

Universidade Católica de Santos
Mestrado em Saúde Coletiva

**A realização do exame de mamografia em mulheres de idades preconizadas
residentes no Município de Praia Grande, São Paulo.**

Katucha Rocha de Almeida

Santos
2015

**A realização do exame de mamografia em mulheres de idades preconizadas
residentes no Município de Praia Grande, São Paulo.**

Katucha Rocha de Almeida

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade Católica de Santos para
obtenção do título de Mestre.**

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora:

**Profa. Dra. Cláudia Renata dos Santos
Barros.**

Santos

2015

Dedico este trabalho à minha família, por suportarem os momentos de dificuldade e me apoiarem neste processo de aprendizado. A vitória é nossa!

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, pela saúde que me deu para estudar, buscar os meus objetivos terrenos e concluir mais uma etapa.

À minha família, minha base, a quem devo tudo que sou. Mãe, avó e tio (*in memoriam*), se hoje estou aqui realizando mais um sonho, foi por vocês todo o meu esforço. Quero sempre retribuir todo o amor que foi dedicado a mim.

Ao meu noivo que me incentivou a nunca desistir, principalmente desta etapa tão importante. Seu amor, compreensão e companheirismo foram muito importantes neste processo.

À minha orientadora, Dra. Claudia Barros, por toda a amizade, parceria e dedicação. Sem você, minha amiga, meu sonho não se concretizaria. Flores em vida a você!

À Dra. Aylene Emília Moraes Bousquat, que me recebeu prontamente no programa como sua orientanda e em seu grupo de pesquisa, proporcionando-me a oportunidade de participar em seu projeto.

Às minhas colegas de curso Bruna Renó, Marlene Rosimar, Danielly Sciariotta, Pollyanna Pelegrino e Dionize Montanha, que por muitas vezes dividiram comigo suas histórias e experiências. Obrigada pela amizade e auxílio sempre que lhes foi possível.

À banca avaliadora pelos ajustes e sugestões que agregaram muito à pesquisa.

A todos os docentes do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva que contribuíram para a minha evolução acadêmica e pessoal.

**“O que eu sou, eu sou em par. Não
cheguei sozinho.”**

Lenine

ALMEIDA, K. R. **A realização do exame de mamografia em mulheres de idades preconizadas residentes no Município de Praia Grande – São Paulo.** 2015. Dissertação – Universidade Católica de Santos, Santos, 2015.

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é o tipo mais prevalente entre as mulheres, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos, representado por 25% de todos os tipos de câncer diagnosticados. O exame de mamografia como rastreamento para o câncer de mama é uma estratégia de saúde pública em situações onde há elevados números de incidência e mortalidade pela neoplasia, como observado no Brasil. **Objetivo:** Analisar a realização do exame de mamografia em mulheres residentes do Município de Praia Grande. **Métodos:** Inquérito populacional no Município de Praia Grande, Estado de São Paulo. Para o estudo sobre realização do exame de mamografia entre mulheres de 50 a 69 anos, referente ao preconizado para realização de rastreamento mamográfico, foi utilizada para análise uma subamostra de 257 mulheres, com taxa de não respostas de 0%. **Resultados:** Das mulheres na faixa etária dos 50 aos 69 anos (257), 70 (27%) realizaram o exame de mamografia nos últimos doze meses que antecederam a pesquisa, sendo mais da metade (60%) pelo setor público. Na análise múltipla, manteve-se associada positivamente apenas a realização do ultrassom de mamas nos últimos doze meses. **Conclusão:** Mulheres com idades preconizadas para rastreamento do Município de Praia Grande apresentam baixa realização do exame mamográfico. A conscientização por meio de implementação de políticas públicas sobre a importância da realização deste exame dentro do que é preconizado, visa diminuir a mortalidade pela doença, que é uma das principais causas de morte entre as mulheres no Brasil e no mundo.

Descritores: Mamografia; Rastreamento; Câncer de Mama.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is the most common type of cancer among women, in both developing and developed countries, represented by 25% of all types of diagnosed cancer. Mammography screening for breast cancer is a public health strategy in situations with high incidence numbers and mortality from cancer, as observed in Brazil. **Objective:** To analyze the performance of mammography screening in Praia Grande city female residents. **Methods:** A public survey in Praia Grande city, in the state of São Paulo. For the study on undergoing mammography screening exam among 50- to 69 year-old women, according to mammographic screening recommendations, a subsample of 257 women was used, with a non response rate of 0%. **Results:** Among the 50 to 69 female age-group (257), 70 (27%) underwent mammography screening in the 12 months prior to the survey, more than half (60%) used the public sector service. In the multivariate analysis, breast ultrasound was positively associated with mammography in the last 12 months. **Conclusion:** Women with recommended ages for tracking the Grand Beach County have low achievement of mammography. The awareness through implementation of public policies on the importance of this examination within what is recommended, to reduce the mortality from the disease, which is a leading cause of death among women in Brazil and worldwide.

Keywords: Mammography; Screening; Breast cancer.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População residente em área urbana, segundo idade e sexo. Município de Praia Grande, 2010.....	22
Tabela 2 - Tamanho da amostra segundo domínio de estudo. Município de Praia Grande, 2010.....	23
Tabela 3 - Divisão por blocos e temas referentes ao questionário do inquérito populacional mix público e privado na utilização dos serviços de Atenção Primária. 2013.....	24
Tabela 4 - Frequências e proporções das características sociodemográficas e de uso de serviço das mulheres. Praia Grande, 2013.....	28
Tabela 5 - Frequências e proporções da realização da mamografia, segundo características sociodemográficas e o uso de serviço entre as mulheres, Praia Grande, 2013.....	30
Tabela 6 - Razão de prevalência bruta e ajustada dos fatores associados à realização da mamografia no último ano. Praia Grande, 2013.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- GEPPS** – Grupo de Estudos e Pesquisa em Políticas de Saúde
- INCA** – Instituto Nacional do Câncer
- ECM** – Exame clínico das mamas
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- PSF** – Programa Saúde da Família
- IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
- ESF** – Estratégia Saúde da Família
- USAFA** – Unidades de Saúde da Família
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- EACS** – Estratégia Agente Comunitário de Saúde
- CEMAS** – Centro de Especialidades Médicas, Ambulatorial e Social
- CAPS** – Centro de Atendimento Psicossocial
- CRATH** – Centro de Referência em Atendimento a Tuberculose e Hanseníase
- AME** – Ambulatório Médico de Especialidades
- DST** – Doença Sexualmente Transmissível
- AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
- UPA** – Unidade de Pronto Atendimento
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- PNAD** – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
- APS** – Atenção Primária à Saúde
- CCEB** – Critério de Classificação Econômica Brasil
- CLT** – Consolidação das Leis do Trabalho

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	12
1.1 Perfil epidemiológico do câncer de mama	13
1.2 O rastreamento do câncer de mama	14
1.3 O exame de mamografia.....	16
1.4 Caracterização do Município de Praia Grande	17
2 HIPÓTESE	19
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo geral	20
3.2 Objetivos específicos	20
4 MÉTODOS	21
4.1 Desenho e local do estudo.....	21
4.2 Plano Amostral.....	22
4.3 Instrumento	23
4.4 Treinamento dos entrevistadores e entrevista.....	25
4.5 Variáveis	25
4.6 Análise estatística.....	26
4.7 Aspectos éticos.....	27
5 RESULTADOS	28
5.1 Análise descritiva da população estudada	28
6. DISCUSSÃO	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39
ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

Iniciei no curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva participando de um Grupo de Estudos e Pesquisa em Políticas de Saúde (GEPPS), no qual já existiam pesquisas em andamento. Após processo seletivo e aprovação para entrada no programa de Pós-Graduação, passei a participar das reuniões do grupo de pesquisa sob orientação da Profa. Dra. Aylene Emília Moraes Bousquat.

Após um período no grupo, analisando uma pesquisa já existente, realizada no ano de 2013, intitulada “Mix Público-Privado na Atenção Primária à Saúde em área metropolitana do Estado de São Paulo”, busquei para o meu projeto de Mestrado algo que pudesse estar ligado à minha titulação de Bacharel em Biomedicina e Especialista em Diagnóstico por Imagem. Portanto, a escolha do tema deu-se por ser um assunto que fazia parte da minha rotina de trabalho: a realização do exame de mamografia.

Na segunda fase da pesquisa, trabalhei com o grupo organizando os dados extraídos dos questionários para elaboração do banco. Todos os créditos foram cumpridos neste período, com a elaboração do projeto.

Após desligamento da minha orientadora, por motivos maiores, foi necessária a reestruturação do meu projeto sob nova orientação. A Dra. Cláudia Renata dos Santos Barros, minha atual orientadora, recebeu-me em seu grupo de pesquisa, no qual iniciei as análises estatísticas e dei andamento às atividades acadêmicas.

No período de qualificação o presente estudo abordava dois tipos de assunto: a realização do exame de mamografia e de Papanicolaou. Após o exame de qualificação, por motivos metodológicos e protocolos distintos para o rastreamento, decidiu-se com a orientadora permanecer somente a pesquisa sobre a realização do exame de mamografia e, após defesa, com as análises já realizadas do Papanicolaou, serão apresentados os resultados em forma de artigo científico.

1 INTRODUÇÃO

Mundialmente, em 2012, foram diagnosticados aproximadamente 14 milhões de novos casos de câncer, um total de 8,2 milhões de mortes por câncer e 32,6 milhões de pessoas vivendo com esta doença, dentro de cinco anos após o diagnóstico (GLOBOCAN, 2012).

A taxa mundial de incidência de câncer padronizada pela idade, independentemente do tipo, é 25% maior em homens em comparação às mulheres, com taxas de 205 e 165 por 100 mil habitantes, respectivamente. Essas taxas variam, em ambos os sexos, de acordo com as diferentes regiões do mundo. Entre homens há variação da incidência de 79 a 365 por 100 mil habitantes, enquanto entre as mulheres é de 103 a 295 por 100 mil habitantes (GLOBOCAN, 2012).

No Brasil, entre 2014 e 2015, estimaram-se aproximadamente 576 mil novos casos de câncer, assim, esta alta taxa de incidência nos aponta a continuidade de um relevante problema de Saúde Pública brasileiro (INCA, 2014).

No que diz respeito à taxa mundial de mortalidade por essa causa básica, observa-se menor variabilidade entre as regiões quando comparada à taxa de incidência regional. As taxas de mortalidade são mais elevadas entre os homens em regiões desenvolvidas, sendo de 15% entre eles e 8% entre as mulheres (GLOBOCAN, 2012).

No Brasil, em 2012, foram notificados 1.181.166 óbitos, sendo destes, 157.490 (13,3%) por câncer (PROADESS, 2011). Com a apresentação dos dados epidemiológicos sobre a incidência e mortalidade do câncer, afirma-se a importância da realização dos exames complementares e de rastreamento, para que este número possa ser controlado e, se possível, a doença diagnosticada precocemente.

O controle e prevenção das neoplasias devem sempre ser priorizados em qualquer região. O monitoramento continuado dos programas de prevenção e controle é uma atividade fundamental para o combate ao câncer e seus fatores de risco (INCA, 2013).

1.1 Perfil epidemiológico do câncer de mama

O câncer de mama é o tipo mais prevalente entre as mulheres, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos, representando 25% de todos os tipos de câncer diagnosticados (INCA, 2014).

No Brasil, o câncer de mama feminina está entre os tipos mais incidentes, com aproximadamente 57 mil casos. Em 2014, a taxa de incidência de câncer de mama feminina foi de 67,3 por 100.000 (OMS, 2014). No Estado de São Paulo, a estimativa para os novos casos no ano de 2014 foi de 16 mil, apresentando números elevados em relação aos demais estados brasileiros. Já na capital paulista, o número incidente reduziu em 5 mil casos (INCA, 2014).

As taxas brutas de incidência por 10 mil habitantes em mulheres no Estado de São Paulo para o câncer de mama é de 71,18 (30.740 casos). Na capital paulista é de 96,76 (10.830 casos) de um total de 443,51 (49.509) entre as demais neoplasias (INCA, 2014).

Em relação à mortalidade, o número total de óbitos na região Sudeste do Brasil foi de 242.316 casos entre todos os tipos de cânceres nas mulheres, incluindo não-melanomas, sendo destes, 7.033 casos (2,90%) apenas por câncer de mama no ano de 2012. Este número vem aumentando, registrando-se 6.641 (2,81%) casos em 2010 e 6.844 (2,84%) no ano de 2011 (SIM, 2012).

A taxa de mortalidade por neoplasias malignas da mama para cada 100 mil mulheres, em 2011, foi de 13,6 em todo o Brasil, 16,6 na Região Sudeste, 16,7 no Estado de São Paulo e 21,8 na Baixada Santista, que é composta pelos municípios de Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente (PROADESS, 2011).

Nos últimos 40 anos, a sobrevida para o câncer de mama vem aumentando nos países desenvolvidos e, atualmente, é de 85% em cinco anos, enquanto, nos países em desenvolvimento, permanece com valores entre 50% e 60% (INCA, 2014).

1.2 O rastreamento do câncer de mama

O exame de mamografia como rastreamento para o câncer de mama é uma estratégia de Saúde Pública em situações onde há elevados números de incidência e mortalidade pela neoplasia, como observado no Brasil (USPSTF, 2009).

Segundo o Caderno de Atenção Primária nº 29, disponibilizado pelo Ministério da Saúde:

O termo rastreamento, derivado do inglês *screening*, vem da ideia de peneira — do inglês *sieve* —, rica em furos, ou seja, todos os programas possuem resultados falso-positivos e falso-negativos (BRASIL, 2010, p.17).

Apesar desta colocação, a palavra *screening*, ou *check-up*, traz-nos um significado de acompanhamento do público, sem que haja falha nos processos vinculados ao rastreamento. Sendo assim, qualquer tipo de falha detectado é atribuído ao método inadequado dos programas e/ou da equipe médica (GRAY, 2004).

Nos países onde houve a implantação de programas de rastreamento, a mortalidade vem apresentando resultados de redução. Ensaio clínicos randomizados sugerem que o rastreamento pelo exame de mamografia seja realizado entre mulheres de 50 a 69 anos, bianualmente. Quando há cobertura igual ou superior a 70% desta população-alvo, é possível reduzir a mortalidade por câncer de mama entre 15 a 23% (USPSTF, 2009).

A Lei 11.664/2008, que entrou em vigor em 29 de abril de 2009, reafirma o que já é estabelecido pelos princípios do Sistema Único de Saúde:

Todas as mulheres têm direito à mamografia a partir dos 40 anos. Embora tenha suscitado interpretações divergentes, o texto não altera as recomendações de faixa etária para rastreamento de mulheres saudáveis: dos 50 aos 69 anos.

Segundo revisão da U. S. Preventive Services Task Force de novembro de 2009, recomenda-se para o rastreamento das mamas as mulheres na faixa etária de 50 a 74 anos, com a realização da mamografia bianual. Para as mulheres menores de 50 anos, o início do rastreamento deve depender do contexto em que esta mulher está envolvida em relação à doença, portanto, cada caso deve ser avaliado individualmente. A partir da idade de 75 anos não há evidências suficientes sobre possíveis benefícios e danos ao rastreamento mamográfico.

A estratégia brasileira utilizada para o controle do câncer de mama foi definida por meio da realização do exame clínico das mamas (ECM) e do exame de mamografia, que são os métodos preconizados para o rastreamento na rotina de atenção integral à saúde da mulher (INCA, 2004).

A recomendação para as mulheres de 50 a 69 anos é o exame clínico das mamas anual e mamografia bianual (INCA, 2004). A realização da mamografia nesta faixa etária, bianualmente, é uma rotina adotada em diversos países que implantaram o rastreamento do câncer de mama. A manutenção desta periodicidade é importante para o aumento do diagnóstico precoce; por outro lado, é importante ressaltar que a realização deste exame em menor periodicidade pode causar danos à saúde da mulher (USPSTF, 2009).

Para as mulheres de 40 a 49 anos, a recomendação é o ECM anual e a mamografia diagnóstica em caso de resultados alterados (INCA, 2004). Entretanto, segundo a IARC, 2002, a densidade mamária impossibilita a sensibilidade da mamografia nesta faixa etária, resultando menor prevalência e incidência do câncer de mama, além de uma maior proporção de cânceres que surgem entre os intervalos do rastreamento. No mesmo sentido, a USPSTF, 2009, não recomenda o rastreamento neste grupo, sendo pouco favorável, pois há moderada evidência entre a relação risco-benefício.

Além destes dois grupos, há também o rastreamento para as mulheres com 35 anos ou mais, que possuem risco elevado ao câncer de mama. Para este grupo é recomendado o ECM e mamografia anual, além do acompanhamento clínico com esclarecimento referente aos riscos e benefícios associados ao rastreamento (INCA, 2004).

O Consenso Brasileiro para o Controle do Câncer de Mama também recomenda o ECM como método de rastreamento nos três grupos citados, porém, não há evidências científicas suficientes sobre a efetividade e o risco-benefício desta

prática como método isolado ou em associação à mamografia, apesar de ser um método alternativo em casos onde não exista o rastreamento mamográfico (USPSTF, 2009).

1.3 O exame de mamografia

O exame de mamografia é um método de diagnóstico por imagem que permite o estudo e a avaliação da glândula mamária. É realizado por meio de um equipamento chamado mamógrafo, no qual se reproduzem imagens radiográficas de ambas as mamas e regiões axilares (BONTRAGER, 2003).

O exame de mamografia tem duas aplicações principais: a mamografia diagnóstica, como método de investigação em mulheres com sinais e sintomas ou alterações na glândula mamária, e a mamografia de rotina, como teste de rastreamento em mulheres assintomáticas (CANELLA et al., 2000).

Apesar da grande discussão sobre a resistência de mulheres à realização do exame de mamografia, por acharem um exame desconfortável e doloroso, diversos programas do governo e campanhas nacionais de saúde, como o Outubro Rosa, conscientizam e incentivam mulheres à realização do exame e diagnóstico precoce do câncer de mama.

A mamografia é o único exame utilizado para rastreamento das mamas, com capacidade de detectar lesões não palpáveis e causar impacto na mortalidade por câncer de mama. Por este motivo é o exame de diagnóstico por imagem recomendado para o rastreamento desta neoplasia no Brasil (USPSTF, 2009).

O exame de mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) colaboram para que o rastreamento seja realizado de forma adequada, principalmente no grupo de risco, preconizado pelo Ministério da Saúde. Por muitas vezes, estes exames não são realizados, não somente por falta de informação a estas mulheres, mas também por falta de acesso ou solicitação médica nos serviços de saúde, bem como de exames complementares, tanto no sistema público como no privado.

De acordo com o preconizado para o rastreamento e o diagnóstico precoce do câncer de mama feminino, um dos mais prevalentes entre as mulheres, a pesquisa se faz importante por analisar a realização dos exames de mamografia em

mulheres residentes do Município de Praia Grande, Estado de São Paulo, que possui alta cobertura pelo Programa de Saúde da Família (PSF), descrevendo a realização dos exames e estimando os fatores associados à realização.

Neste sentido, os inquéritos de base populacional representam um dos desenhos de estudo mais tradicionais para a obtenção de informações sobre várias dimensões relativas ao processo saúde-doença. Constituem ainda ferramentas fundamentais para o monitoramento e a prevalência dos problemas de saúde e da magnitude das desigualdades sociais em saúde, tanto no estudo das formas de acesso, como na utilização dos serviços de saúde (VIACAVA et al., 2009; BARROS, 2008; SEGRÍ et al., 2011).

1.4 Caracterização do Município de Praia Grande

O Município de Praia Grande situa-se no litoral sudeste do Estado de São Paulo, com uma área de 147,07 Km². Apesar de apresentar níveis de riquezas elevados, IDH de 0,754, o Município não apresenta bons indicadores sociais. Dentre os indivíduos responsáveis por domicílios particulares permanentes, 76,88% das pessoas possuem uma renda entre nenhum salário mínimo até dois a três salários mínimos (SEADE, 2014).

Praia Grande é a quarta cidade mais populosa da Baixada Santista. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) levantou que a população da cidade de Praia Grande é de 260.769 moradores, apresentando número maior na população feminina, com 135.489, segundo o censo realizado no ano de 2010 (IBGE, 2014).

A população feminina em 2014, entre 20 e 59 anos de idade, era de 83.758 mulheres, com uma razão de sexo de 92,38, reflexo da maior sobrevivência das mulheres ao longo das faixas etárias, o que corrobora com a necessidade de processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas na linha de cuidado de saúde da mulher. Em 2012 apresentou uma taxa de mortalidade de mulheres em idade fértil (por cem mil mulheres entre 15 e 49 anos) de 140,82 (SEADE, 2014).

A política central de estruturação da Atenção Básica em Praia Grande vem sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) desde 2000. A cobertura do programa

em 2013 correspondeu a 79% da cobertura da população moradora (SIAB, 2013), constituindo assim um cenário propício para uma avaliação sobre a qualidade da assistência prestada às mulheres.

Praia Grande apresenta uma rede básica instalada, nas quais as Unidades Básicas de Saúde foram transformadas em Unidades de Saúde da Família (USAFA).

A rede de atenção à saúde em 2013 era composta por dezessete USAFAS e quatro UBSs/EACSS (Estratégia Agente Comunitário de Saúde), uma unidade como Centro de Especialidades Médicas, Ambulatorial e Social (CEMAS), um Pronto-Socorro Municipal, um Ambulatório de Saúde Mental, um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), um Centro de Referência em Atendimento a Tuberculose e Hanseníase (CRATH), um Serviço de Atendimento Especializado DST/AIDS.

O Município em gestão compartilhada com a Fundação do ABC conta ainda com um Hospital referência no atendimento materno-infantil, um Pronto-Socorro, um Ambulatório Médico de Especialidades (AME) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Na Baixada Santista a taxa de número de mamógrafos disponíveis pelo indicador de desempenho do sistema SUS por 100 mil habitantes era de 3,5, SUS e não SUS, no período de 2005 a 2012 (PROADESS, 2012).

Nos anos de 2012 e 2013 obtivemos 7.784 e 3.877 mamografias realizadas, respectivamente, totalizando 11.661 mamografias em mulheres a partir dos 40 anos (DATASUS, 2013).

O número total de exames de mamografia por rastreamento realizados, no Município de Praia Grande, no ano de 2013, entre mulheres de 50 a 69 anos, foi de 4.528, em uma população de 26.794 (DATASUS, 2013).

2 HIPÓTESE

O rastreamento mamográfico é realizado na população-alvo de mulheres entre 50 e 69 anos, em Praia Grande.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a realização do exame de mamografia em mulheres residentes no Município de Praia Grande.

3.2 Objetivos específicos

- a) Analisar a prevalência do exame de mamografia entre mulheres de 50 a 69 anos, segundo idade preconizada na população-alvo, na realização do rastreamento do câncer de mama.
- b) Estimar fatores associados à realização do exame de mamografia segundo idades preconizadas.

4 MÉTODOS

Este trabalho é parte de um projeto maior intitulado “Mix Público-Privado na Atenção Primária à Saúde em área metropolitana do Estado de São Paulo”, com financiamento do CNPq, processo 473460/2008-4, que partiu da hipótese da existência de um importante mix público-privado na utilização de serviços de saúde no Brasil, alcançando a Atenção Primária à Saúde. A pesquisa teve como objetivo primário caracterizar o mix público-privado na utilização de serviços pertinentes à esfera da Atenção Primária à Saúde em dois municípios de regiões metropolitanas do Estado de São Paulo; secundário, comparar os perfis de utilização da APS, segundo as tipologias do mix público-privado identificadas, em municípios com inserções distintas em áreas metropolitanas; caracterizar as etapas de distribuição e utilização do medicamento da assistência farmacêutica, para as populações estudadas; identificar junto a operadoras de planos de saúde seu rol de procedimentos e as estratégias na oferta de serviços de Atenção Primária à Saúde a seus beneficiários; identificar junto aos principais gestores locais do SUS como se dá o planejamento local de saúde por referência ao mix público-privado.

4.1 Desenho e local do estudo

Inquérito populacional no Município de Praia Grande, Estado de São Paulo. A escolha do Município deu-se pelo fato de ser o pioneiro da região metropolitana da Baixada Santista a reestruturar a Atenção Básica com a implantação da Estratégia da Família.

O Município de Praia Grande possuía, em 2013, 278.727 habitantes. A economia baseia-se no turismo litorâneo, comércio e serviços. Possui Índice de Desenvolvimento Humano (para valores de 0,500 e 0,800) em posição média no *ranking* do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (SEADE, 2013).

4.2 Plano Amostral

Em relação ao sujeito e plano amostral da pesquisa “Mix Público-Privado na Atenção Primária à Saúde em área metropolitana do Estado de São Paulo”, as populações de estudo foram homens e mulheres com idades de 0 a 102 anos, residentes na região urbana do Município de Praia Grande, em domicílios particulares ou coletivos não institucionais.

Para responder ao objetivo do estudo maior, foram consideradas domínio as faixas etárias: grupos de menores de 20 anos, de homens de 20 a 59 anos, de mulheres de 20 a 59 anos e de 60 anos ou mais.

Na Tabela 1 é apresentada a distribuição da população por esses domínios, segundo o censo de 2010.

Tabela 1 - População residente em área urbana, segundo idade e sexo. Município de Praia Grande, 2010.

Idade	População	%
até 19 anos	82402	31,6
homens de 20 a 59 anos	69984	26,8
mulheres de 20 a 59 anos	76363	29,2
60 anos e mais	32486	12,4
Total	261235	100,0

Para o cálculo do tamanho da amostra considerou-se expressão algébrica que determina o tamanho de amostras para estimação de proporções:

$$n_o = \frac{P(1-P)}{(d/z)^2} \cdot deff$$

, em que P é a proporção de indivíduos a ser estimada; z é o valor na curva normal reduzida, correspondente ao nível de confiança utilizado na determinação do intervalo de confiança; d é o erro de amostragem e $deff$ é o efeito do delineamento (KISH, 1965; SILVA, 2001). Para um erro de amostragem de 10 pontos percentuais, um efeito do delineamento de 2 e intervalo de confiança de 95%, o tamanho mínimo de amostra foi calculado em 200.

Esse tamanho foi adotado para o grupo de sexo e idade menos frequente, o de idosos. Os tamanhos de amostra nos outros domínios foram calculados de forma a se ter uma distribuição da amostra proporcional ao tamanho dos domínios, conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Tamanho da amostra segundo domínio de estudo.

Domínio	distr.prop.pop.	tamanho amostra
até 19 anos	31,6	509
homens de 20 a 59 anos	26,8	432
mulheres de 20 a 59 anos	29,2	471
60 anos e mais	12,4	200
Total	3000	1612

O processo de amostragem foi em dois estágios: setor censitário e domicílio. Primeiro foram sorteados 40 setores censitários com probabilidade proporcional ao número de domicílios contabilizados no censo de 2010. Em seguida foram sorteados sistematicamente 40 domicílios. O tamanho da amostra foi acrescido em 20% para proteger dos efeitos da taxa de não resposta (casa fechada ou com recusa e indivíduo ausente ou que recusa), perfazendo um total de 1600 domicílios sorteados, sendo 40 em cada setor.

A fração de amostragem foi: $f = \frac{40 \cdot M_i}{M} \cdot \frac{40}{M_i} = \frac{1600}{83544} = \frac{1}{52,215}$, sendo M o

número de domicílios no Município de Praia Grande em 2010 (M=83544); M_i o número de domicílios no setor censitário i.

Do número total de mulheres entrevistadas (686), de idades entre 19 e 102 anos, houve perda de 4,9%. Para o estudo sobre realização do exame de mamografia entre mulheres de 50 a 69 anos, referente ao preconizado para realização de rastreamento mamográfico (USPSTF, 2009), foi utilizada para análise uma subamostra de 257 mulheres, com taxa de não resposta de 0%.

4.3 Instrumento

Como já citado no método, o presente estudo utilizou para a coleta de dados questões vinculadas de um questionário semiestruturado em forma de entrevista. O questionário foi estruturado nos seguintes blocos (Tabela 3):

Tabela 3 - Divisão por blocos e temas referentes ao questionário do inquérito populacional mix público-privado na utilização dos serviços de Atenção Primária. 2013.

Bloco	Tema
1	Dados do domicílio
2	Crianças e adolescentes (0–18 anos)
3	Mulheres (19–59 anos)
4	Homens (19–59 anos)
5	Idosos (60 ou mais)
6	Diabetes
7	Hipertensão
8	Fisioterapia
9	Uso de medicamentos

No bloco Domicílio foram abordadas 14 questões referentes a informações do domicílio em geral, como bens materiais, renda familiar, grau de instrução do chefe da família e outros. Com a coleta destes dados foi possível realizar a classificação segundo o CCEB (Critério de Classificação Econômica Brasil), realizada entre as faixas de pontuação e os extratos de classificação econômica definidos por A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E (ABEP, 2013).

Todos os moradores do domicílio foram cadastrados e entrevistados por um integrante do grupo de pesquisa e um agente comunitário da região para auxiliar. Para a subamostra desta pesquisa a coleta de dados foi realizada por meio de questionários semiestruturados (Anexos A e B), divididos em perguntas referentes aos dados do domicílio e às mulheres (50–69 anos).

As entrevistas face a face foram realizadas em duplas, utilizando-se notebooks de marca HP, com 2GB de memória RAM e 160GB de armazenamento de disco. O software foi desenvolvido com o uso da linguagem Java versão 6.0. A base de dados foi desenvolvida usando XML (*eXtensible Markup Language*), facilitando a extração dos dados para demais aplicativos e programas de leitura. O

software apresentava dois módulos principais, uma interface para visualização e aplicação dos questionários e um módulo para exportação de dados.

4.4 Treinamento dos entrevistadores e entrevista

O treinamento dos entrevistadores ocorreu durante seis dias, nos meses de maio e junho de 2012, na Universidade Católica de Santos. O estudo-piloto foi realizado em setembro do mesmo ano, para verificar a dinâmica de recrutamento, testar os instrumentos de coleta de dados e confirmar a viabilização da investigação.

A coleta foi realizada de outubro de 2012 a abril de 2013. Foram a campo 20 entrevistadores, dividindo-se em discentes do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, agentes comunitários e duas coordenadoras de campo.

Os entrevistadores iam aos domicílios em duplas, coletavam as informações face a face com os moradores, auxiliados por notebook. Em média as entrevistas duravam de 40 minutos a 1 hora, para que todos os moradores do domicílio respondessem ao questionário individualmente, variando de acordo com o número de moradores residentes no domicílio. Em caso de algum impedimento para a realização da entrevista, por motivo de saúde, as informações eram obtidas de parente ou cuidador.

Alguns entrevistadores precisaram fazer diversas visitas ao domicílio a fim de encontrar os outros moradores residentes ou por ausência.

4.5 Variáveis

As variáveis independentes utilizadas foram: idade, classe socioeconômica, condições de trabalho, afiliação ao plano de saúde, frequência ao serviço de saúde, agendamento de consultas e realização do exame clínico das mamas durante a consulta. Foram categorizadas:

- a) A faixa etária utilizada foi de 50 a 69 anos.
- b) Condições socioeconômicas: A+B; C e D+E (Critério de Classificação Econômica Brasil, 2014).

- c) Plano: afiliação ao plano de saúde.
- d) Frequência: especialidade médica que frequentou nos últimos 12 meses.
- e) Local onde frequentou o serviço de saúde.
- f) Realização de ultrassonografia das mamas, categorizado em “nunca fiz”, “nos últimos 12 meses”, “há menos de três anos” e “há mais de quatro anos”.
- g) Como conseguiu o agendamento de consultas: “com facilidade”, “com dificuldade”, e “com muita dificuldade”.
- h) Realização do ECM durante a consulta ao médico especialista.

A variável dependente foi: realização do exame de mamografia nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa para as mulheres pertencentes à faixa etária de 50 a 69 anos.

4.6 Análise estatística

As variáveis foram descritas por meio média, desvio padrão, frequências e proporções. Os testes de hipóteses utilizados para diferenças entre proporções foram o Qui-quadrado de Pearson. O nível de significância adotado foi de 5%.

Para estimação dos fatores associados à realização do exame de mamografia, foi utilizado o modelo de Poisson com variância robusta. Este modelo resulta na estimativa da Razão de Prevalência, adequado para estudo de tipo transversal. Também a escolha deste modelo garante o ajuste do coeficiente em função de a prevalência do desfecho ser maior que 10% (HIRATA e BARROS, 2003).

As variáveis selecionadas para o modelo múltiplo foram as que apresentaram $p < 0,20$ na análise univariada. Foram mantidas no modelo final aquelas estatisticamente significativas ($p < 0,05$) e as variáveis de ajuste.

Em todas as análises foi considerado o efeito do desenho, utilizando o modelo de análises complexas (svy) do programa STATA 10.

4.7 Aspectos éticos

Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C) em duas vias, atendendo à Resolução 466/12 do Ministério da Saúde para pesquisas com seres humanos. Foi garantida a todos os entrevistadores a confidencialidade das informações e, em momento algum, seus nomes foram divulgados.

A pesquisa foi financiada pelo CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Santos — parecer nº 01341012400005536 de 18/06/2012 (Anexo D).

O projeto foi desenvolvido com o auxílio financeiro do tipo de bolsa de mestrado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

5 RESULTADOS

5.1 Análise descritiva da população estudada

A idade média das mulheres entrevistadas desta subamostra (257) foi de 58,9 ($\pm 5,8$) anos.

A maior parte não possuía trabalho no momento da entrevista, seguida daquela que possuía trabalho em regime CLT. A classe econômica predominante foi a C. A maioria era usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) e frequentou o serviço nos últimos doze meses que antecederam a pesquisa. Das três especialidades médicas a que as entrevistadas recorreram nos últimos doze meses que antecederam a pesquisa, o Médico Ginecologista pelo sistema público foi o mais procurado. Quanto ao agendamento de consultas dentro das especialidades citadas, a maioria ocorreu com facilidade. A maior parte das mulheres realizou o ECM no momento da consulta (Tabela 4).

Tabela 4 - Frequências e proporções das características sociodemográficas e de uso de serviço das mulheres. Praia Grande, 2013.

	n	%	IC (95%)
Trabalho			
CLT	58	22,57	15,5;29,6
Informal	36	14,01	9,01;29,6
Não trabalha	163	63,42	57,0;69,8
Faixa socioeconômica			
A+B	55	21,40	14,1;28,6
C	170	66,15	58,3;73,9
D+E	32	12,45	6,32;18,5
Plano de saúde			
Sim	63	24,51	16,8;32,1
Não	194	75,49	67,8;83,1
Qual especialidade médica você frequentou nos últimos 12 meses?			
Nenhum	153	18,56	9,27;27,8
Ginecologista	68	26,46	9,89;35,1
Médico da Família	36	14,01	3,27;14,68
Realizou ultrassonografia das mamas?			
Nunca realizou	52	20,23	9,62;30,8

continua

Sim, há 12 meses	31	12,06	5,06;19,0
Sim, há menos de 3 anos	134	52,14	40,5;63,7
Sim, há mais de 4 anos	40	15,56	9,80;21,3
Onde frequentou o serviço de saúde?			
Não frequentou	84	32,68	18,8;46,5
Praia Grande	155	60,31	47,7;72,8
Outros	18	7	3,55;10,4
Agendamento (Médico da Família, Clínico, Ginecologista)			
Com dificuldade	46	28,57	17,9;37,5
Com facilidade	103	63,98	54,9;75,7
Com muita dificuldade	12	7,45	2,49;11,3
ECM durante a consulta (Médico da Família, Clínico, Ginecologista)			
Sim	93	57,76	44,3;65,3
Não	68	42,24	34,6;55,6

* Nota: classe econômica

Das mulheres na faixa etária dos 50 aos 69 anos (257), 70 (27%) realizaram o exame de mamografia nos últimos doze meses que antecederam a pesquisa, sendo mais da metade (60%) pelo setor público.

Em relação às condições de trabalho, a maior parte não trabalhava. A classe econômica predominante foi a C. A maioria não possuía plano de saúde e frequentou médico ginecologista no serviço de saúde nos últimos doze meses. Mais da metade (53%) realizou ultrassonografia de mamas há menos de 3 anos. As mulheres que passaram por consulta médica nos últimos doze meses relataram ter realizado o agendamento com facilidade. O ECM foi realizado, durante a consulta, em grande parte das mulheres que passaram por consulta médica (Tabela 5).

Observou-se que entre as mulheres que realizaram a mamografia no último ano que antecedeu a pesquisa, maior proporção das variáveis: “ter plano”, “ter frequentado médico ginecologista no serviço de saúde nos últimos 12 meses”, “ter passado em consulta com o médico ginecologista nos últimos 12 meses” e “ter realizado o ECM durante a consulta”.

Tabela 5 - Frequências e proporções da realização da mamografia, segundo características sociodemográficas e o uso de serviço entre as mulheres, Praia Grande, 2013.

	Total n	Não		Mamografia		Sim		IC (95%)	p
		n	%	IC (95%)	n	%			
Trabalho									0,07
CLT	58	35	60,34	44,0;74,6	23	39,66	25,3;55,9		
Informal	36	28	77,78	58,6;89,6	8	22,22	10,3;41,3		
Não trabalha	163	124	76,07	65,0;84,4	39	23,93	15,5;34,9		
Classe socioeconômica									0,78
A+B	55	40	72,73	52,8;86,4	15	27,27	13,6;47,1		
C	170	122	71,76	61,2;80,3	48	28,24	19,6;38,7		
D+E	32	25	78,13	60,0;89,4	7	21,88	10,5;39,9		
Plano									<0,01
Não	194	152	78,35	67,4;86,3	42	21,65	13,6;32,5		
Sim	63	35	55,56	41,6;68,6	28	44,44	31,3;58,3		
Qual especialidade médica você frequentou nos últimos 12 meses?									<0,01
Nenhum	31	8	25,81	13,7;43,1	23	74,19	56,8;86,2		
Ginecologista	121	111	91,74	76,9;97,3	10	8,26	2,63;23,0		
Médico da Família	15	4	26,67	8,91;57,4	11	73,33	42,5;91,0		
Realizou ultrassonografia das mamas?									<0,01
Nunca realizou	52	45	86,54	70,8;94,4	7	13,46	5,56;29,1		
Sim, há 12 meses	31	2	6,45	1,8;20,3	29	93,55	79,6;98,1		
Sim, há menos de 3 anos	134	104	77,61	63,2;87,4	30	22,39	12,5;36,7		
Sim, há mais de 4 anos	40	36	90	75,4;96,3	4	10	3,6;24,5		
Onde frequentou o serviço de saúde?									<0,01
Não frequentou	84	80	95,24	0,78;99,0	4	4,76	0,09;21,2		
Praia Grande	155	101	65,16	54,5;74,4	54	34,84	25,5;45,4		
Outros	18	6	33,33	16,4;56,0	12	66,67	43,9;83,5		
Agendamento (Médico da Família, Clínico, Ginecologista)									0,165
Com dificuldade	48	23	47,92	28,0;68,4	25	52,08	31,5;71,9		
Com facilidade	113	75	66,37	54,4;76,5	38	33,63	23,4;45,5		
Com muita dificuldade	12	9	75	40,5;92,9	3	25	7,0;59,4		
ECM durante a consulta (Médico da Família, Clínico, Ginecologista)									<0,01
Sim	141	84	59,57	45,5;72,2	57	40,43	27,8;54,4		
Não	116	103	88,79	80,2;93,9	13	11,21	6,0;19,7		

Na análise univariada, verificou-se a associação positiva com a realização do exame de mamografia para as variáveis: “ter trabalho em regime CLT”, “ter plano”, “ter realizado ultrassonografia das mamas nos últimos 12 meses”, “ter frequentado o

sistema de saúde, independentemente do local” e “ter realizado o exame clínico das mamas (ECM) durante a consulta médica”. Demais variáveis, sem associação estatisticamente significativa (Tabela 6).

Na análise múltipla manteve-se associada, positivamente, apenas a realização do ultrassom de mamas nos últimos doze meses. Ter plano de saúde perdeu a significância estatística com a entrada da variável relativa à realização do ultrassom. As demais variáveis sem associação estatisticamente significativa foram retiradas do modelo final (Tabela 6).

Tabela 6 - Razão de prevalência bruta e ajustada dos fatores associados à realização da mamografia no último ano. Praia Grande, 2013.

Variáveis Independentes	Univariada		Múltipla	
	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)
Trabalho				
Não trabalha	1			
Informal	0,92	(0,457;1,90)	***	***
CLT	1,65	(1,06;2,58)	***	***
Plano				
Não	1			
Sim	2,05	(1,23;3,40)	***	***
Qual especialidade médica você frequentou nos últimos 12 meses?				
Nenhum	1			
Ginecologista público	0,11	(0,37;3,30)	***	***
Médico da Família público	0,98	(0,63;1,54)	***	***
Realizou ultrassonografia das mamas?				
Nunca realizou	1			
Sim, há 12 meses	6,94	(3,00;16,0)	2,83	(1,29;6,16)
Sim, há menos de 3 anos	1,66	(0,60;4,56)	1,5	(0,75;2,99)
Sim, há mais de 4 anos	0,74	(0,22;2,48)	0,45	(0,06;3,12)
Onde frequentou o serviço de saúde?				
Não frequentou	1			
Praia Grande	7,31	(1,48;36,1)	***	***
Outros	14	(2,88;67,9)	***	***
Agendamento (Médico da Família, Clínico, Ginecologista)				
Com dificuldade	1			
Com facilidade	0,64	(0,38;1,07)	***	***
Com muita dificuldade	0,48	(0,14;1,57)	***	***
ECM durante a consulta (Médico da Família, Clínico, Ginecologista)				
Sim	3,6	(1,96;6,62)	***	***
Não	1			

6. DISCUSSÃO

No presente estudo, foi observada baixa prevalência de exames de mamografia realizados no último ano entre as mulheres com idades preconizadas, consideradas população-alvo (50 a 69 anos) para o rastreamento. A informação sobre o referido exame limitou-se apenas à realização no último ano, enquanto a preconização é bianual para esta faixa etária.

No Sul do Brasil, por meio de inquérito populacional entre 2009 e 2010, a prevalência de realização de mamografia anual foi maior que no presente estudo (43%) (Schneider et al., 2014). No entanto, foi realizado com mulheres de 40 a 69 anos. Essa maior abrangência etária pode explicar a discordância da prevalência com nosso estudo realizado em Praia Grande.

A baixa prevalência também é observada em algumas regiões brasileiras com rastreamento bianual, conforme inquérito populacional realizado em 2003 com cobertura de mamografia que variou de 37% em Belém (PA) a 77% Vitória (ES) nos últimos dois anos (VIACAVA et al., 2009).

Apesar de os métodos de prevenção e detecção precoce serem reconhecidos e aplicados em grande parte da população brasileira, há lacunas na cobertura do rastreamento. Em estudo transversal realizado no Estado de Goiás, em 2008, a prevalência de realização bianual de mamografia entre mulheres entre 50 e 69 anos, realizada no SUS, foi de 43,4% (CORREA et al., 2011). A cobertura está acima do observado no presente estudo, entretanto, há diferenças metodológicas relativas à realização dos exames. É importante ressaltar a baixa cobertura em Goiás (CORREA et al., 2011), em relação ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

Quanto à abrangência de mulheres mais novas, além das consideradas em idade de risco (40 a 69 anos), estudo de mesmo ano — realizado a partir da Pesquisa Mundial de Saúde em amostra representativa de 5 mil pessoas da população brasileira — demonstrou que 48,5% das mulheres haviam realizado o exame de mamografia nos últimos três anos que antecederam a pesquisa, ou seja, período acima do preconizado (VIACAVA et al., 2009).

Na PNAD de 2003 foi apresentado que 46,1% das mulheres de 50 a 69 anos realizaram o exame mamográfico nos últimos três anos antecedentes a pesquisa, com variação entre os estados brasileiros, de 18,6% em Tocantins a 66,3% no Distrito Federal (VIACAVA et al., 2009). É importante observar que em alguns

estados, mesmo com maior período de exame analisado, a prevalência de realização da mamografia é semelhante à observada no presente estudo.

Após nova reestruturação nas questões na VIGITEL em 2007, voltadas à realização dos exames de mamografia entre mulheres de 50 a 69 anos, para vinte e sete capitais investigadas na pesquisa, houve aumento da cobertura, onde 70,8% realizaram o exame de mamografia nos últimos 2 anos antecedentes a pesquisa, com variação de 51,8% em Boa Vista (RR) a 84,8% em Florianópolis (SC).

Informações censitárias de Praia Grande apresentaram que o número total de exames de mamografia por rastreamento realizados, no ano de 2013, entre mulheres de 50 a 69 anos, foi de 4.528, em uma população de 26.794, o que equivale a uma prevalência de 16% (DATASUS, 2013). Deste modo, podemos verificar que esta última foi abaixo da prevalência encontrada no presente inquérito populacional.

Mesmo com a limitação metodológica do presente estudo, referente à coleta sobre a periodicidade do exame, uma vez que as respostas obtidas limitaram-se apenas à realização da mamografia no último ano antecedente, nossos achados são coerentes com a literatura, inclusive com informações censitárias.

O estudo não foi delineado para a coleta de informação sobre objetivo específico de realização de mamografia, entretanto, trata-se de um inquérito populacional, amostra representativa da população feminina de Praia Grande, com menos de 10% de perda entre as mulheres de 19 a 102 anos. No que se refere à faixa de 50 a 69 anos, não houve taxa de não resposta sobre a realização do respectivo exame.

Em estudo descritivo observacional realizado em 13 centros de saúde municipais de Campinas, no período de agosto de 2000 a março de 2001, entre usuárias do serviço médico municipal, observou-se que em uma população de 663 mulheres, 93,5% (620) tinham conhecimento sobre o exame de mamografia e 97,1% (602) consideraram necessária a realização do exame, porém, a prática do exame de mamografia foi considerada adequada apenas em 35,7% das mulheres. A maioria das entrevistadas (94,3%) realiza o exame de mamografia com intervalo de 6 meses a 2 anos.

Quanto maior a porcentagem de rastreamento bianual, maior a redução da taxa de mortalidade entre este grupo de mulheres de 50 a 69 anos (USPTF, 2009). Assim, a preconização apresentada pelo Ministério da Saúde e pelo INCA orienta

mulheres assintomáticas de 50 a 69 anos, como medida de rastreamento, a realizarem o exame de mamografia bianual e o exame clínico das mamas, realizado por médico especialista durante a consulta médica, anualmente (INCA, 2014).

Vale lembrar que, segundo consta no Caderno de Rastreamentos do Ministério da Saúde, a cobertura esperada de realização de mamografia é de 70% ou superior, entre mulheres que compõem a população-alvo (idades de 50 a 69 anos), por meio da qual é possível reduzir a mortalidade por câncer de mama entre 15 e 23%. (USPSTF, 2009).

O rastreamento por mamografia reduziu em 25% a mortalidade, segundo estudos sobre incidência da mortalidade por câncer de mama, e em 31%, segundo estudos caso-controle, conforme observado em estudo de revisão (CAROL DESANTIS et al., 2013). Em outro estudo realizado na Suécia, também foi observada redução da mortalidade após a preconização do rastreamento em mulheres acima de 40 anos (LÁSZLÓ TABÁR, 2011).

Apesar de não termos informações em nosso estudo sobre resultados de mamografias diagnósticas, é importante ressaltar que a redução da mortalidade reforça a importância do rastreamento para detecção precoce e melhor prognóstico da doença. Em três décadas o rastreamento aumentou a detecção precoce, no entanto, apresentou pouca redução do diagnóstico tardio nos Estados Unidos (ARCHIE BLEYER, 2012).

Os programas voltados ao rastreamento e detecção precoce do câncer de mama são efetivos, porém, surge a interrogação sobre quais seriam os motivos para estas mulheres não aderirem ao exame mamográfico, no período do estudo, uma vez que o Município possui alta cobertura do Programa de Estratégia da Família. No mês de dezembro de 2010, 42.067 famílias foram acompanhadas pelo Programa (SIAB,2010).

A cobertura do Programa de Estratégia da Família em 2013 correspondeu a 79% da cobertura da população feminina moradora (SIAB, 2013), contando com uma infraestrutura de cinco mamógrafos em uso, sendo três deles pelo sistema público de saúde, constituindo assim um cenário propício para uma avaliação sobre a qualidade da assistência prestada às mulheres, no que diz respeito à realização do exame mamográfico (CNES, 2014). Isso nos leva a interpretar que a maioria das mulheres deste grupo não realizou o exame por outros motivos, não por falta de oferta de mamografia.

Em relação aos fatores preventivos do câncer de mama, no presente estudo observou-se maior frequência ao médico ginecologista da rede pública. A consulta periódica ao médico especialista é de fundamental importância na prevenção e detecção precoce do câncer mamário, segundo informações dos documentos disponibilizados pelo INCA, 2014.

Durante as visitas ao médico ginecologista ou mastologista, é de bom grado que os profissionais se atentem à prática do exame clínico das mamas. O Ministério da Saúde, por meio da cartilha de rastreamento do ano de 2013, indica que o autoexame realizado pela mulher não substitui o exame clínico das mamas realizado por profissionais capacitados (BRASIL, 2010).

Em um estudo transversal, realizado nas Unidades de Saúde da Família do Município de Aracruz, no norte do Estado do Espírito Santo (ES), com amostra de 459 mulheres, 69,7% (320) foram examinadas durante a consulta médica pelo profissional de saúde. O presente estudo demonstra que a maioria das mulheres frequentou os serviços de saúde nos últimos doze meses e passou em consulta com médicos de especialidades em Ginecologia e Médico da Família pelo serviço público. Assim, é importante questionar se o baixo número de mamografias realizadas no último ano em Praia Grande foi devido à lacuna na solicitação por médicos especialistas ou à dificuldade na realização enfrentada pelas mulheres.

Uma das principais barreiras encontradas no estudo de MARINHO et al., 2008, foi a dificuldade no acesso aos serviços de saúde — 13,9% (57) das mulheres relataram ter encontrado dificuldade. Outro resultado preocupante é a falta de solicitação do exame mamográfico pelo médico especialista — 81,8% (336) das mulheres não tiveram o exame solicitado. Em inquérito populacional realizado entre o período de 2000 a 2001 com mulheres de 40 a 69 anos, residentes do Município de Teresina no Estado do Piauí, foi observado que 55,1% das mulheres alegaram como principal motivo para nunca terem realizado o exame de mamografia, a não solicitação do exame pelo médico (GODINHO e KOCK, 2002).

Em contrapartida, estudo dos mesmos autores do ano de 2004, em que se abordou o comportamento dos médicos em relação ao câncer de mama, com uma amostra de 582 médicos inscritos no Conselho Regional de Medicina de Goiás, nas áreas de Ginecologia, Mastologia e Geriatria, constatou que 92,4% (97) dos médicos entrevistados iniciam o rastreamento do câncer de mama com a mamografia de

base e 90,5% (95) responderam que o rastreamento do câncer de mama é iniciado em mulheres a partir dos 40 anos (GODINHO e KOCK, 2004).

Em nosso estudo não temos informação sobre o motivo de não realização da mamografia, entretanto, a literatura apresenta uma controvérsia quando analisadas as respostas das mulheres em comparação as dos médicos especialistas, que são os possíveis solicitantes deste exame.

A frequência da realização do exame de mamografia não está somente associada às idades preconizadas para o rastreamento, mas também aos recursos ofertados nos sistemas público e privado, considerando-se a oferta de equipamentos, hospitais e UBS, para o encaminhamento de exames.

No Brasil, há maior oferta de equipamentos por parte de planos e seguros de saúde, em comparação aos ofertados pelo SUS. No que se refere à disponibilidade de mamógrafos em nosso País, os números obtidos por meio da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) do IBGE de 2005 são de 0,912 e 4,461 por 100 mil habitantes, SUS e não SUS, respectivamente (SANTOS, 2008).

Particularmente no Município de Praia Grande, como já relatado anteriormente, há sete mamógrafos, dos quais seis em uso. Destes em uso, quatro são de uso exclusivo do SUS. A população feminina do Município compreende 135.489, sendo 26.100 mulheres entre 50 e 69 anos. Portanto, há 4.350 mulheres para cada mamógrafo em uso, ou seja, 0,23 por mil mulheres desta faixa etária. Considerando que a preconização é bianual, estima-se matematicamente a realização de 181 exames por mês, para cobertura destas mulheres, sendo factível a realização de aproximadamente 30 exames mensais em cada mamógrafo em uso (CNES, IBGE).

No que concerne à associação positiva do exame de mamografia com a ultrassonografia das mamas, no presente estudo o mecanismo desta relação pode ser explicado pelo fato de, na prática médica, os dois exames serem solicitados em conjunto como forma avaliativa do próprio médico. Apesar desta associação encontrada, estudo de Urban et al., 2012, que objetivou analisar os métodos de diagnósticos por imagem utilizados para o rastreamento de câncer de mama, observou que a realização do ultrassom de mamas na faixa etária de 40 a 69 anos não é utilizado como rastreamento, exceto em forma individualizada.

Portanto, a solicitação pelo médico de exame de ultrassom das mamas ocorre apenas em casos quando se tem algum sinal ou sintoma da doença (URBAN et al., 2012).

Essa questão nos direciona a pensar na existência de interação entre as variáveis sobre plano de saúde e realização de ultrassom de mamas, conforme observado na análise univariada.

Por outro lado, o exame clínico é preconizado anualmente e, apesar da perda da significância no modelo múltiplo no presente estudo, em inquérito multicêntrico realizado em alguns municípios do Estado de São Paulo, no período de 2001 e 2002, observou-se em que mulheres com idades entre 40 e 69 anos, o ECM foi associado à realização do exame de mamografia (AMORIM et al., 2008).

Segundo Novaes et al., 2006, em inquérito populacional, por meio de dados do PNAD 2003, com mulheres de 25 anos ou mais, observou-se que 98% das mulheres entrevistadas, que relataram ter realizado mamografia nos últimos dois anos, mencionaram terem realizado também o ECM no mesmo período, e que 62% das mulheres que fizeram o ECM também realizaram a mamografia.

A realização do exame mamográfico no último ano, no presente estudo, foi maior entre as mulheres que frequentavam o SUS, corroborando com estudo de Lages et al., 2011, realizado em mulheres de idade entre 40 e 69 anos, residentes do Município de Teresina, Piauí, por meio de estudo transversal.

No sistema de cobertura duplicada (mix público-privado) existente em nosso País, o segmento suplementar (convênios) disponibiliza uma gama de serviços hospitalares, principalmente de equipamentos de alta e média complexidade, muito maior do que a observada no serviço público de saúde, aumentando desta forma a oferta de serviços privados em relação ao público. Porém, o estudo mostra que a maioria das mulheres não tem acesso a planos de saúde, mas que apesar da grande oferta ao sistema privado, o SUS continua sendo procurado pelas mulheres do Município para a realização do exame mamográfico (SANTOS, 2008).

Apesar das dificuldades encontradas na oferta de serviços, a presença de um sistema de saúde pública no Brasil, como o SUS, ao garantir acesso universal e expandir a Atenção Primária, promove a equidade no acesso ao exame mamográfico, trazendo grandes benefícios à saúde da mulher na detecção precoce do câncer de mama.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mulheres com idades preconizadas para rastreamento do Município de Praia Grande apresentam baixa realização do exame mamográfico.

A maior realização está entre aquelas com plano de saúde privado, registro sob regime CLT e consulta com o médico ginecologista nos últimos 12 meses antecedentes a pesquisa. A colaboração para esta prática deve ser iniciada pelos profissionais de saúde que prestam atendimento a essas mulheres, tanto nos sistemas de saúde público e privado. Os médicos solicitantes, principalmente os especialistas, em que é permitido a solicitação e indicação de exames preventivos voltados a saúde da mulher e, principalmente, a prevenção do Câncer de mama.

Assim, importante atentar para a dificuldade de acesso ao exame entre mulheres em condições socioeconômica desfavorecidas.

A conscientização por meio de implementação de políticas públicas sobre a importância da realização deste exame dentro do que é preconizado, visa diminuir a mortalidade pela doença, que é uma das principais causas de morte entre as mulheres no Brasil e no mundo.

REFERÊNCIAS

ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>. Acessado em: 22.10.2014.

AMORIM, Vivian Mae Schmidt Lima et al. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, Nov. 2008.

ARCHIE BLEYER, M.D., and H. Gilbert Welch, M.D., M.P.H. Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence. The New England Journal of Medicine. Novembro. 2012.

Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (**PROADESS**). 2011. Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 18/09/2014.

Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (**PROADESS**). 2012. Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 18/09/2014.

BARROS, M. B. A. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. Rev Brasileira de Epidemiologia.11 Suppl 1: 6-19. 2008.

BONTRAGER, K. L. Tratado de técnica radiológica e base anatômica. 5ª. Edição. Editora Guanabara Koogan. Capítulo 18. p. 580-591. Rio de Janeiro, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento (Série A: Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária nº 29). Brasília, 2010.

CANELLA, E. O., PEIXOTO, J. E., AZEVEDO, A. C., GIACOMETI, A. F. Falando sobre mamografia. MS/INCA. Rio de Janeiro, 2000.

CORREA, Rosângela da Silveira et al. Estimativas da cobertura **mamográfica** no Estado de Goiás, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 27, n. 9, p. 1757-1767, Sept. 2011.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (**SEADE**). 2013. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/>>. Acesso em 09/08/2014.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (**SEADE**). 2014. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/>>. Acesso em 09/08/2014.

GLOBOCAN. Projeto Globocan Agência Internacional para Pesquisa em Câncer. 2012. Disponível em: < <http://globocan.iarc.fr>>. Acesso em: 26/09/2014.

GODINHO, E. R., KOCH, H. A. O perfil da mulher que se submete a mamografia em Goiânia – uma contribuição a bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama. Radiologia Brasileira. 2002. 35 (3): p. 139-145.

GODINHO, E. R., KOCH, H. A. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. Radiologia Brasileira. 2004. 37(2): p. 91-99.

GRAY, J. A. New concepts in screening. Br J Gen Pract, England, v. 54, n. 501, p. 292-298, 2004.

HIRAKATA, V. N.; BARROS, A. J. D. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Medical Research Methodology. p.1-13. 2003.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acessado em 15.08.2014.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acessado em 15.08.2014.

Instituto Nacional de Câncer (**Brasil**). Ações de enfermagem para o controle do câncer: um proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. ampliada e atualizada. Rio de Janeiro: 2008.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (**INCA**). Estimativas 2014. Incidência de Câncer no Brasil. 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>. Acesso em 12/12/2014.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (**INCA**). 2013. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>. Acesso em 12/12/2014.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (**INCA**). 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>. Acesso em 19/12/2014.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Breast cancer screening: **IARC** handbooks of cancer prevention [Internet]. Lyon: IARCPress, 2002. Disponível em: <http://www.iarc.fr/>. Acesso em: 25/07/2014.

KISH, L. Sampling organizations and groups of unequal sizes. American Sociological Review, 20, 564572. 1965.

LAGES, R. B., OLIVEIRA, G. P., FILHO, V. M. S., NOGUEIRA, F. M., TELES, J. B. M., VIEIRA, S. C. Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-Piauí-Brasil, 2010-2011. Revista brasileira de epidemiologia. 2012. 15 (4): 737-47.

MARINHO, L. A. B., CECATTI, J. G., OSIS, M. J. D., GURGEL, M. S. C. Knowledge, attitude and **pratece** of mammography among women users of public health services. Revista de saúde pública. 42-2. 200-7. 2008.

MORETTI, Isabella. “Regras da ABNT para TCC: conheça as principais normas”. 2014. Disponível em: <<http://viacarreira.com/regras-da-abnt-para-tcc-conheca-principais-normas>>. Acesso em: 09/04/2015.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; BRAGA, Patrícia Emilia; SCHOUT, Denise. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas

mulheres brasileiras, PNAD 2003. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, dez. 2006.

Organização Mundial da Saúde (**OMS**). 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>>. Acesso em 02/04/2015.

SANTOS, Isabela Soares; UGA, Maria Alicia Dominguez and PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2008, vol.13, n.5, pp. 1431-1440. ISSN 1678-4561.

SCHNEIDER et al. Rastreamento mamográfico do câncer de mama no Sul do Brasil e fatores associados: estudo de base populacional. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 30 (9): 1987-1997. Setembro de 2014.

SEGRI, N. J. 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). Revista brasileira de epidemiologia de São Paulo, v. 14, supl. 1, Sept. 2011.

SILVA, N. N. da. Amostragem Probabilística: um curso introdutório. 2. ed. São Paulo: EDUSP, 2001.

Sistema de Informação de Atenção Básica (**SIAB**). 2010. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em 25/08/2014.

Sistema de Informação de Atenção Básica (**SIAB**). 2013. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em 25/08/2014.

Sistema de Informação do câncer do colo do útero e Sistema de Informação do câncer de mama (**DATASUS**). Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php?area=0402>>. Acesso em: 29/09/2014.

Sistema de Informação sobre Mortalidade (**SIM**). 2012. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo01/consultar.xhtml#panelResultado>>. Acesso em 29/09/2014.

U. S. Preventive Service Task Force (**USPSTF**). 2009. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/index.html>. Acesso em: 18/08/2015.

VIACAVA, F.; DE SOUZA-JUNIOR, P. R. B.; MOREIRA, R. S. Estimativas da cobertura de mamografia segundo inquéritos de saúde no Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 43, n. suppl. 2, p. 117-125, 2009.

VIEIRA, A. A arte da escrita técnica. Revista de sistemas de informação – FSMA. N.8. p. 22-30, 2011.

Anexo A: Questionário 1

UniSantos - Mestrado em Saúde Coletiva

Mix público privado na utilização de serviços de atenção primária de saúde em áreas metropolitanas

Município: Praia Grande São Paulo Questionário: 5139

Domicílio de moradia permanente?: Sim Não

Endereço:

Número: Complemento:

Bairro: Cep:

Telefone: Celular: Número de moradores:

1-) Gravar Dados Domicílio 2-) Gravar dados dos moradores 3-) Continuar Visita Anterior

Sua casa é coberta pelo PSF?: Sim Não Questionário: 5139

Critério de classificação econômica Brasil 2010

TV em cores ▼

Rádio ▼

Banheiro ▼

Automóvel ▼

Empregada mensalista ▼

Máquina de lavar ▼

Vídeo/DVD ▼

Geladeira ▼

Freezer (independente ou parte da geladeira duplex) ▼

Qual o grau de instrução do chefe de família?: ▼

Renda Familiar: ▼

Alguém em casa está em algum programa especial do governo? Sim Não

bolsa família

renda cidadã

bolsa trabalho

benefício de prestação continuada

outros

Condição de moradia: ▼

Moradores

Número	Nome	Sexo	Idade	Possui Plano?	Qual?	Quanto tempo?	Quem Paga?
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="Teste"/>	<input type="text" value="Fem"/> ▼	<input type="text" value="25"/>	<input type="text" value="Sim"/> ▼	<input type="text" value="Outros"/> ▼	<input type="text" value="menos de 1 ano"/> ▼	<input type="text" value="Empresa"/> ▼

Anexo B: Questionário 2

Questionário número: 7097

Morador número: 1 1-Qual dessas, você considera a sua cor? (Leia as alternativas) 1-branca

2-Escolaridade: Analfabeto/até 3.a série Fundamental 3-Trabalha atualmente remuneradamente? CLT

4-Em relação aos cuidados com a saúde, a quem você recorre? (EXCETO PRONTO SOCORRO) Médico Particular

5-Frequenta ou frequentou algum serviço de saúde ou consultório médico (EXCETO PRONTO SOCORRO) nos últimos 12 meses?: Sim

6-Qual a cidade (moradores de Praia Grande) ou Bairro(moradores São Paulo):

7-Como você consegue o agendamento com o serviço/médico citado acima? Com facilidade

8-Você sabe o nome do médico que lhe atende? Sim

9-Você trocaria seu médico se pudesse ou se fosse fácil?: Sim Não

10-Você trocaria o serviço citado acima se pudesse ou se fosse fácil?: Sim Não

11-Como você avalia o serviço citado acima?: Muito ruim

12-Você se sente a vontade nas consultas para fazer perguntas?: Sim Não

13-Suas perguntas durante as consultas são respondidas de forma que você entenda?: Sim Não Nem sempre

14-Você discute problemas de sua família durante as consultas?: Sim Não

15-Quais orientações recebe durante as consultas?:

Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis	<input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não
Importância de realizar atividades físicas	<input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não
Prevenção do câncer de pele	<input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não
Procedimentos em caso de violência sexual e doméstica	<input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não
Acompanhamento do climatério	<input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não
Prevenção osteoporose	<input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não

16-Por qual(is) tipo(s) de médico(s) você passou nos últimos 12 meses?:

<input checked="" type="checkbox"/> Médico de Família	<input type="checkbox"/> Setor Público	<input type="checkbox"/> Setor Privado
<input checked="" type="checkbox"/> Clínico Geral	<input type="checkbox"/> Setor Público	<input type="checkbox"/> Setor Privado
<input checked="" type="checkbox"/> Cardiologista	<input type="checkbox"/> Setor Público	<input type="checkbox"/> Setor Privado
<input checked="" type="checkbox"/> Ortopedista	<input type="checkbox"/> Setor Público	<input type="checkbox"/> Setor Privado
<input checked="" type="checkbox"/> Oftalmologista	<input type="checkbox"/> Setor Público	<input type="checkbox"/> Setor Privado
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologista	<input type="checkbox"/> Setor Público	<input type="checkbox"/> Setor Privado
<input checked="" type="checkbox"/> Ginecologia/Obstetra	<input type="checkbox"/> Setor Público	<input type="checkbox"/> Setor Privado
<input checked="" type="checkbox"/> Psiquiatra	<input type="checkbox"/> Setor Público	<input type="checkbox"/> Setor Privado
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologista	<input type="checkbox"/> Setor Público	<input type="checkbox"/> Setor Privado
<input checked="" type="checkbox"/> Endocrinologista	<input type="checkbox"/> Setor Público	<input type="checkbox"/> Setor Privado
<input checked="" type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Setor Público	<input type="checkbox"/> Setor Privado

16.1-Como você conseguiu o agendamento?: Com facilidade

16.2-O seu médico que lhe encaminhou recebeu por escrito o que o especialista achou?: Sim

17-Você tem algum problema crônico de saúde ? Sim Não

Hipertensão

Diabetes

18-Você fez algum exame nos últimos 12 meses?

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sangue | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Urina | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fezes | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Raio X | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ultra Som | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tomografia | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ressonância | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cintilografia | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Eletrocardiograma | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ecocardiograma | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Endoscopia | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Exame de Vista | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Mamografia | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Densitometria | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG de Mamas | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Papanicolau | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |

19-Já fez o exame USG de Mamas alguma vez?

20-Já fez o exame Papanicolau alguma vez?

21-Você faz uso de medicamento anticoncepcional?

- Não Sim, por conta própria Sim, com orientação de profissional de saúde

22-Qual o método anticoncepcional que você utiliza?

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Laqueadura | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Vasectomia/parceiro | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pilulas anticoncepcionais | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Injeções anticoncepcionais | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Camisinha | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pílula do dia seguinte | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Outros | <input type="radio"/> Setor Público <input type="radio"/> Setor Privado |

23-Fez exames ginecológicos no último ano?

- Sim Não Médico da família não sabe Ginecologista Setor Público Setor Privado

24-Há quanto tempo fez o seu último exame ginecológico?

- 1 a 3 anos
 + 4 anos
 nunca fez

23-Fez exames ginecológicos no último ano?

- Sim Não

24-Há quanto tempo fez o seu último exame ginecológico?

- 1 a 3 anos Setor Público Setor Privado
 + 4 anos
 nunca fez

25-O exame clínico das mamas foi realizado na consulta? Sim Não

26-História obstétrica: partos: abortos: filhos vivos:

27-Estava grávida ou esteve nos últimos três anos? Sim Não

28-Tempo do último parto: < 6 meses entre 6 meses à 1 ano entre 1 e 2 anos entre 2 e 3 anos

ainda estou grávida:

29-Ainda tem o cartão pré-natal? Sim Não Não tive o cartão

30-Local do pré-natal: Público Privado

31-Local do parto: Público Privado

32-Quando foi a sua primeira consulta após descobrir a gravidez?

33-Quantas consultas realizou?:

34 -Alguns profissionais da saúde conversaram com você sobre a gravidez esclarecendo dúvidas e informando sobre condutas a serem adotadas? Sim Não

35-Você participou de alguma atividade educativa, em grupo ou individual? Sim Não

36-Você foi orientada quanto a importância do parto normal? Sim Não

43-Foi informada sobre seu direito de ter um acompanhante durante todo o pré-natal (consulta e atividades) e no pré e pós-parto? Sim Não

44-Em relação ao cigarro, você: Fuma Não Fuma Parei de Fumar a menos de 5 anos

45-Você já tentou parar? Sim, sem auxílio Sim, com auxílio Não

46-Você recebeu algum tipo de auxílio quanto tentou parar ou parou?

Apoio Psicológico

Reposição de nicotina(adesivos e/ou chicletes) Automedicação?: Sim Não

Apoio Medicamentoso Automedicação?: Sim Não

47-De quem recebeu auxílio?

48-Você tem Caderneta de Saúde de pessoa idosa? Sim Não

49-Quando foi preenchida pela última vez? um mês seis meses um ano ou mais

50-A senhora necessita de alguém que lhe auxilie nas atividades diárias? ex. tomar banho, vestir-se, etc... Sim Não

51-Quem lhe ajuda? Familiar Profissional contratado

52-A pessoa que lhe ajuda recebeu treinamento específico?

53-No último ano, quantas vezes você já recebeu a visita domiciliar de um profissional da saúde?

Médico:

Enfermeiro:

ACS:

Outros:

54-Você já recebeu orientação formal de como evitar acidentes domiciliares?

Não Sim, do plano de saúde Sim, do município Sim, de uma organização

55-Quais vacinas você recebeu no último ano?

Gripe Privado Público

Pneumonia Privado Público

Tétano (últimos 10 anos) Privado Público

outras Privado Público

não recebi

56-Você participa de algum grupo de apoio?

Sim, do plano de saúde

Sim, do setor público

Sim, de uma organização não governamental

Não

57-Em geral você considera sua saúde?

58-Sua saúde atrapalha a realização de suas tarefas diárias?

Questionário - Medicamentos

Anexo C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) senhor(a):

Gostaria de convidá-lo(lá) para participar da pesquisa "Mix publico privado na utilização de serviços de atenção primária de saúde em áreas metropolitanas" que, eu, Aylene Bousquat, pesquisadora da Universidade Católica de Santos estou realizando. Este tem finalidade científica e esperamos que sua divulgação ajude a entender como e aonde a população de Praia Grande e Santos utiliza os serviços de saúde. O objetivo é caracterizar a relação entre o setor público e o privado no acesso à atenção primária a saúde.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas sobre o acesso aos serviços de saúde para os integrantes da sua família. As respostas serão guardadas no computador e as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para o objetivo proposto pelo projeto.

O único possível desconforto é o seu tempo gasto para responder as questões. Você pode parar de responder a qualquer momento e isto não afetará o seu atendimento nos serviços de saúde. Por outro lado, o resultado desta pesquisa poderá trazer como benefício uma melhor compreensão dos serviços de saúde na região contribuindo para ações de melhoria. Em nenhuma hipótese você ou sua família serão identificados, todo material é sigiloso.

Caso tenha dúvidas o pesquisador estará disponível para esclarecê-las, bastando para isso contatá-lo através do e-mail aylenebousquat@uol.com.br ou pelo telefone 3205-5555, ramal 1449. O comitê de ética da Universidade Católica de Santos também poderá ser contatado se achar necessário pelo telefone 3205-5555 ou pelo e-mail comet@unisantos.br.

Sua participação é voluntária e este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo. A confidencialidade das informações geradas e a sua privacidade estão garantidas.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com você e a outra arquivada com o pesquisador responsável.

Eu, _____, RG nº _____
 declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa
 acima descrito.

Praia Grande, ____ de _____ de _____

 assinatura do sujeito da pesquisa e RG

Eu, Dra. Aylene Bousquat, responsável pela pesquisa, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa para realizar este estudo.

Assinatura  RG..... Data...../...../.....

Anexo D: Carta de aprovação

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Católica de Santos - UNISANTOS

PROJETO DE PESQUISA

Título: Mix público privado na atenção primária de saúde em área metropolitana do Estado de São Paulo
Área Temática: Paulo

Pesquisador: Aylene Emilia Moraes Bousquat

Versão: 2

Instituição: Universidade Católica de Santos - UNISANTOS **CAAE:** 01341012.4.0000.5536

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 40367

Data da Relatoria: 18/06/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto parte da hipótese da existência de um importante mix público-privado na utilização de serviços de saúde no Brasil, que alcança a atenção primária de saúde (APS); a ocorrência deste mix na APS configura um cenário bastante complexo, que se reflete no acesso aos serviços de saúde, no próprio desempenho da APS, no planejamento do sistema de saúde, bem como no cumprimento do preceito constitucional da equidade. Este mix é especialmente presente nas regiões metropolitanas, as quais se destacam pelo dinamismo econômico e consequente existência de forte setor privado da saúde. O debate acadêmico sobre o mix público-privado na APS vem se avolumando internacionalmente nos últimos anos. O mesmo não pode ser dito da produção acadêmica brasileira, apesar da magnitude do setor privado de saúde no Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Caracterizar o mix público-privado na utilização de serviços pertinentes a esfera da atenção primária de saúde em dois municípios de regiões metropolitanas do Estado de São Paulo;
Objetivo Secundário: 1) Comparar os perfis de utilização da APS, segundo as tipologias do mix público-privado identificadas, em municípios com inserções distintas em áreas metropolitanas. 2) Caracterizar as etapas de distribuição e utilização do medicamento da assistência farmacêutica, para as populações estudadas. 3) Identificar junto a operadoras de planos de saúde seu rol de procedimentos e as estratégias na oferta de serviços de atenção primária de saúde a seus beneficiários. 4) Identificar junto aos principais gestores locais do SUS como se dá o planejamento local de saúde por referência ao mix público-privado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Informa que não há riscos e que o desconforto é o tempo para resposta ao questionário.
Benefícios apontados: 1) melhor compreensão dos serviços de saúde na região contribuindo para ações de melhoria; 2) contribuições científicas: publicação de artigos e desenvolvimento de tese de doutorado, dissertações de mestrado e iniciações científicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Serão realizados dois tipos de estudos: um inquérito domiciliar e uma pesquisa qualitativa com atores chave. A escolha dos municípios a serem estudados (Santos e Praia Grande - levou em conta o processo de urbanização paulista marcado por forte viés de exclusão socioespacial, resultando em um modelo de ocupação urbano bastante polarizado e desigual, no qual as cidades pólos e as cidades periféricas adquiriram funções e perfis bastante distintos. Os entrevistadores agirão de forma respeitosa e deixarão claro que a participação na pesquisa é voluntária, todos serão treinados antes do início da pesquisa. Os questionários serão aplicados através de notebooks em sistema operacional elaborado especificamente para esta pesquisa. Os responsáveis pelos principais convênios médicos utilizados pela população identificados na primeira fase serão entrevistados, utilizando-se roteiro semi-estruturado. No âmbito da gestão do SUS também serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com os gestores locais, e no caso do município de São Paulo com os parceiros da PMSP na região. As entrevistas serão transcritas. A última etapa metodológica prevista é a integração dos resultados obtidos nas etapas anteriores. No Brasil, serão 2500 sujeitos, sendo 1.250 em Praia Grande e 1.250 em Santos. No inquérito populacional, a técnica de amostragem a ser utilizada é a de conglomerados, sendo adotados como unidades primárias e secundárias de amostragem, respectivamente, o setor censitário e o domicílio. Todos os moradores do domicílio serão considerados sorteados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os termos obrigatórios previstos na Resolução n. 196/96. Foram apresentados dois TCLEs em conformidade ao disposto, para maiores de 18 anos e menores de 18 anos, este a ser assinado pelo responsável legal.

Recomendações:

Não há recomendações a fazer.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências apontadas no relatório anterior foram atendidas pela pesquisadora.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Cumprindo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde o projeto foi analisado por um relator e em reunião ocorrida em 18 de junho de 2012 foi considerado APROVADO.

SANTOS, 20 de Junho de 2012

Assinado por:

Maria Luiza Domingues Villar