos legais (adaptado)

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 de junho 1986. Seção 1, p.1.

São Paulo (Estado). Lei n. 10,241, de 17 de Março de 1999. Dispõe sobre OS DIREITOS DOS USUÁRIOS dos Serviços e das Ações de Saúde e não Estado dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 de março 1999. Seção 1, p. 1.

Brasil. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

Dicionários e obras de referência semelhantes

Souza LCA, editor. Dicionário de Administração de Medicamentos nd Enfermagem 2005/2006: AME. 4 ed. Rio de Janeiro: EPUB, 2004. Metadona, p. 556-7.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

Artigo de revista na Internet

Miranda L, Onocko-Campos RT. Análise das Equipes de Referência em Saúde mental: UMA Perspectiva de Gestão da clínica. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2010 [citado 2010 julho 15]; 26 (6) :1153-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/09.pdf>

Jornal artigo na Internet com DOI

Leonello VM, Oliveira MAC. Integralidade fazer Cuidado à Saúde Como Competência

Educativa fazer Enfermeiro. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [citado 2010 julho 10];

63 (3) :366-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3pdf> DOI 10.1590/S0034-71672010000300003 .

Livro totalmente disponível na Internet

Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS. [Internet] Harrison online. 16^a ed. Columbus (OH): McGraw-Hill, c2006 [citado 2006 Nov 20]. Disponível em: <http://www.accessmedicine.com/resourceTOC.aspx?resourceID=4>

Capítulo de livro na internet

Loizzo F, Menthonnex E, Menthonnex P, Filipack VA. A regulação das saídas das Unidades Móveis de Cuidados intensivos nd França (Smur) e no Brasil (UTIM). In: Martinez-Almoyna M, Nitschke CAS, organizadores. Manual de Regulação Médica dos Serviços de Atendimento Médico de Urgência: SAMU [Internet]. Florianópolis; c1999 [citado 2008 novembro 7]. Disponível em: [neu.saude.sc.gov.br / arquivos / manual_de_regulacao_medica_de_urgencia.pdf](http://neu.saude.sc.gov.br/arquivos/manual_de_regulacao_medica_de_urgencia.pdf)

Teses e dissertações

Baraldi S. Supervisão, flexibilização e desregulamentação não Mercado de Trabalho: Antigos Modos de Controle, Novas incertezas nn Vínculos de Trabalho da Enfermagem [Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005 [citado 2006 set. 29]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-20062006-144209/>

Documentos legais (adaptado)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 27 de janeiro de 2007. Regulamenta o Financiamento ea transferencia dos Recursos Federais do Pará como Ações e Serviços de Saúde OS, Na forma de blocos de Financiamento, com o Respectivo monitoramento e Controle [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2009 março 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html

Para outros exemplos, os autores devem consultar o documento Medicina Citando NLM, que NLM adaptado para todos os seus bancos de dados e que atualmente está atualizado de acordo com os requisitos uniformes.

Observação : Citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso para os leitores devem ser evitados, cuja divulgação tende a ser restrito a uma instituição ou evento. Da mesma forma, as informações citadas no texto que é tomada a partir de documentos eletrônicos não permanentemente disponíveis em sites não devem ser incluídos na lista de referência.

