Universidade Católica de Santos

Doutorado em Saúde Coletiva

Utilização dos serviços de saúde por mulheres em município com Estratégia de Saúde da Família.

Bruna Feichas Renó Carnevali

Santos

2016

Utilização dos serviços de saúde por mulheres em município com Estratégia de Saúde da Família.

Bruna Feichas Renó Carnevali

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos – UNISANTOS - para obtenção do título de Doutora.

Área de Concentração: Políticas e Práticas de Saúde

Orientadora: Profª Dra. Cláudia Renata dos Santos Barros
Co-orientadora: Profª Dra. Aylene Bousquat

Santos

2016

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

---

Carnevali, Bruna Feichas Renó.
C289u Utilização dos serviços de saúde por mulheres em município com estratégia de saúde da família. - /Bruna Feichós Renó Carnevali; orientadora Claudia Renata dos Santos Barros – 2017.
80 f.; 30 cm

Tese (doutorado) – Universidade Católica de Santos, Programa de Doutorado em Saúde Coletiva.

Bibliografia:

1. Tese. 2. Saúde da mulher. 3. Serviços de saúde. 4. Atenção primária a saúde. I. Barros, Claudia Renata dos Santos. II. Universidade Católica de Santos. III. Título.

CDU 1997 – 614(043.2)

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, meu socorro e presente na hora da minha angústia.

À minha família que tanto amo, que acompanharam meus passos, que me deram força e incentivo e que contribuíram para que eu me tornasse uma profissional.

À Unisantos por me proporcionar além de crescimento profissional, conhecer pessoas e mestres que se tornaram especiais em minha vida...

À Marcia Gibo da secretaria acadêmica da Unisantos, pelo profissionalismo.

Aos companheiros de trabalho da Secretaria de Saúde Pública de Praia Grande, em especial Dr Luiz Carlos Marono, pelo incentivo.

Ao MS – DECIT/ CNPq pelo financiamento do projeto de pesquisa.

A todos os amigos que participaram dessa pesquisa em especial: Katucha, Marlene, Silvia e Fabiana e aos demais que colaboraram para a realização deste trabalho.

À Aylene... você me ensinou que verdadeiras amizades continuam a crescer mesmo a longa distâncias, e o que importa não é o que temos na vida, mas quem temos em nossas vidas!

À minha orientadora “Claudinha”... que começo difícil..., mas você me conquistou e eu me entreguei. Aceitar-te me fez hoje estar aqui! Onde existe amizade verdadeira, não se tem espaço para as diferenças!!!

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

Lenine

CARNEVALI, B. F. R. **Utilização dos serviços de saúde por mulheres em município com Estratégia de Saúde da Família**. Tese de Doutorado – Universidade Católica de Santos, Santos - UNISANTOS, 2016.

RESUMO

Introdução: A utilização dos serviços de saúde é um elemento central para a análise dos sistemas e serviços de saúde. As mulheres constituem a maioria da população brasileira, e também elas são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) para seu próprio atendimento ou acompanhamento de crianças e/ou outros familiares. Conformam, portanto, um segmento social fundamental para as políticas de saúde **Objetivo:** Analisar os fatores associados à utilização de serviços de saúde nas mulheres entre 19 e 59 anos que utilizaram os serviços de saúde no município de Praia Grande, São Paulo. **Método:** inquérito populacional, realizado no município de Praia Grande, em 2012, com mulheres de 19 a 102 anos. Processo de amostragem complexo realizado no setor censitário e domicílio. As variáveis independentes incluíram classificação socioeconômica, beneficiárias do programa de transferência de renda, usuárias de plano de saúde, agendamento de serviço, trocaria de médico, trocaria de serviço de saúde, condição de saúde, saúde atrapalha nas atividades diárias, utilização de médico da família nos últimos 12 meses, utilização de ginecologista nos últimos 12 meses, exame clínico das mamas nas consultas e uso de anticoncepcional. As variáveis dependentes foram: frequentaram serviço de saúde, realização de papanicolaou e realização de mamografia, ambos nos últimos 12 meses. Para diferenças entre proporções foi utilizado o Qui Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, com nível de significância de 5%. **Resultados:** Foram entrevistadas 493 mulheres, com média de idade de 39,63 anos; a classe socioeconômica predominante foi a C; a maioria não possuía plano de saúde. Entre as 65,31% (322) que frequentaram o serviço de saúde nos últimos 12 meses, 64,70% agendaram seus serviços com facilidade e mais da metade não trocariam de médico e nem de serviço utilizado; 64,77% consideraram a sua saúde boa e mais de 90% delas referiram que a condição de saúde não atrapalha suas atividades diárias. Mulheres que tinham plano de saúde, que realizaram Papanicolaou e que fizeram mamografia no último ano utilizaram mais o serviço de saúde nos 12 meses prévios à entrevista. Observou-se associação positiva para a utilização de serviços de saúde nos últimos 12 meses entre as variáveis usuárias de plano de saúde, realização de papanicolaou, utilização de ginecologista e utilização de anticoncepcional com orientação médica. A realização de Papanicolaou nos últimos 12 meses foi maior entre as que frequentaram médico de família e ginecologista no mesmo período analisado; mais realização do Papanicolaou entre as usuárias de plano de saúde, entre as mulheres que passaram pelo ginecologista, que fizeram o exame clínico das mamas e que usaram anticoncepcional com orientação médica. A realização de Mamografia nos últimos 12 meses foi maior entre as que frequentaram ginecologista nos últimos 12 meses; entre as que NÃO realizaram o ECM nas consultas e aquelas que não tinham plano de saúde. **Conclusão:** O perfil encontrado por um lado expressa a condicionalidade do uso de serviços de saúde previsto nas políticas de transferência de renda, e por outro indica, que mesmo em área com alta cobertura da ESF, a afiliação a planos de saúde ainda se apresenta como fator importante no acesso.

Descritores: Saúde da família, saúde da mulher, serviços de saúde, atenção primária a saúde

ABSTRACT

Introduction: The use of health services is a central element for the analysis of health systems and services. Women make up the majority of the Brazilian population, which in 2013 was equivalent to 51.4% of the population. They are also the main users of the Unified Health System (SUS) for their own care or monitoring of children and / or other relatives. Thus, they constitute a fundamental social segment for health policies. **Objective:** The objective of this study is to characterize the profile of women between 19 and 59 years of age who used health services**. Method:** population survey, in 2012, in the city of Praia Grande, State of São Paulo, which has a high coverage of the Family Health Strategy, in women aged 19 to 102 years. The independent variables included the sociodemographic characteristics, beneficiaries of the income transfer program, health plan users, service scheduling, medical exchange, health service exchange, health problems in daily activities, pap smear in the last 12 months, use of family doctor in the last 12 months, use of a gynecologist in the last 12 months, mammography in the last 12 months, clinical examination of the breasts in the consultations and contraceptive use. The dependent variables were: they attended health service and then performed papsmear, both in the last 12 months. For differences between proportions Pearson's Chi Square or Fisher's Exact, with significance level of 5% was used. **Results:** A total of 493 women were interviewed, with a average age of 39,63 years; The predominant socioeconomic class was C; Most did not have health insurance. Of the 65,31% (322) who attended the health service in the last 12 months, 64,70% scheduled their services easily and more than half would not change doctors or services; 64,77% of them considered their health good and more than 90% of them reported that the health condition does not interfere with their daily activities. Only 9% of the women were beneficiaries of income programs, with Bolsa Familia being the most used. The Pap smear exam was performed by 35,09% of the women interviewed in the last 12 months; More than 60% of them did not use the Family Health doctor in the last 12 months nor did they go through a Gynecologist. Mammography was performed in 24,23% and the breasts were examined in the consultations in 57,20%. Most did not use contraception. **Conclusion:** The profile found on the one hand expresses the conditionality of the use of health services foreseen in income transfer policies, and on the other, indicates that even in an area with high FHS coverage, affiliation to health plans still present sit self as an Important factor for access.

Keywords: Family health, women's health, health services, primary health care

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 01: Tamanho da amostra segundo domínio de estudo.....28

Quadro 01 - Divisão por blocos e temas referentes ao questionário do inquérito populacional mix público-privado na utilização dos serviços de Atenção Primária, 2013.....29

Tabela 02 – Perfil de utilização do Serviço de Saúde, Praia Grande - SP, 2015.....35

Tabela 03 – Utilização de Serviços de Saúde nos últimos 12 meses, Praia Grande - SP, 2015.....37

Tabela 04 – Razão de Prevalência bruta e ajustada da Utilização de Serviços de Saúde nos últimos 12 meses, Praia Grande - SP, 2015.....39

Tabela 05 – Realizou Papanicolaou nos últimos 12 meses, Praia Grande - SP, 2015.....41

Tabela 06 – Razão de Prevalência bruta e ajustada da realização de Papanicolaou nos últimos 12 meses, Praia Grande - SP, 2015.....43

Tabela 07 – Realizou Mamografia nos últimos 12 meses, Praia Grande - SP, 2015.....44

Tabela 06 – Razão de Prevalência bruta e ajustada da realização de Mamografia nos últimos 12 meses, Praia Grande - SP, 2015.....46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME - Ambulatório Médico de Especialidades
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
AB - Atenção Básica
ANS – Agência Nacional de Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
CAPS - Centro de Atendimento Psicossocial
CEMAS - Centro de Especialidades Médicas e Ambulatoriais
CRATH - Centro de Referência em Atendimento a Tuberculose e Hanseníase
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CCEB - Critério de Classificação Econômica Brasil
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
EACS - Estratégia Agente Comunitário de Saúde
ESF - Estratégia de Saúde da Família
ECM - Exame Clínico das Mamas
IDSUS - Índice de Desempenho do SUS
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IARC - International Agency for Research on Cancer
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA - Instituto Nacional do Câncer
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISM - Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPM - Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM - Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher
PSF - Programa de Saúde da Família
RMBS - Região Metropolitana da Baixada Santista
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidades Básicas de Saúde
USAFA - Unidade de Saúde da Família
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
UNISANTOS - Universidade Católica de Santos
USPSTF - United State Preventive Service Task Force
XML – Extensible Mark up Language

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 11

1.1- UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE 17

1.2 - A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PRAIA GRANDE 20

2. OBJETIVO 25

2.1- OBJETIVOS ESPECÍFICOS 25

3. METODOLOGIA 26

3.1- PLANO AMOSTRAL 26

3.2- INSTRUMENTO 29

3.3- APLICAÇÕES DOS QUESTIONÁRIOS 30

3.4- ANÁLISES ESTATÍSTICAS 32

3.5 – PRECONIZAÇÕES DO PAPANICOLAOU E MAMOGRAFIA 32

3.6 – ASPECTOS ÉTICOS 33

4. RESULTADOS 35

5. DISCUSSÃO 48

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 57

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 59

8. APÊNDICES E ANEXOS 75

Apêndice A: Questionário 75

Apêndice B: Questionário 76

Apêndice C**:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 79

Anexo A: Carta de aprovação 80

1- INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde são caracterizados pelas ações e políticas que visam a promoção, restauração e manutenção da saúde dos indivíduos e das coletividades (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). Um dos elementos centrais para análise dos sistemas e serviços de saúde é o acesso.

ADAY e ANDERSEN (1974), em estudo já clássico, afirmaram que alguns pesquisadores tendem a igualar o acesso com características da população, como por exemplo, renda familiar, cobertura de plano, hábitos em relação à assistência médica ou do próprio sistema de entrega: distribuição e organização dos recursos humanos e instalações. Outros, porém, argumentam que o acesso pode ser melhor avaliado através de resultados de indicadores de passagem do indivíduo através do sistema, como a utilização, taxas ou índices de satisfação. Estas medidas, segundo eles, permitem a "validação externa" da importância do sistema e características individuais (ADAY e ANDERSEN, 1974).

O termo acesso é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço e o recebimento de cuidados subsequentes. (ANDERSEN, 1995). A influência do acesso no uso de serviços de saúde é mediada por fatores individuais, fatores esses que existem previamente ao surgimento do problema de saúde e que afetam a predisposição das pessoas para usar os serviços como o gênero, por exemplo, já que as mulheres tendem a mostrar maior predisposição para o uso de serviços de saúde do que os homens; fatores capacitantes e necessidades de saúde. Ao ampliar o conceito sobre acesso, ANDERSEN (1995) incorpora a utilização de serviços de saúde, tornando o conceito multidimensional: "acesso potencial" - fatores capacitantes do uso de serviços e "acesso realizado" - a utilização de fato desses serviços. Estabelece-se, portanto uma hierarquia na qual os fatores contextuais, que são aqueles relacionados às políticas de saúde e à oferta de serviços, intervêm no uso de forma direta e indireta, por intermédio dos fatores individuais (ANDERSEN, 1995).

Já DONABEDIAN (1973) em uma de suas publicações, definiu acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população, sendo assim, fator da oferta importante para explicar as variações na utilização de serviços de saúde de grupos populacionais, e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde. O autor distingue duas dimensões da acessibilidade: a sócio-organizacional

e a geográfica e indica que essas dimensões se inter-relacionam. Mesmo que os atributos dos indivíduos sociais, culturais, econômicos e psicológicos não façam parte do conceito de acessibilidade de DONABEDIAN (1973), a relação destes com a utilização de serviços é mediada pela acessibilidade, isto é, a acessibilidade expressa as características da oferta que intervêm na relação entre características dos indivíduos e a sua utilização (DONABEDIAN, 1973).

ASSIS e JESUS (2012) defendem que "o acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde".

Entre os fatores utilizados para avaliação do acesso aos serviços de saúde estão as características relacionadas à sua utilização, mas não de forma isolada, o que resulta em uma multiplicidade de fatores individuais predisponentes, contextuais e relativos ao uso, bem como à qualidade e a efetividade do cuidado. A continuidade também depende de situações distintas daquelas que definem a entrada no sistema, sendo importante analisar as suas particularidades (TRAVASSOS et al, 2002).

Porém ao considerar os fatores que influenciam a utilização dos serviços de saúde, tanto as características dos serviços e os recursos, não são suficientes para explicar a entrada ou não entrada para o sistema. É importante especificar a dimensão relevante de utilização, uma vez que reflete diferentes aspectos do processo de procura de cuidados. Além disso, os impactos do vários determinantes de utilização podem variar dependendo do tipo, local, propósito ou intervalo de tempo analisados (ADAY e ANDERSEN, 1974).

A utilização dos serviços de saúde compreende todo contato direto – consultas médicas, hospitalizações – ou indireto – realização de exames preventivos e diagnósticos – com os serviços de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde (TRAVASSOS et al, 2006).

Os determinantes da utilização são fatores relacionados: à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), socioeconômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; aos prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de

saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema. Esses fatores podem influenciar no tipo de serviço: ambulatório, hospital, assistência domiciliar e da proposta assistencial: cuidados preventivos ou curativos ou de reabilitação (TRAVASSOS et al, 2006).

Para SAWYER et al, 2011, as demandas aos serviços de saúde são influenciadas por fatores sociais, individuais e culturais. Dessa forma, torna-se importante o conhecimento do padrão de consumo de serviços de saúde e seus determinantes para implementação de políticas públicas e garantia do acesso aos serviços de saúde.

As barreiras também são questões importantes para avaliação da utilização de serviços de saúde, pois geram oportunidades de acessos diferenciadas, entre os diferentes grupos sociais que caracterizam situações de injustiça social e violação de direitos, ou seja, indivíduos com condições socioeconômicas mais favoráveis fazem maior e melhor uso dos serviços de saúde (OLIVEIRA et al, 2012).

Existem estudos que destacam o desequilíbrio entre demanda e oferta dos níveis de complexidade da rede assistencial, apesar de a rede assistencial ter sido ampliada no Brasil nas últimas décadas contribuindo para melhorar a acessibilidade geográfica, verifica-se ainda desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda (ASSIS e JESUS, 2012). Também, desde final de 2002, a preocupação com a qualidade da assistência e com a garantia da integralidade que ganhou destaque no debate setorial (CASTRO e MACHADO, 2012).

No Brasil, SILVA JÚNIOR et al analisaram o acesso aos serviços de saúde desde a década de 80 e evidenciaram fatores marcantes nas desigualdades na utilização destes entre as diferentes regiões do país, inclusive no interior (SILVA JÚNIOR et al, 2010).

A análise da utilização de serviços é uma medida indireta do acesso. Ele indica a facilidade ou a dificuldade do indivíduo para ser atendido. O acesso é uma característica central do sistema de saúde, que restringe ou não à abrangência dos serviços à população. Mas a utilização também está relacionada a fatores individuais, perfil de necessidades e preferências individuais e valores destes usuários (TRAVASSOS et al, 2002).

A questão da utilização dos serviços de saúde também tem sido discutida internacionalmente. CONTANDRIOPOULOS et al (2011), descrevem o acesso a um conjunto de fatores que intervêm entre a capacidade de prestação de serviços e prestação efetiva ou o consumo desses serviços prestados. A acessibilidade é uma característica dos próprios recursos que tornam estes recursos mais ou menos fácil de serem utilizados.

O perfil de acesso e utilização dos serviços de saúde está fortemente vinculado à organização do nível de atenção primária. Em países com sistemas de saúde universais, como

observado na Europa, no Canadá e na Nova Zelândia, da Atenção Primária à Saúde (APS) está no centro das políticas públicas, sendo central na organização destes sistemas fazendo um contraponto entre a fragmentação dos sistemas de saúde, à superespecialização e ao uso abusivo de tecnologias médicas para a determinação das necessidades questionáveis de consumo de serviços de saúde (BRASIL, 2007; SALTMAN et al, 2006).

O contato inicial dos usuários com os serviços de saúde, gestão, acesso com foco na saúde integral e acompanhamento longitudinal apresentam semelhanças mesmo os serviços de saúde apontando diferenças operacionais entre os diferentes sistemas dos locais acima citados. Esses princípios vêm sendo reforçados, pois demonstram impacto positivo da APS na saúde da população e maior satisfação dos usuários (BRASIL, 2007; KRINGOS et al, 2010).

No Brasil, em 2012, foram publicados os resultados do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), um instrumento que avalia o desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto aos cumprimentos de seus princípios nos municípios, estados, regiões e no país; acesso e efetividade nos diferentes níveis de atenção: básica, especializada ambulatorial e hospitalar e urgências e emergências, com a finalidade de detectar deficiências para a implementação de melhorias atrelada a um pacto de compromissos (IDSUS, 2012).

De forma geral, os primeiros resultados apontaram que o maior problema do SUS, ainda é referente ao acesso, especialmente para a atenção secundária. Nesse sentido foi observado que o acesso à atenção primária, na maioria dos municípios brasileiros tem crescido em ritmo maior do que a atenção especializada. A regionalização tem potencial para melhorar o acesso de residentes em cidades que não têm a atenção especializada ou que a mesma seja insuficiente para a demanda reprimida (IDSUS, 2012).

Dentre as linhas de cuidados elaboradas pelo Ministério da Saúde, a política integrada de promoção e atenção no campo materno infantil continua sendo macro prioridade e compromisso sanitário devido ao cenário da Mortalidade Infantil que sustenta indicadores longe dos patamares aceitáveis, necessitando ainda de grandes esforços para a mudança deste cenário (BRASIL, 2014).

A Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000 firmou compromissos os quais acabaram se concretizando em 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) dentre eles está a redução da mortalidade infantil e melhorar da saúde das gestantes, que deveriam ser alcançados até 2015(ODM, 2013).

Desde 1990 e até 2012, o Brasil conseguiu uma redução de 75% na mortalidade infantil, e em 2012 o País atingiu antecipadamente um dos ODM: redução de dois terços na taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos entre 1990 e 2015 (UNICEF, 2016).

A taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos passou de 29,7, em 2000, para 15,6, em 2010. Foi menor que a meta prevista para 2015, de 15,7 por mil nascidos vivos. O número de óbitos por mil nascidos vivos passou de 53,7 para 19 óbitos.

Em relação às mortes maternas, este é o objetivo que o Brasil tem mais dificuldade de atingir. O país melhorou, mas ainda não alcançou a meta de reduzir em ¾, entre 1990 e 2015, a razão da mortalidade materna. As estimativas da razão da mortalidade materna eram de 141 por 100 mil nascidos vivos em 1990 e declinou para 68 por 100 mil nascidos vivos em 2010. Entre janeiro e setembro de 2011, a mortalidade materna diminui 21%. Ocorreram 1.038 óbitos por complicações na gravidez e no parto, contra 1.317 no mesmo período de 2010. A meta era atingir 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2015 (ODM, 2013).

Importante destacar também que a partir da criação do Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 2004, a atenção à saúde da mulher deixou de ser unicamente voltada para o ciclo reprodutivo e, passou também a enfocar preocupações com doenças ginecológicas prevalentes, prevenção e tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), além de assistência às mulheres vítimas de violência (BRASIL, 2014).

As mulheres constituem a maioria da população brasileira, em 2013 eram 51,4% da população. Elas são as principais usuárias do SUS, sejam para seu próprio atendimento ou acompanhando crianças e/ou outros familiares. Conformam, portanto, um segmento fundamental para a construção de políticas de saúde, pois a iniquidade de gênero e desigualdades de poder entre mulheres, discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico implicam em forte impacto nas condições de sua saúde. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (IBGE, 2013; BRASIL, 2013b).

Em 2008, a preocupação com a saúde da mulher ganhou força com a implantação do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II PNPM) que ampliou e aprofundou a atuação do governo na promoção de políticas de igualdade e justiça social com a inclusão de novos eixos estratégicos. Entre outras metas, propôs a redução em 15% da mortalidade materna, o aumento em 15% do número de mamografias na população feminina, a disponibilização de métodos anticoncepcionais em 100% dos serviços de saúde e o aumento em 60% do número de exames citopatológicos em mulheres com idade entre 25 e 29 anos (BRASIL, 2013b).

A última política elaborada no âmbito do SUS conhecida como Rede Cegonha, através

da Portaria nº 1.459/GM/MS de 24/07/2011, ocorreu seis anos após o Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). É mais uma das estratégias elaboradas junto ao Ministério da Saúde (MS) que visa à implementação de uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Esta estratégia teve a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país e foi implantada, gradativamente, em todo o território nacional, respeitando o critério epidemiológico, a taxa de mortalidade materna e a densidade populacional de cada local (BRASIL, 2011).

Tratou-se de uma das dez mais importantes prioridades do MS no período de 2011à 2015. Segundo dados de 2013, esta estratégia contou com a adesão de todos os estados brasileiros, sendo 85% das regiões de Saúde do Norte e Nordeste e 50% das regiões de Saúde do Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Cerca de 5.490 municípios (98,5%) possuem uma cobertura de 4,6 milhões de gestantes e cem por cento deles já aderiram ao componente pré-natal. Assim, teve como objetivo um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança; garantia do acesso, acolhimento, resolutividade e redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011).

Outro problema importante para as mulheres brasileiras é o Câncer de Mama, seguindo tendência mundial. Vale lembrar que o câncer da mama é o que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. Cerca de 1,4 milhões de casos novos dessa neoplasia ocorreram para o ano de 2008 em todo o mundo o que representa 23% de todos os tipos de câncer (INCA, 2012).

Segundo dados do DATASUS, do Ministério da Saúde, o número de óbitos pelo câncer de mama aumentou 45% em 10 anos no país. A taxa de mortalidade por câncer de mama ajustada pela população mundial apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 11,88 óbitos/100.000 mulheres em 2011. As regiões Sudeste e Sul são as que apresentam as maiores taxas, com 13,67 e 13,18 óbitos/100.000 mulheres em 2011, respectivamente. (DATASUS, 2013).

Segundo o relatório do Instituto Nacional do Câncer, isso se explica pelo maior acesso aos exames de detecção precoce, e mostra como a prevenção é fundamental no combate às doenças, ações essas prioritárias nas modalidades de atenção primária à saúde (INCA, 2012).

O câncer de colo de útero ocupa uma importante posição como causa de mortalidade e é um importante problema de saúde pública no Brasil. É a terceira localização primária de

incidência e de mortalidade por câncer em mulheres no país. Em 2013, ocorreram 5.430 óbitos por esta neoplasia, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 4,86 óbitos para cada 100 mil mulheres (INCA, 2015).

A atenção à saúde das mulheres compreende a integralidade como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas, levando a um cuidado permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres, exigindo do SUS cada vez mais o olhar para este segmento da população. Diante o exposto, considera-se que as instituições de saúde constituem "um lócus" privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja quanto às práticas terapêuticas, seja nas práticas de saúde difundidas na coletividade (COELHO et al, 2009).

1.1- UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A utilização de serviços está condicionada por inúmeros outros fatores internos e externos ao setor, como a disponibilidade, modalidade, quantidade de serviços, recursos financeiros, humanos, tecnológicos, a localização geográfica, a cultura, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo dos indivíduos (WENNBERG, 1985).

As escolhas individuais também são cruciais, sendo que nem todas as necessidades se convertem em demandas e nem todas as demandas são atendidas. As desigualdades na utilização de serviços de saúde refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer e indicam diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além de expressas às características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros (PINHEIRO e TRAVASSOS, 1999; TRAVASSOS et al, 2000).

As mulheres, de modo geral, utilizam mais os serviços de saúde do que os homens. Este diferencial foi encontrado no estudo realizado por VERBRUGGE e WINGARD (1987) e explicam-se em parte pelas variações na percepção e perfil de necessidades de saúde entre os gêneros, incluindo-se as demandas associadas à gravidez e ao parto além do maior interesse das mulheres com relação à sua saúde.

CHERRY e WOODWELL (2002) discutem que, nos Estados Unidos, as mulheres procuram mais os serviços de saúde para exames de rotina ou para cuidado preventivo,

enquanto os homens buscam mais o cuidado curativo. As mulheres utilizam mais serviços ambulatoriais e com mais frequência serviços de prevenção e promoção à saúde em relação aos homens. No Brasil, a utilização de serviço ambulatorial foi maior entre as mulheres e deveu-se basicamente à busca de diagnóstico e *screening*, os quais incluem planejamento familiar, gestação e infertilidade (TRAVASSOS et al, 2002).

LIMA-COSTA e LOYOLA FILHO (2008) têm mostrado que existem diferenças importantes nas condições de saúde e na utilização de serviços de saúde entre usuários do SUS com usuárias de plano de saúde. Outro estudo também no Estado de Minas Gerais observou que os usuários do SUS possuíam hábitos menos saudáveis relacionados a prevenção de doenças e que haviam sido submetidos a menos exames de rastreamento (medidas de pressão arterial, colesterol, mamografia, exame de Papanicolaou e pesquisa de sangue oculto nas fezes), em comparação aos beneficiários da medicina suplementar.

Dados do suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), discutidos no estudo de LIMA-COSTA et al (2006), apresentaram, para o ano de 2003, uma prevalência de usuários exclusivos do SUS superior a 90% entre aqueles com renda domiciliar *per capita* mais baixa; enquanto entre os de renda mais alta, essa prevalência mostrou-se inferior a 30%. Na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013 também pelo IBGE, 27,9% da população tinha algum plano de saúde (médico ou odontológico), apresentando maiores proporções nas regiões do Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

Estudos de utilização de serviços de saúde são importantes indicadores para avaliar a qualidade e a equidade da atenção à saúde e possibilitando a orientação de políticas públicas.

Ao utilizar dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003 para analisar diferenças entre usuários e não usuários do SUS, RIBEIRO et al (2006), verificaram o predomínio de mulheres, crianças, baixa escolaridade e renda entre os que utilizaram serviços do SUS; associação entre estado de saúde regular/ruim e utilização dos serviços do SUS, e entre o atendimento pelo SUS e usuários de baixa escolaridade e renda. O predomínio de mulheres na utilização de serviços de saúde permaneceu na PNS de 2013, com 18,5%, assim como a não realização das atividades habituais por motivos de saúde (PNS, 2013).

Um estudo realizado por GOLDBAUM et al (2005), com amostra representativa de dois distritos de São Paulo, sobre a utilização de serviços de saúde após implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), apontou que a renda e a escolaridade não se constituíram fatores que diferenciassem de forma significativa o perfil de utilização de

serviços de saúde e de procura por assistência, indicando que a ESF contribui para maior equidade nessas situações. A implantação da ESF significa substituir as práticas tradicionais de assistência, por um novo processo de trabalho comprometido com a solução dos problemas de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população (SANTANA e CARMAGNANI, 2001).

A implantação da ESF foi o principal mecanismo para a ampliação da oferta do Papanicolaou em todo o território nacional (ANDRADE et al, 2014). Após a instalação do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino, a cobertura do preventivo vem aumentando significantemente. No município de São Paulo, a realização do Papanicolaou pelo menos uma vez na vida passou de 68,9% em 1987para 86,1% em 2000 e no município de Pelotas, a realização do preventivo nos últimos três anos foram de 65% em 1992, 72,2% em 1999/2000 e 68,8% em 2002 (OLIVEIRA et al, 2006).

Um dos fatores relacionados ao baixo impacto do preventivo é o uso tardio dos serviços de saúde pelas mulheres em risco, ou seja, aquelas que possuem o intervalo entre os exames maior que o preconizado pelo MS, além da falta de seguimento, de tratamento adequado para todas as mulheres que foram rastreadas. No Brasil, outro fator implicado é que grande parte dos exames citopatológicos é realizada em mulheres com menos de 35 anos de idade, que buscam os serviços de saúde para atenção reprodutiva. Contudo, pesquisas que avaliem a cobertura do exame preventivo são fundamentais para estimar o impacto das ações empreendidas (OLIVEIRA et al, 2006).

Em países desenvolvidos com programas de detecção precoce bem estruturado como os Países europeus, Estados Unidos, Canadá, Japão e Austrália apresentam as menores taxas de incidência estimada de câncer de colo de útero e de mortalidade quando comparadas às de países da América Latina e, sobretudo, de regiões mais pobres da África que apresentam valores bastante elevados. No Brasil as taxas apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, mas ainda assim elevadas (INCA, 2015).

É um câncer para o qual está disponível um exame eficaz para a detecção precoce e alguns fatores como idade avançada, o baixo nível socioeconômico, não ter cônjuge, entre outros, têm sido identificados como fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou (COUGHLIN e UHLER, 2000).

A realização do exame de Papanicolaou é recomendada, por organizações nacionais e internacionais de saúde, para as mulheres que já tenham iniciado a atividade sexual. No Brasil, desde 1988, a preconização deste exame segue a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que propõe a realização do exame a cada três anos, após dois

controles anuais consecutivos negativos para mulheres com até 64 anos de idade (INCA, 2012; BRASIL, 2010c).

Apesar da eficácia do exame, a cobertura na população feminina brasileira é ainda baixa. A OMS estabelece como necessária uma cobertura de 85% da população feminina, para obtenção de impacto epidemiológico na frequência e distribuição do câncer cérvico-uterino. O teste deve ser realizado anualmente por 2 anos consecutivos, a partir dos 25 anos de idade e, caso tenham resultados negativos, a cada 3 anos até os 64 anos de idade. Uma cobertura de 80% do teste de Papanicolaou entre mulheres de 35 anos a 59 anos seria suficiente para causar impacto nos indicadores de morbimortalidade, que poderia ser observado após 4 anos de implementação das ações de detecção precoce. Esse impacto é reduzido em 84% para mulheres rastreadas a cada 5 anos e em 91% para mulheres que fazem o preventivo a cada 3 anos. A realização anual do teste eleva a proteção em apenas 2% (OMS, 1998).

Para ANDRADE et al (2014), o desenvolvimento de estudos que objetivam, além de dimensionar os índices de cobertura do exame Papanicolaou, identificar os fatores associados à realização do exame preventivo entre elas as características reprodutivas e de acesso aos serviços de saúde, são importantes para subsidiar intervenções qualificadas e efetivas, capazes de impactar na incidência do câncer de colo de útero.

O reconhecimento desses fatores que facilitam ou dificultam o acesso para a realização do exame preventivo é parte fundamental no enfrentamento a esta problemática.

1.2 - A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PRAIA GRANDE

A ESF constitui uma política inovadora que visa diminuir as desigualdades sociais e possibilitar uma cobertura mais equânime. A mudança do modelo assistencial com a implantação da ESF tende provocar um impacto positivo e progressivo nas condições de saúde da população mais pobre, visto que objetiva minimizar as desigualdades e promover a equidade, mesmo sem deixar de assistir as pessoas com melhores condições de vida e saúde, priorizando assim aquelas em situação de risco social (FERNANDES et al, 2009).

O estudo de BOUSQUAT et al (2008) considera a existência de três padrões de uso dos serviços que dialogam com o leque de atividades da ESF:

> - residual: parcela da população que apenas recebe visita do ACS, mas não frequenta a Unidade de Saúde da Família (USAFA) e não realiza as atividades comunitárias;
> - parcial: parcela da população que além de receber as visitas dos ACS´s, frequenta a unidade para realizar consultas

> individuais, porém não participa as atividades de trabalho em grupo;
> - completo: parcela da população que frequenta a unidade e realiza as atividades comunitárias.

Estudos conduzidos por SILVA JÚNIOR et al (2010) e BOUSQUAT et al (2012), ressaltam a ESF como a modalidade de assistência que menos permite que as desigualdades sociais moldem a utilização dos serviços entre outros, pela sua capacidade de reorganizar um sistema, promover mudanças no modelo da atenção básica e por ampliar o acesso.

Em 1994, o SUS ampliou o acesso da atenção básica por meio da ESF, diminuindo as iniquidades em saúde, e vem se expandindo sensivelmente desde então. A proposta do programa segue uma linha de elevada cobertura populacional, facilidade no acesso e atendimento integral dos indivíduos em seu contexto familiar. Em 2007, a ESF atingiu mais de 90% dos municípios brasileiros e cobria cerca de 87 milhões de habitantes (46%), com 27mil equipes instaladas (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Tal expansão se tornou fundamental à garantia do acesso a partir da atenção básica, assumindo a função de porta de entrada do SUS. Sua rápida expansão favoreceu a ampliação do acesso às ações de saúde; porém, evidenciou problemas do SUS não equacionados, na medida em que o modelo de atenção proposto exigia recursos apropriados, profissionais capacitados e um sistema de referências para diversos níveis de complexidade (BRASIL, 2006).

Com o desafio de ampliar e qualificar a cobertura no nível primário de atenção à saúde, nos municípios de pequeno porte, iniciou-se em 1994 a ESF, que com a sua expansão para municípios de médio e grande porte, consolidou-se como modelo estruturante da APS no Brasil (SOUZA, 2002).

É uma iniciativa do MS, direcionada para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica (AB) que busca contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família em municípios com população acima de 100 mil habitantes. Está dividido em três componentes: o primeiro visa a apoiar a conversão do modelo de AB de Saúde, com vistas a superar a hegemonia atual do atendimento curativo-individual e a priorizar a dimensão coletiva do cuidado; o segundo componente está voltado para o desenvolvimento de recursos humanos, e o terceiro componente para a implantação de um sistema de monitoramento e avaliação do Programa de Saúde da Família (PSF) em todo o país (VIEIRA et al, 2010).

Desenvolvida com base nas experiências inovadoras e bem sucedidas de programas isolados, como observado nos Estados do Paraná, Mato Grosso do Sul, Ceará e da cidade de

Niterói, Rio de Janeiro, a ESF, incorpora o conceito de família como unidade de ação e introduz a noção de adstrição da clientela em base territorial (LOPES et al, 2011).

A formação de recursos humanos capacitados para uma atuação voltada para a atenção integral à saúde e de práticas que possibilitem as ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação é um dos principais pontos de constrangimento da ESF (LOPES et al, 2011).

A situação do município de Praia Grande, localizado na Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), no Estado de São Paulo, não foge à realidade descrita acima. Emancipado politicamente em 1967, sua atividade econômica é voltada para o turismo e serviços (LOPES et al, 2011). Em 2006, VIANA et al (2008) classificou todos os municípios de São Paulo com mais de 100 mil habitantes segundo seus modelos de APS; nesta classificação Praia Grande foi estratificada no pior cluster, ou seja, municípios que possuíam baixa complexidade da rede de atenção à saúde e indicadores sociais menos favoráveis.

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 com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,754, o município não apresenta bons indicadores sociais, como 76,88% da população de pessoas responsáveis por domicílios particulares permanentes possuem uma renda entre nenhum salário mínimo até de mais 02 a 03 salários mínimos. Em 17,6% dos domicílios não ultrapassava meio salário mínimo *per capita* (SEADE, 2013).

É a quarta cidade mais populosa da Baixada Santista. No Censo realizado em 2010 apresentou 262.051 habitantes. Em 2012 apresentou uma taxa de mortalidade de mulheres em idade fértil (por cem mil mulheres entre 15 a 49 anos) de 140,82 (IBGE, 2010).

Até a década de 80, a estrutura de assistência à saúde se resumia a três prontos-socorros, sob a responsabilidade do Município, um Centro de Saúde, sob a responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde, e um hospital filantrópico, com características de hospital geral. Os pacientes residentes eram referendados para os municípios de São Vicente e/ou Santos, os quais possuíam Ambulatórios de Especialidades administrados pelo nível federal. Com o advento das Ações Integradas de Saúde, foi dado início à descentralização das Ações Básicas de Saúde. No final da década de 80 ocorreu a municipalização da Assistência à Saúde, passando para a administração municipal a responsabilidade das Ações Básicas de Saúde, época em que foram implantadas 8 Unidades Básicas de Saúde e um Ambulatório de Especialidades (PMS, 2010).

O município vem desde 1997, empreendendo esforços para reorganizar o Modelo da

Assistência à Saúde prestada aos usuários do município. Em 1998 assume o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e caminha no sentido de assumir a ESF como a principal alternativa para efetivação da referida mudança, proporcionando uma porta de entrada no sistema de saúde de maior qualidade e mais humanizada. Assim, iniciou-se o processo de reestruturação na área da saúde, onde investimentos foram destinados para a readequação dos recursos humanos e materiais, bem como para a estruturação física das unidades de saúde (PMS, 2010).

A expansão da rede de saúde, tanto em número de unidades como em ampliação da carga horária dos profissionais, traduziu o investimento da administração na melhoria do acesso da população ao atendimento de saúde, bem como a modificação do modelo de assistência à saúde, com a expansão da ESF.

A política central de estruturação da AB em Praia Grande vem sendo a ESF desde 2000. Em 2012 a cobertura da assistência da ESF era de uma população fixa de aproximadamente 269.473 habitantes (SEADE, 2013), sendo 79% da população moradora e 99,69% de cobertura de Estratégia Agente Comunitário de Saúde (EACS´s) (SIAB, 2010). A implantação do programa aumentou a qualidade das consultas ambulatoriais e a sua resolubilidade, com foco na prevenção de doenças, e desenvolveu ações de assistência, constituindo assim um cenário propício para uma avaliação sobre a qualidade da assistência prestada às mulheres e de indicadores de saúde.

Apresenta uma rede básica instalada, nas quais as Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram transformadas em USAFA. Em dezembro de 2008 foi implantado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atendendo a 11 equipes, num total aproximado de 45000 pessoas, a fim de dar retaguarda às equipes de saúde da família, com uma equipe formada por um nutricionista, um psicólogo, um assistente social, um ginecologista e um pediatra. (Plano Municipal de Saúde, 2010). Em 2012 a capacidade era: 17 USAFAS e 04 UBS/ EACS, 01 unidades como Centro de Especialidades Médicas e Ambulatoriais (CEMAS), 01 Pronto Socorro Municipal, 01 Ambulatório de Saúde Mental, 01 Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), 01 Centro de Referência em Atendimento a Tuberculose e Hanseníase (CRATH), 01 Serviço de Atendimento Especializado -DST / AIDS. O município em gestão compartilhada com a Fundação ABC conta ainda com 01 Hospital referência no atendimento materno-infantil, 01 Pronto Socorro, 01 Ambulatório Médico de Especialidades (AME) e 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (PRAIA GRANDE, 2014).

A cidade ganhou unidades bem estruturadas nos últimos 20 anos modificando o quadro deficitário do setor que invertia a lógica do sistema, priorizando o atendimento

emergencial em detrimento ao preventivo. Por conta dessas melhorias, o município foi indicado como modelo do programa Estratégia de Saúde da Família, pelo Ministério da Saúde.

Importante destacar também que no setor de Saúde Suplementar, o município apresenta menor porcentagem com 31,9% do que a região metropolitana da qual pertence, 43,1% e que o Estado de São Paulo com 45% (ANS, 2011).

2. OBJETIVO

Analisar os fatores associados à utilização de serviços de saúde nas mulheres entre 19 e 59 anos que utilizaram os serviços de saúde no município de Praia Grande, São Paulo.

2.1- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a realização do exame Papanicolaou.
- Caracterizar a realização do exame de Mamografia.

3. METODOLOGIA

Inquérito populacional realizado no município de Praia Grande, em 2012 com mulheres de 19 a 102 anos.

Este município foi o local de escolha por ser o primeiro município da Região Metropolitana da Baixada Santista a implantar a ESF com o objetivo de reestruturar a APS, ampliando a cobertura populacional para70%, trabalhando com a lógica da territorialização. Outros estudos já haviam sido realizados no município pelo mesmo grupo de pesquisa, o que potencializa a análise dos resultados.

É parte de um projeto maior intitulado “Mix Público-Privado na APS em área metropolitana do Estado de São Paulo”, com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (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 APS.

O estudo maior teve como objetivo primário caracterizar o mix público-privado na utilização de serviços pertinentes à esfera da APS 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 APS 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.

A ocorrência deste mix configura um cenário bastante complexo, que se reflete no acesso aos serviços de saúde, no próprio desempenho da atenção primária, no planejamento do sistema de saúde, bem como no cumprimento do preceito constitucional da equidade.

3.1- PLANO AMOSTRAL

A população de estudo foi definida como sendo os residentes nos setores censitários urbanos do Município de Praia Grande que foram constituídos por domicílios particulares ou coletivos não institucionais.

O processo de amostragem complexa foi realizado em 2 estágios: setor censitário e domicílio. Para isto foi realizado um levantamento de todos os setores censitários baseados no

Censo de 2010, a partir de então, foram selecionados 40 setores com probabilidade proporcional ao número de domicílios nos respectivos. Dois setores foram sorteados a mais, caso fosse necessário a substituição de algum deles.

Em cada setor foram selecionados, por meio de sorteio sistemático, 240 endereços. Esses endereços foram posteriormente visitados para a verificação do imóvel, pois o mesmo deveria apresentar as características necessárias para a realização da entrevista, por exemplo, os comércios sem moradia, foram excluídos.

O número de domicílios que deveriam ser visitados para a realização das entrevistas planejadas em cada domínio, foi obtido dividindo-se o tamanho de amostra total pela razão pessoas/domicílios do município. Considerando que a razão entre a população do município (N=261235) e o número de domicílios (M=83544) é de 3,13, estimou-se em 515 o número de domicílios que deveriam ser visitados (1612 / 3,13=515) para alcançar a população estimada segundo o domínio do estudo.

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.

Planejou-se, ainda, o sorteio de uma amostra de tamanho maior para se proteger das taxas de não resposta, considerando-se que o percentual de indivíduos selecionados que não iriam responder ao questionário (casa fechada ou com recusa e indivíduo ausente ou que recusa) seria de no máximo 20%. Foi considerado, também, que 10% dos domicílios estivessem vagos, isto é, disponíveis para aluguel e/ou venda. E, ainda, que 52,5% dos domicílios da Praia Grande são de uso veraneio. Sendo assim, foram sorteados, portanto, 800 domicílios, sendo 20 em cada setor.

Dos 20 domicílios sorteados em cada setor, o número de entrevistas deveria ser no mínimo de 12 para o domínio com maior número de entrevistas (crianças e adolescentes), levando a um efeito do desenho da ordem de 1,5. Nas estimativas feitas para adultos, unindo homens e mulheres, o efeito do desenho foi de 2, valor utilizado no cálculo do tamanho da amostra. Esse cálculo do efeito do delineamento foi feito considerando um grau de homogeneidade intra-classe (intra setores) da ordem de 0,05.

A população desta pesquisa foi fixada em três grupos: adultos do sexo masculino, adultos do sexo feminino e idosos. Dessa forma, homens de 20 a 59 anos, de mulheres de 20 a 59 anos e de 60 anos ou mais foram considerados domínios de estudo.

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 que foi 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 nível de 95% para os intervalos de confiança, o tamanho de amostra mínimo foi calculado em 200.

Esse tamanho foi adotado para o grupo sexo/idade menos frequente, o de idosos. O tamanho da amostra nos outros domínios foi calculado de forma a se ter uma distribuição da amostra proporcional ao tamanho dos domínios, conforme tabela abaixo:

Tabela 01: Tamanho da amostra segundo domínio de estudo.

Domínio	distr.prop.pop.	Tamanho
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**

As crianças até 19 anos de idade foram excluídas da pesquisa por não atingirem o tamanho da amostra necessária segundo o domínio de estudo.

3.2- INSTRUMENTO

O instrumento utilizado para a coleta de dados continha questões vinculadas de um questionário semiestruturado em forma de entrevista. O questionário foi estruturado nos seguintes blocos (Quadro 01):

Quadro 01 - Divisão por blocos e temas referentes ao questionário do inquérito populacional 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 acerca das características gerais do domicílio, como bens materiais, renda familiar, grau de instrução do chefe da família, cobertura da ESF e outros. Com a coleta destes dados foi possível realizar a classificação segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCBE), 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).

O CCEB é um sistema que permite classificar economicamente a população brasileira. Deixa de classificar a população em termos de "classes sociais" e divide o mercado exclusivamente em classes econômicas. É uma classificação feita com base na posse de bens e não com base na renda familiar. Para cada bem possuído há uma pontuação e cada classe é definida pela soma dessa pontuação. Outra observação, é que o CCBE foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que se baseiam em dados coletivos (ABEP, 2013).

Todos os moradores do domicílio foram primeiramente cadastrados e conforme o sexo e idade (crianças e idosos), o seguimento da pesquisa foi automaticamente direcionado para o seu bloco: criança, mulher, homem ou idoso e assim se comportavam os demais blocos de acordo com as respostas dos entrevistados: Diabetes, Hipertensão, Fisioterapia e Uso de Medicamentos.

Para a subamostra desta pesquisa a coleta de dados foi realizada por meio de questionários semiestruturados (Apêndice A e B), divididos em perguntas referentes aos dados do domicílio e às mulheres.

3.3- APLICAÇÕES DOS QUESTIONÁRIOS

Ao todo participaram da pesquisa 20 entrevistadores previamente treinados, sendo eles em sua maioria os Agentes Comunitários de Saúde (ACS´s) do município. O treinamento dos entrevistadores ocorreu nos meses de maio e junho de 2012, na Universidade Católica de Santos - UNISANTOS. O estudo-piloto foi realizado em setembro do mesmo ano, para verificar a dinâmica de recrutamento, testar os instrumentos de coleta e confirmar a viabilidade da investigação. As entrevistas ocorreram no 2º semestre de 2012 até abril de 2013.

Nos domicílios, o cadastro e entrevista eram realizados em duplas, por um integrante do grupo de pesquisa e um agente comunitário da região para auxiliar, pois alguns setores censitários apresentavam maior vulnerabilidade social. Em um dos setores os notebooks foram roubados, sendo assim foi necessária a substituição deste setor.

Para as entrevistas face a face, utilizaram-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 *Extensible Mark up Language* (XML), 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. Em média as entrevistas duraram de 40 minutos a 1 hora.

Todos os moradores das residências sorteadas precisavam responder os questionários, sendo que menores de 18 anos de idade tiveram seus questionários respondidos por um responsável. Portanto as entrevistas variaram de um domicílio para o outro, devido ao número de moradores e quando os mesmos não eram encontrados era necessário refazer a visita até três tentativas.

Os domicílios cujos moradores cadastrados, não foram entrevistados na sua totalidade, foram considerados domicílios parciais.

Após o término das entrevistas, os dados eram exportados do notebook e armazenados num banco de dados para posterior tabulação.

Para o presente estudo foi utilizado apenas a amostra de mulheres, totalizando 493. O tamanho da amostra foi maior que o estimado.

As variáveis independentes utilizadas para o presente estudo incluíram:

- características sociodemográficas (cor de pele/ raça e classificação socioeconômica). A variável cor de pele/raça foi excluída após análise total do banco, por apresentar inconsistências. A classificação econômica foi recategorizada em “B”, “C”, “E”;
- beneficiárias do programa de transferência de renda (categorizadas em “sim” e “não”);
- usuárias de plano de saúde (categorizadas em “sim” e “não”);
- agendamento de serviço (categorizadas em “com facilidade", "com dificuldade" e "muita dificuldade");
- trocaria de médico (categorizadas em “sim” e “não”);
- trocaria de serviço de saúde (categorizadas em “sim” e “não”);
- condição de saúde (categorizadas em "excelente", "ruim" e "boa");
- saúde atrapalha nas atividades diárias (categorizadas em “um pouco” e “não”);
- médico da família nos últimos 12 meses (categorizadas em “sim” e “não”);
- ginecologista nos últimos 12 meses (categorizadas em “sim” e “não”);
- exame clínico das mamas nas consultas (categorizadas em “sim” e “não”);
- uso de anticoncepcional (categorizadas em "não", "sim, com orientação médica" e "sim, por conta própria").

As variáveis dependentes foram:

- papanicolaou nos últimos 12 meses (categorizadas em “sim” e “não”);
- realização de mamografia nos últimos 12 meses (categorizadas em “sim” e “não”);
- frequentou serviço de saúde nos últimos 12 meses (categorizadas em “sim” e “não”).

A variável “realização de mamografia nos últimos 12 meses” foi analisada apenas entre as mulheres entrevistadas de 50 anos a 59 anos. O MS tornou pública a Portaria nº 61/2015, que reduziu ainda mais o acesso à mamografia de rastreamento - aquela realizada em mulheres sem sintomas de câncer de mama que desejam fazer exames periódicos visando o diagnóstico precoce. Esse fato precisa ser conhecido por toda a sociedade brasileira, pois o cenário da alta mortalidade por câncer de mama no país pode se agravar. O novo documento restringe a disponibilização do exame no SUS para usuárias assintomáticas com idades entre

50 a 69 anos (CONITEC, 2015); e a variável “realização de papanicolaou nos últimos 12 meses”, apenas entre as mulheres entre 25 a 59 anos, conforme preconização do Ministério da Saúde.

3.4- ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Todas as variáveis foram descritas em frequências absolutas e relativas. Para o cálculo das diferenças entre as proporções, foram utilizados os testes de Qui Quadrado de Pearson e Exato de Fischer. Os fatores associados foram analisados por meio no modelo de Regressão de Poisson com variância robusta. Foram incluídas nos modelos múltiplos as variáveis que apresentaram $p<0,20$ na análise bivariada. A entrada das variáveis seguiu a ordem crescente do valor de p.

Importante destacar que as variáveis “realização de papanicolaou nos últimos 12 meses” e - realização de mamografia nos últimos 12 meses (categorizadas em “sim” e “não”); foram incluídas no primeiro modelo referente à frequência no serviço de saúde, como variável independente e posteriormente, no segundo modelo, como dependente. Utilizamos essa estratégia metodológica para possibilitar a análise, também, da realização destes exames, considerados relevantes para à saúde da mulher, com objetivo de fornecer maiores subsídios para a interpretação dos resultados da pesquisa.

Todas as análises foram realizadas considerando amostra complexa e com o nível de significância foi de 5% por meio do pacote estatístico STATA 10.0.

3.5 – DIRETRIZES DO PAPANICOLAOU E MAMOGRAFIA

As diretrizes brasileiras para rastreamento do câncer de colo do útero recomenda o exame de Papanicolaou, que é o método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras a partir dos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. O rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado (INCA, 2016).

O procedimento identifica lesões que antecedem o câncer, permitindo o tratamento antes que a doença se desenvolva. As novas diretrizes recomendam que o intervalo entre os exames deva ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual. Os exames preventivos devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos, nos últimos cinco anos. No caso das mulheres, com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame, devem ser feitos

dois preventivos com intervalo de um a três anos. Se os dois resultados forem negativos, essas mulheres poderão ser dispensadas de exames adicionais (INCA, 2016).

Em relação à realização de Mamografias, as diretrizes para a detecção precoce para o câncer de mama no Brasil define que 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 (INCA, 2015).

Segundo revisão da *United State Preventive Service Task Force* (USPSTF) (2009), recomendam-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 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 ECM 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 (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). Justamente por que a *International Agency for Research on Cancer* (IARC), 2002, indica que a alta densidade mamária nesta faixa etária impossibilita a sensibilidade da mamografia, 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.

3.6–ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Santos — parecer n° 01341012400005536 de 18/06/2012 (Anexo A).

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

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

4. RESULTADOS

A amostra final foi de 493 mulheres entre 19 e 59 anos de idade, sendo a média de idade 39,63 com desvio padrão de 11,76. A classificação socioeconômica predominante foi a C com 63,49% e apenas 9% das mulheres eram beneficiárias de programas de renda, sendo o Bolsa Família o mais comum dos programas com 84,78%. Durante a pesquisa, 35,09% das mulheres não trabalhavam, e 33,06% trabalhavam em regime celetista.

A maioria das mulheres entrevistadas não possuía plano de saúde. Entre as 65,31% (322) que frequentaram o serviço de saúde nos últimos 12 meses, 64,7% agendaram seus serviços com facilidade e mais da metade não trocariam de médico e nem de serviço utilizado; 64,77% delas consideraram a sua saúde boa e mais de 90% delas referiram que a condição de saúde não atrapalhava suas atividades diárias (Tabela 02).

O Papanicolaou foi realizado nos últimos 12 meses por 35,09% das mulheres entrevistadas entre 25 a 59 anos. A mamografia foi realizada em 24,23% das entrevistadas conforme faixa etária preconizada (50 a 59 anos) e as mamas foram examinadas nas consultas em 57,2%. A maior parte não utilizou anticoncepcional. Entre a subamostra das mulheres que frequentaram serviço de saúde no último ano, mais de 60% delas não utilizaram o médico de Saúde da Família e ou não passaram com Ginecologista (Tabela 02).

Tabela 02 - Perfil de utilização do Serviço de Saúde, Praia Grande - SP, 2012.

Variável	Frequência	Percentual	IC (95%)
Classificação Socioeconômica			
Classe B	118	23,94	17,79; 31,39
Classe C	313	63,49	56,44; 70,00
Classe E	62	12,58	7,84; 19,56
Usuária de Plano de Saúde			
Não	372	75,46	68,58; 81,24
Sim	121	24,54	18,76; 31,42
Agendamento de Serviço*			
Com Dificuldade	89	27,64	19,90; 37,00
Com Facilidade	208	64,70	55,10; 73,06
Muita Dificuldade	25	7,76	4,61; 12,78
Trocaria de Médico*			
Não	251	77,95	70,17; 84,16
Sim	71	22,05	15,84; 29,83

Continuação Tabela 02 – Perfil de utilização do Serviço de Saúde, Praia Grande - SP, 2012.

Variável	Frequência	Percentual	IC (95%)
Condição de Saúde**			
Excelente	86	17,52	10,80; 27,20
Ruim	87	17,72	12,70; 24,20
Boa	318	64,77	56,60; 72,15
Trocaria de Serviço de Saúde*			
Não	219	68,01	60,10; 75,01
Sim	103	31,99	24,99; 39,90
Saúde atrapalha nas atividades diárias**			
Não	473	96,33	93,58; 97,93
Um pouco	18	3,67	1,58; 5,74
Frequentou serviço de saúde nos últimos 12 meses			
Sim	322	65,31	55,53; 73,96
Não	171	34,69	25,37; 43,99
Papanicolaou nos últimos 12 meses (25 a 59 anos)			
Não	163	50,62	41,74; 59,46
Sim	159	49,38	40,54; 58,26
Médico da Família nos últimos 12 meses***			
Não	141	43,79	32,86; 55,35
Sim	181	56,21	44,65; 67,14
Ginecologista nos últimos 12 meses***			
Não	215	66,77	56,57; 75,61
Sim	107	33,23	24,39; 43,43
Mamografia nos últimos 12 meses (50 a 59 anos)			
Não	57	64,77	51,19; 76,32
Sim	31	35,23	23,68; 48,81
Realizou exame clínico das mamas nas consultas			
Não	133	41,30	31,74; 51,57
Sim	189	58,70	48,43; 68,26
Utiliza Anticoncepcional			
Não	314	63,69	58,04; 69,33
Sim, com orientação médica	143	29,01	23,26; 34,74
Sim, por conta própria	36	7,30	4,59; 10,00

* 171 mulheres não responderam essa questão

** 02 mulheres não responderam essa questão

*** Somente responderam essas questões quem frequentou serviço de saúde no último ano

Mulheres que tinham plano de saúde, que realizaram Papanicolaou e que fizeram mamografia no último ano utilizaram mais o serviço de saúde nos 12 meses prévios à entrevista. Em relação a percepção da condição de saúde, as três classificações usaram mais o serviço de saúde no período analisado (tabela 03).

Tabela 03 – Utilização de Serviços de Saúde nos últimos 12 meses, Praia Grande - SP, 2012.

Variável	Frequentou Serviço de Saúde nos últimos 12 meses						p
	Não			Sim			
	n	%	IC (95%)	n	%	IC (95%)	
Classificação Socioeconômica							
B	51	43,22	28,44; 59,32	67	56,78	40,68; 71,56	0,180
C	101	32,27	23,59; 42,36	212	67,73	57,64; 76,41	
E	19	30,65	19,39; 44,80	43	69,35	55,20; 80,61	
Programa de Renda							
Não	160	35,79	26,56; 46,22	287	64,21	53,78; 73,44	0,151
Sim	11	23,91	13,14; 39,50	35	76,09	60,50; 86,86	
Usuária de Plano de Saúde							
Não	146	39,25	29,21; 50,29	226	60,75	49,71; 70,79	0,013
Sim	25	20,66	12,01; 33,19	96	79,34	66,81; 87,99	
Condição de Saúde							
Excelente	25	29,07	20,34; 39,68	61	70,93	60,32; 79,66	0,004
Boa	131	41,19	29,81; 53,61	187	58,81	46,39; 70,19	
Ruim	15	17,24	8,85; 30,88	72	82,76	69,12; 91,15	

Continuação Tabela 03 – Utilização de Serviços de Saúde nos últimos 12 meses, Praia Grande - SP, 2012.

Variável	Frequentou Serviço de Saúde nos últimos 12 meses						
	Não			Sim			p
	n	%	IC (95%)	n	%	IC (95%)	
Saúde atrapalha nas atividades diárias							
Não	168	35,52	26,64; 45,51	305	64,48	54,49; 73,36	0,172
Um pouco	3	16,67	4,04; 48,74	15	83,33	51,26; 95,96	
Papanicolaou nos últimos 12 meses (25 à 59 anos)							
Não	157	49,06	38,21; 60,00	163	50,94	40,00; 61,79	<0,001
Sim	14	8,09	3,49; 17,65	159	91,91	82,35; 96,51	
Mamografia nos últimos 12 meses (50 à 59 anos)							
Não	46	44,66	27,29; 63,44	57	55,34	36,56; 72,71	<0,001
Sim	3	8,82	1,85; 33,21	31	91,18	66,79; 98,15	
Exame clínico das mamas							
Não	78	36,97	25,85; 49,66	133	63,03	50,34; 74,15	0,539
Sim	93	32,98	23,32; 44,33	189	67,02	55,67; 76,68	

Na análise bivariada foi observada associação positiva para a utilização de serviços de saúde nos últimos 12 meses entre as variáveis usuárias de plano de saúde, realização de papanicolaou, utilização de ginecologista nos últimos 12 meses e utilização de anticoncepcional com orientação médica. Já a realização de mamografia e utilização de médico da família nos últimos 12 meses apresentou associação negativa com o desfecho. As demais variáveis não tiveram significância estatística (tabela 04).

Na análise múltipla (tabela 04) as variáveis usuárias de planos de saúde; consulta com ginecologista continuaram com associação positiva. A consulta com médico da família continuou com associação negativa. As demais perderam significância estatística após os ajustes das variáveis.

Tabela 04 – Razão de Prevalência bruta e ajustada da Utilização de Serviços de Saúde nos últimos 12 meses, Praia Grande - SP, 2012.

Variáveis	Bivariada		Múltipla	
	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)
Classificação Socioeconômica				
B	1			
C	1,06	0,9; 1,1	NS	NS
E	1,08	0,9; 1,2	NS	NS
Usuária de Plano de Saúde				
Não	1		1	
Sim	1,11	1,0; 1,2	1,12	1,0; 1,2
Condição de Saúde				
Excelente	1			
Ruim	1,06	0,9; 1,1	NS	NS
Boa	0,92	0,8; 1,0	NS	NS
Saúde atrapalha nas atividades diárias				
Não	1			
Um pouco	1,11	0,9; 1,2	NS	NS

Continuação Tabela 04 – Razão de Prevalência bruta e ajustada da Utilização de Serviços de Saúde nos últimos 12 meses, Praia Grande - SP, 2012.

Variáveis	Bivariada		Múltipla	
	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)
Papanicolaou nos últimos 12 meses (25 à 59 anos)				
Não	1			
Sim	1,27	1,1; 1,3	NS	NS
Mamografia nos últimos 12 meses (50 à 59 anos)				
Não	0,81	0,7; 0,9	NS	NS
Sim	1			
Médico da Família nos últimos 12 meses				
Não	0,72	0,6; 0,7	0,70	0,6; 07
Sim	1			
Ginecologista nos últimos 12 meses				
Não	1			
Sim	1,28	1,2; 1,3	1,26	1,1; 1,3
Utiliza Anticoncepcional				
Não	1			
Sim, com orientação médica	1,06	1,0; 1,1	NS	NS
Sim, por conta própria	0,90	0,8; 1,0	NS	NS

A realização de Papanicolaou nos últimos 12 meses foi maior entre as que frequentaram médico de família e ginecologista no mesmo período analisado, que fizeram uso de anticoncepcional com orientação médica, que eram usuárias de plano de saúde. As que realizaram o ECM nas consultas fizeram menos o Papanicolaou no mesmo período. A variável "Classificação Socioeconômica", não apresentou diferença estatisticamente significativa com a realização do referido exame (tabela 05).

Tabela 05 – Realizou Papanicolaou nos últimos 12 meses, Praia Grande - SP, 2012.

	Papanicolaou nos últimos 12 meses (25 a 59 anos)						
Variável	**Não**			**Sim**			**p**
	n	**%**	**IC (95%)**	**n**	**%**	**IC (95%)**	
Classificação Socioeconômica							
B	77	65,25	53,10; 75,70	41	34,75	24,30; 46,90	0,994
C	203	64,86	55,72; 73,02	110	35,14	26,98; 44,28	
E	40	64,52	50,26; 76,59	22	35,48	23,41; 49,74	
Uso de Anticoncepcional							
Não	219	69,75	62,28; 76,29	95	30,25	23,71; 37,72	<0,001
Sim, com orientação médica	69	48,25	36,50; 60,19	74	51,75	39,81; 63,50	
Sim, por conta própria	32	88,89	74,08; 95,73	4	11,11	4,27; 25,92	
Usuária de Plano de Saúde							
Não	265	71,24	63,02; 78,26	107	28,76	21,74; 36,98	<0,001
Sim	55	45,45	35,32; 55,99	66	54,55	44,01; 64,68	

Continuação Tabela 05 – Realizou Papanicolaou nos últimos 12 meses, Praia Grande - SP, 2012.

	Papanicolaou nos últimos 12 meses (25 a 59 anos)						
Variável	**Não**			**Sim**			**p**
	n	**%**	**IC (95%)**	**n**	**%**	**IC (95%)**	
Ginecologista nos últimos 12 meses							
Não	293	75,91	68,66; 81,92	93	24,09	18,08; 31,34	<0,001
Sim	27	25,23	17,20; 35,41	80	74,77	64,59; 82,80	
Médico da Família nos últimos 12 meses							
Não	230	73,72	64,23; 81,42	82	26,28	18,58; 35,77	<0,001
Sim	90	49,72	38,07; 61,41	91	50,28	38,59; 61,93	
Exame clínico das mamas							
Não	175	82,94	74,46; 89,02	36	17,06	10,98; 25,54	<0,001
Sim	145	51,42	42,57; 60,17	137	48,58	39,83; 57,43	

Na tabela 06, verificou-se, na análise bivariada, mais realização do Papanicolaou entre as usuárias de plano de saúde, entre as mulheres que passaram pelo ginecologista, que fizeram o exame clínico das mamas e que usaram anticoncepcional com orientação médica. Entre aquelas que não passaram pelo médico da família, e que utilizaram anticoncepcional por conta própria fizeram menos exame Papanicolaou.

Na análise múltipla, as mesmas variáveis continuaram associadas positivamente (usuárias de plano de saúde, entre as mulheres que passaram pelo ginecologista, que fizeram o exame clínico das mamas e que usaram anticoncepcional com orientação médica)ou negativamente (não passaram pelo médico da família, e que utilizaram anticoncepcional por conta própria), exceto o uso de anticoncepcional que na bivariada apresentou associação negativa e após o ajuste das variáveis perdeu a significância estatística (Tabela 6).

Tabela 06 – Razão de Prevalência bruta e ajustada da realização de Papanicolaou nos últimos 12 meses, Praia Grande - SP, 2012.

Variáveis	Bivariada		Múltipla	
	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)
Usuária de Plano de Saúde				
Não	1		1	
Sim	1,20	1,1; 1,2	1,08	1,0; 1,1
Médico da Família nos últimos 12 meses				
Não	0,84	07; 0,9	0,8	0,7; 0,8
Sim	1		1	
Ginecologista nos últimos 12 meses				
Não	1		1	
Sim	1,4	1,3; 1,5	1,3	1,2; 1,4
Realizou ECM nas consultas				
Não	1		1	
Sim	1,20	1,1; 1,3	1,1	1,0; 1,2
Utiliza Anticoncepcional				
Não	1			
Sim, com orientação médica	1,16	1,0; 1,2	NS	NS
Sim, por conta própria	0,85	0,7; 0,9	NS	NS

A realização de Mamografia (tabela 07) nos últimos 12 meses foi maior entre as que frequentaram ginecologista nos últimos 12 meses; entre as que NÃO realizaram o ECM nas consultas e aquelas que não tinham plano de saúde. A variável classificação socioeconômica; uso de anticoncepcional, e frequentou médico da família nos últimos 12 meses não apresentaram diferenças estatisticamente significativas com a realização do referido exame.

Tabela 07 – Realizou Mamografia nos últimos 12 meses, Praia Grande - SP, 2012.

	Mamografia nos últimos 12 meses (50 a 59 anos)						
Variável	**Não**			**Sim**			**p**
	n	**%**	**IC (95%)**	**n**	**%**	**IC (95%)**	
Classificação Socioeconômica							
B	24	77,42	55,69; 90,34	7	22,58	9,66; 44,31	0,949
C	64	74;42	60,70; 84,57	22	25,58	15,43; 39,30	
E	15	75,00	49,21; 90,28	5	25,00	9,72; 50,79	
Uso de Anticoncepcional							
Não	99	76,74	65,65; 85,07	30	23,26	14,93; 34,35	0,218
Sim, com orientação médica	3	5,00	15,73; 84,27	3	5,00	15,73; 84,27	
Sim, por conta própria	1	5,00	5,18; 94,82	1	5,00	5,18; 94,82	
Usuária de Plano de Saúde							
Não	86	79,63	66,58; 88,47	22	20,37	11,53; 33,42	0,038
Sim	17	58,62	39,98; 75,08	12	41,38	24,92; 60,02	

Continuação Tabela 07 – Realizou Mamografia nos últimos 12 meses, Praia Grande - SP, 2012.

	Mamografia nos últimos 12 meses (50 a 59 anos)						
Variável	**Não**			**Sim**			**p**
	n	**%**	**IC (95%)**	**n**	**%**	**IC (95%)**	
Ginecologista nos últimos 12 meses							
Não	96	84,21	73,31; 91,19	18	15,79	8,81; 26,69	<0,001
Sim	7	30,43	18,14; 46,34	16	69,57	53,66; 81,86	
Médico da Família nos últimos 12 meses							
Não	64	79,01	64,63; 88,58	17	20,99	11,42; 35,37	0,312
Sim	39	69,64	52,23; 82,80	17	30,36	17,20; 47,77	
Exame clínico das mamas							
Não	58	92,06	81,30; 96,87	5	7,94	3,13; 18,70	<0,001
Sim	45	60,81	45,73; 74,08	29	39,19	25,92; 54,27	

Na tabela 08 verificou-se, na análise bivariada, mais realização de Mamografia entre as mulheres que passaram pelo ginecologista e as que não fizeram o ECM. O uso de plano de saúde não foi estatisticamente significativo.

Na análise múltipla, as mesmas variáveis continuaram associadas negativamente (não ter consulta com ginecológicas e não ter feito exame clínico das mamas).

Tabela 08 – Razão de Prevalência bruta e ajustada da realização de Mamografia nos últimos 12 meses, Praia Grande - SP, 2012.

Variáveis	Bivariada		Múltipla	
	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)
Usuária de Plano de Saúde				
Não	0,88	0,7; 1,0	NS	NS
Sim	1		1	
Ginecologista nos últimos 12 meses				
Não	0,70	0,6; 0,7	0,73	0,6; 0,8
Sim	1		1	
Realizou ECM nas consultas				
Não	0,83	0,7; 0,9	0,88	0,8; 0,9
Sim	1		1	

5. DISCUSSÃO

O estudo apresenta o limite da temporalidade por ser transversal. Deste modo, dificulta para inferências da causalidade. Também o exame de mamografia foi perguntado no último ano, enquanto que a recomendação é bianual. Assim, pode ter uma subestimação do mesmo. Por fim, não utilizamos a variável cor/raça importante marcador social, por inconsistências nas respostas.

Apesar dos limites descritos podemos observar concordância entre nossos resultados e outros estudos sobre a temática. Fato que nos possibilita concluir que a ida ao serviço de saúde nos últimos 12 meses é maior para quem é usuária de plano de saúde, assim como a realização dos exames destacados: papanicolaou e mamografia, ou seja, As pessoas com planos de saúde apresentam maior chance de uso de serviços de saúde comparativamente às pessoas que não têm planos de saúde. Estes resultados encontrados por TRAVASSOS et al (2006) num estudo de corte transversal estão em concordância com os resultados do estudo de MUELLER et al (1998), que indicam o vínculo com planos de saúde como um importante fator na explicação de desigualdades no consumo de serviços de saúde.

No Brasil, estudos sobre utilização de serviços de saúde, conduzidos desde a década de 1980, apesar de ainda serem poucos explorados, têm evidenciado desigualdades marcantes no processo de utilização entre diferentes regiões, estados e municípios (OLIVEIRA et al, 2012).

Alguns autores já identificaram a interação complexa da utilização dos serviços de saúde com fatores individuais, sociais e organizacionais (TRAVASSOS e CASTRO, 2008; FERNANDES et al 2009; SILVA JÚNIOR et al, 2010; LOUVISON et al 2008).

Para CASTRO et al (2005), as necessidades de saúde, podem dar origem à demanda por serviços de saúde ambulatoriais ou hospitalares. De acordo com o modelo de necessidades proposto por HULKA e WHEAT (1985), a necessidade da busca pela saúde é o fator explicativo prioritário pela utilização de serviços de saúde. A maneira como a oferta de serviços de saúde organiza-se em diferentes áreas implica na influência das necessidades de saúde sobre o uso de serviços (CASTRO et al,2005).

Alguns estudos sobre fatores associados à utilização de serviços de saúde, assim como o realizado por COSTA e ALVES (2010) nos municípios maranhenses apresentam resultados semelhantes com a PNAD/98, ter plano de saúde e ter referido morbidade nos últimos 15 dias aumentaram a probabilidade de realização de consulta. Essa

associação positiva corrobora com os resultados do presente estudo sendo negativo apenas com a utilização do médico da família, pertencentes ao SUS. Ainda no estudo de COSTA e ALVES (2010) embora o percentual de indivíduos beneficiários de plano de saúde na população ter sido inferior ao percentual estimado pela PNAD/98, os entrevistados beneficiários de planos de saúde consultaram mais. Essa maior utilização de serviço de saúde suplementar também foi observada nesse inquérito, o que pode indicar maior facilidade de acesso à consulta no sistema suplementar.

A autoavaliação do estado de saúde é considerada um bom preditor das condições de saúde. A probabilidade de consulta aumenta proporcionalmente à necessidade das pessoas (LOYOLA FILHO et al, 2002). Esse fator tem uma forte associação com a utilização de serviços de saúde. Neste estudo, a condição de saúde autorreferida não se mostrou associada à consulta no último ano, mas apresentou resultados superiores a 80% entre boa e excelente, o que sugere possíveis barreiras no acesso, assim como os resultados de COSTA e ALVES (2010), sustentados pelo alto percentual de pessoas que, mesmo tendo avaliado seu estado de saúde como ruim (76,0%), não realizaram consulta médica. LIMA-COSTA e LOYOLA FILHO (2008) referem que os fatores associados ao uso de serviços de saúde e sua satisfação com eles compreenderam características sociodemográficas, estilos de vida relacionados à saúde e indicadores das condições de saúde. A persistência da associação entre pior autoavaliação da saúde e uso de serviços de saúde em seu estudo realizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, mesmo após ajustamentos por número de doenças e condições crônicas, sugere que outros fatores, além da saúde física, são determinantes do uso de serviços de saúde na população estudada.

A prevalência de 65% de utilização de serviços de saúde nos últimos 12 meses em nosso estudo foi um pouco abaixo do descrito no estudo de BASTOS et al (2014), cuja a consulta médica foi de 76,2% no último ano e 64,8% nos últimos três meses, mas ainda assim considerada elevada e de acordo com diversos outros estudos nacionais publicados por DIAS-DA-COSTA et al (2011), BOEING et al (2010) e MENDOZA-SASSI et al (2003), cujo os resultados são superiores a 65%, assim como o maior uso de consultas por parte de adultos do sexo feminino.

No estudo de LIMA-COSTA e LOYOLA FILHO (2008), 74% dos adultos usuários exclusivos do SUS tiveram pelo menos uma consulta médica nos 12 meses precedentes e que, entre eles, 68% recomendariam a maioria ou todos os serviços e profissionais de saúde envolvidos em seu atendimento. A mesma porcentagem foi

encontrada no presente estudo quando os entrevistados referiram que não trocariam de serviços de saúde.

No que tange à associação entre consulta médica e existência de médico de referência, MENDOZA-SASSI et al (2003) também encontraram relação positiva. Ter um médico de referência provocou um aumento de 51% na probabilidade de realizar um exame clínico de mama, e de 62% de realizar a prevenção do câncer de colo, durante o último ano. Em Praia Grande a realização de Papanicolaou nos últimos 12 meses teve uma relação positiva entre as mulheres que frequentaram mais o médico de família. Essa associação pode ser explicada pelo fato do médico da família exercer a clínica geral, não sendo necessária a busca pelo profissional ginecologista para a realização do exame.

O Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero enfatiza que: todas as unidades e equipes de atenção primária devem realizar a identificação da população alvo e a coleta do exame preventivo em todas as mulheres. A realização desse procedimento no SUS está autorizada para os profissionais como médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem sob supervisão. A coleta realizada por todos esses profissionais é uma estratégia para ampliação da oferta do exame preventivo a toda população alvo. O Brasil vem se beneficiando com a inserção da enfermagem na prevenção do câncer do colo do útero, com isso, devido a extenção da faixa etária do teste de Papanicolaou, a rede de atenção básica deve se programar para a realização de um número maior de exames. Caso a coleta fique restrita a médicos e enfermeiros dificilmente a meta será atingida (COFEN, 2011).

No inquérito domiciliar sobre cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luis, Maranhão, realizado por OLIVEIRA et al (2006), os maiores percentuais de não realização do Papanicolaou foram observados em mulheres que não realizaram consulta médica no último ano e que tiveram, portanto, menor contato com os serviços de saúde. Resultados semelhantes também foram descritos no presente estudo e nos realizados por NASCIMENTO et al (1996), COSTA et al (1998), QUADROS et al (2004) e MARTINS et al (2005). Apesar da não inclusão de mulheres entre 50 a 59 anos no inquérito de OLIVEIRA et al (2006), a cobertura do Papanicolaou foi semelhante à verificada por PINHO et al (2003) e QUADROS et al (2004) respectivamente, em outros estudos populacionais realizados em duas cidades brasileiras, São Paulo, em 2000, onde 86,1% das mulheres de 15 a 59 anos realizaram o Papanicolaou e Pelotas, em 2002, onde 78,7% das mulheres de 25 a 59 anos realizaram

o Papanicolaou pelo menos uma vez na vida. A cobertura observada foi aproximadamente igual à cobertura mínima de 85% necessária para causar impacto epidemiológico na incidência e mortalidade por câncer cérvico-uterino.

No estudo de ANDRADE et al (2014) sobre fatores associados a não adesão ao Papanicolaou entre mulheres atendidas pela ESF em Feira de Santana, Bahia, 2010, demonstrou alta cobertura de realização do Papanicolaou entre as mulheres atendidas pela ESF (87,4%). As associações entre a não adesão, entre outras, foi não usar método contraceptivo, também encontrado no estudo de OLIVEIRA et al (2006). Em relação ao período de realização do último exame, 71,2% das mulheres que fizeram o Papanicolaou referiram ter realizado o procedimento há um ano ou menos do período da entrevista.

Em inquérito domiciliar realizado no município de São Luís, Maranhão por OLIVEIRA et al (2006), 65,8% das entrevistadas referiram intervalo de tempo de um ano ou menos entre o penúltimo e o último exame. Quanto aos aspectos institucionais, entre aquelas que já realizaram o procedimento, foi elevada a realização do último Papanicolaou no setor privado (38%). Também observado de maneira ainda mais evidente em Campinas-SP, onde 56,8% das entrevistadas haviam realizado o exame preventivo em serviço privado no estudo de AMORIM et al (2006). Esses resultados corroboram com as análises bivariadas e multivariadas do presente estudo com todos os achados dos autores citados acima.

AMORIM et al (2006) realizou um estudo transversal em Campinas, São Paulo para analisar os fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou. Entre outros resultados encontrou, na análise bivariada, o indicador de nível socioeconômico, como ter menor renda familiar mensal per capita e posse de menor número bens duráveis. Mesmo que no presente estudo esta variável não ter apresentado diferença estatística, a literatura tem relatado que à medida que diminui o nível socioeconômico, aumenta significativamente a prevalência de mulheres não cobertas pelo exame do Papanicolaou (PINHO et al 2003; HEWITT et al 2004; COUGHLIN e UHLER, 2000; QUADROS et al, 2004).

Ainda no município de Campinas, AMORIN et al (2008) em outro estudo de base populacional sobre fatores associados a não realização de mamografia apesar de analisar a faixa etária diferente deste, verificou que 38,2% das mulheres com 40 anos ou mais residentes no município, não haviam feito ECM no ano prévio, e 50,8% não tinham realizado mamografia nos dois anos que antecederam a entrevista. As

prevalências da não realização do ECM (36,2%) e da mamografia (47,9%) foram maiores que as encontradas na Cidade de Pelotas por SCLOWITZ et al (2005) onde foram verificadas prevalências de 18,6% e 31,1%, respectivamente. A cobertura observada dos exames preventivos para o câncer de mama em ambos os estudo, inclusive a presente pesquisa (24,82% de realização de mamografia), revelaram-se inferiores ao esperado.

No estudo de MOREIRA et al (2013), que analisa a prevalência do exame mamográfico de mulheres brasileiras no período de 2009 a 2010, realizado com 16.570 mulheres com idade entre 50 a 59 anos, mostrou associações positivas e significativas para todos os indicadores de serviços de saúde, incluindo a mamografia. No presente estudo essa associação de maior realização de mamografia esteve entre mulheres que passaram no ginecologista e realizaram o ECM.

SCLOWITZ et al (2005) observou discreta prevalência de realização de mamografia entre as mulheres de 50 a 59 anos, num estudo transversal realizado na cidade de Pelotas, RS em 2002 e reflete a possibilidade desta prática preventiva estar, adequadamente, sendo direcionada para as mulheres da faixa etária de maior risco para o câncer de mama. Para o autor, o status menopausal não parece interferir de forma significativa nas prevalências das condutas preventivas, exceto, para a prevalência de ECM e de consulta ginecológica no último ano.

Quanto ao ECM, SCLOWITZ et al (2005) refere que é provável que essa conduta dependa, 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.

Assim como na presente pesquisa, MOREIRA et al (2013) mostrou em seu estudo um aumento do número de mamografias realizadas em 2010, especialmente por aquelas que haviam realizado ECM anteriormente. Da mesma forma, AMORIN et al (2008) registrou que 75,3% das mulheres entrevistadas relataram que seus seios foram examinados na última consulta ginecológica, mostrando correlação entre o desempenho do exame clínico das mamas e a mamografia. Também foi observada a concomitância de não realização das práticas preventivas, incluindo: ECM, autoexame mensal das mamas, citologia oncótica e mamografia. Esse fato é esperado visto que o ECM, a solicitação da mamografia e a realização do exame de Papanicolaou fazem parte do

atendimento prestado na consulta ginecológica, e que, na ausência desta consulta, a realização de todos estes procedimentos fica comprometida.

O contato com o médico, neste caso o ginecologista, e outros indicadores de consulta ginecológica regular, como o papanicolaou, são variáveis fortemente associadas à realização da mamografia (MARCHI e GURGEL, 2010).

Pressupõe-se ainda que as mulheres que procuram mais os serviços de saúde para a consulta ginecológica também estariam mais expostas a estímulos e orientação para o autoexame das mamas.

O vínculo com planos de saúde privado, como apontado por MARCHI e GURGEL (2010) promove maior adesão e retorno mais breve para repetição da mamografia, com orientações para realização do exame em intervalos mais curtos, em virtude de facilidades de acesso aos serviços médicos.

Já a não realização do exame do Papanicolaou no estudo de AMORIM et al (2006) foi mais frequente entre as mulheres que não realizam o autoexame mensal das mamas, o exame físico anual das mamas e a mamografia. Esses resultados eram esperados considerando que o exame clínico das mamas, a solicitação da mamografia e a realização do exame de Papanicolaou, fazem parte do atendimento integral da mulher prestado durante a consulta médica ginecológica e que, na ausência desta consulta, a realização de todos esses procedimentos fica comprometida.

Outro achado relevante do presente estudo é que os serviços privados tiveram associação positiva com a realização do papanicolaou nos últimos 12 meses. Resultado semelhante foi encontrado por AMORIM et al (2006), onde os serviços privados foram responsáveis por 56,8% dos exames de Papanicolaou realizados, enquanto os serviços do SUS responderam por 43,2%. Este percentual é muito próximo ao encontrado no Município de São Paulo, no qual 57% das mulheres que realizaram o exame de Papanicolaou nos três anos que antecederam a entrevista o fizeram em serviços privados (INCA, 2004). O percentual que o setor privado de Campinas cobre em relação ao exame de Papanicolaou é ainda superior ao observado em outros atendimentos da saúde da mulher, como pré-natal e parto em que o setor privado cobre, respectivamente, 46,8% e 41,9% (ALMEIDA e BARROS, 2005).

Para ALBUQUERQUE et al (2009), a realização do preventivo nos serviços, sejam eles públicos ou privados de saúde caracteriza-se por ocorrer em conjunto com a assistência ao planejamento familiar, ginecológica e obstétrica, colaborando para que mulheres não inseridas em programas referentes ao ciclo gravídico-puerperal, a

exemplo daquelas que não fazem uso de método contraceptivo, apresentem menor cobertura de realização do Papanicolaou.

No estudo descritivo de abordagem qualitativa realizado por JORGE et al (2011) sobre fatores associados a não realização periódica do exame Papanicolaou apesar de não apresentar resultados com variáveis quantitativas, o autor ressalta nas considerações finais que as falas das participantes evidenciaram que os fatores associados a não realização periódica do exame Papanicolaou estavam relacionados à preferência por ervas medicinais, aos aspectos sociais e individuais, percebendo, portando, a necessidade de intervenção dos gestores e profissionais na comunidade, a fim de desmistificarem, através da educação em saúde tais barreiras que interferem na realização do exame, contribuindo para a redução da morbimortalidade por câncer de colo uterino.

Muitas pesquisas revelam iniquidades na utilização dos serviços de saúde, principalmente em relação às condições demográficas e socioeconômicas (DIAS-DA-COSTA et al, 2011).

Um estudo transversal realizado por DIAS-DA-COSTA et al (2011), sobre a utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo no Rio Grande do Sul destacou que indivíduos das classes D e E, e até mesmo as pessoas inseridas nas categorias intermediárias se consultam menos, principalmente os achados em relação à saúde das mulheres, no que diz respeito a exames de detecção precoce de afecções como câncer de colo uterino e de mama. Mesmo a cobertura da ESF no município não ter sido considerada elevada (18%), foi achado um número significativo de consultas médicas. Os autores referiram que uma possível explicação, seria o de que as classes extremas, A e B, com renda familiar alta, estariam cobertas pelo setor privado, e as classes D e E, com renda familiar baixa, pelo SUS.

No estudo realizado por DIAS-DA-COSTA et al (2011) sobre utilização de serviços ambulatoriais de saúde por mulheres no Sul do Brasil, a maioria das mulheres tinham renda mensal per capita de até 3 salários mínimos e, predominantemente pertenciam à classe econômica C.Á medida que diminuíam os níveis de classe econômica, de escolaridade e de renda familiar, aumentava o percentual de mulheres que não consultavam.56,7% dos entrevistados não haviam se consultado no último mês com médico e dos que frequentaram 51,2% utilizaram os serviços do SUS e 26,8% os serviços privados de saúde. 77,9% que utilizaram o SUS eram mulheres com renda familiar classificada como média.

A renda, por exemplo, é um fator que, quando presente na explicação do padrão de utilização de serviços de saúde da população, indica que a utilização varia segundo os recursos financeiros das pessoas (TRAVASSOS et al, 2006).

No estudo realizado por TRAVASSOS et al (2006) sobre a avaliação do padrão das desigualdades geográficas e sociais nos serviços de saúde no Brasil entre 1998 e 2003, as pessoas da classe de maior renda, em 2003, tinham 59,5% a mais de chance de usar serviços de saúde do que aquelas da classe de menor renda. Em 1998, essa diferença era de 66,4%. Ou seja, indivíduos com condições socioeconômicas mais favoráveis fazem maior e melhor uso dos serviços de saúde (OLIVEIRA et al, 2012).

O mesmo foi observado por MIQUILIN et al em 2013, ao analisar se o tipo de vínculo de trabalho, formal, informal ou desemprego, está associado a diferenças na utilização dos serviços de saúde, uma vez que os trabalhadores formais apresentaram maiores rendimentos que os informais e desempregados, corroborando com o estudo nacional realizado por BOEING et al (2010) que evidenciou que no contexto do sistema de saúde brasileiro a natureza do serviço de saúde utilizado está associada ao nível de renda do indivíduo, quanto maior a renda, maior a utilização dos serviços privados de saúde e a proporção de planos de saúde.

A metodologia utilizada por BOUSQUAT et al (2012) na pesquisa realizada sobre avaliação do PSF pela população residente em áreas metropolitanas captou distintos padrões de utilização de serviços de saúde, com uso seletivo das atividades,fortemente influenciado pela afiliação ao subsistema privado e pela renda, mesmo o programa incorporando imensa potencialidade das propostas inovadoras.

Na Espanha, observou-se cenário semelhante na análise dos dados do inquérito do sistema espanhol de saúde em 2006: aqueles com seguro privado tendem a usar mais o especialista do que o generalista (RIBEIRO et al, 2006).

Segundo os participantes do estudo de CARVALHO e CAMPOS (2000), o Programa da Bolsa Família ocasionou mudanças na vida das famílias que englobam aspectos como a redução da pobreza, o aumento da frequência escolar das crianças e mudanças na relação das famílias beneficiárias com os serviços de saúde, incluindo uma maior frequência delas nas unidades de Saúde da Família.

A relação usuário-profissional de saúde que se estabelece e, em especial, as perguntas que o usuário se encoraja a fazer, as respostas que obtém ou esclarecimentos e orientações espontâneas que lhes são dadas, especialmente quando levado em conta seu modo de vida, conferem-lhe a segurança necessária para enfrentar eventuais dúvidas e

dificuldades e aumentam a relação de confiança já existente.

No estudo realizado sobre acesso e acolhimento do ponto de vista dos usuários, alguns negaram a dificuldade de conseguir consultas, atribuindo à impaciência a causa de muitos não receberem atendimento (LIMA et al, 2012). Esta dificuldade foi relatada no estudo de Azevedo, 2010, não só pelos usuários, mas também pelos profissionais envolvidos. O tempo de agendamento constituiu uma barreira evidente no estudo de SILVA JÚNIOR et al (2010), que constatou tempo superior a 7 dias entre o agendamento e a consulta.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres entrevistadas apresentaram baixa realização do Papanicolaou e Mamografia nos últimos 12 meses, mais da metade não utilizaram o médico de Saúde da Família e nem ginecologista nos últimos 12 meses. O ECM foi realizado em um pouco mais da metade delas.

A ida ao serviço de saúde nos últimos 12 meses foi maior entre as mulheres que tinham plano de saúde, as que consideraram ter boa condição de saúde, que realizaram Papanicolaou e que fizeram mamografia nos últimos 12 meses.

A realização de Papanicolaou nos últimos 12 meses foi maior entre as que frequentaram médico de família nos últimos 12 meses, que fizeram uso de anticoncepcional com orientação médica, que eram usuárias de plano, e que realizaram o ECM nas consultas.

Tais informações devem ser consideradas no planejamento e implementação de ações e políticas que reduzam as iniquidades locorregionais, aumentando, por conseguinte, a cobertura do exame Papanicolaou e demais utilização de serviços de saúde na rede pública.

Este estudo mostrou que a análise da utilização dos serviços de saúde traz informações importantes sobre a organização dos serviços de saúde daquela população. As diferenças de acesso e dos padrões de utilização dos serviços devem ser levadas em conta, na análise do funcionamento dos sistemas de saúde e também nos estudos epidemiológicos, porque podem influenciar no perfil de saúde e nos indicadores da população estudada.

O acesso econômico, geográfico, cultural, além da cobertura, qualidade, oportunidade de atenção a saúde e o alcance das atividades de projeção comunitária são itens na organização da atenção que podem influenciar na utilização dos serviços de saúde quanto na saúde da população. É importante que os serviços sejam resolutivos, com prestação de cuidados de saúde universais, a fim de eliminar as lacunas que existem entre pessoas de diferentes níveis de renda.

Mesmo sabendo da importância da ESF na reestruturação do modelo de atenção e reorganização das práticas assistenciais, verifica-se que no presente caso a ampliação da oferta do PSF no município não conseguiu diminuir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Muitos dos problemas identificados revelam a existência de fragilidades que comprometem a organização e funcionamento do sistema, o que pode

implicar na exclusão de indivíduos cujas condições socioeconômicas, já os mantêm a margem de muitos direitos de cidadania.

Apesar da discussão a respeito da eficácia de exames preventivos, mantida incessantemente nas últimas décadas, os programas de prevenção, rastreamento devem estimular o início 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, é crucial para se alcançar a redução dos índices de mortalidade verificados em nosso país.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ABOUZAHR, C. **Progress and challenges in women's health: an analysis of levels and patterns of mortality and morbidity.** Contraception, Mar 2014. ISSN 1879-0518.

ADAY, L.A; ANDERSEN R.A. **Framework for the Study of Access to Medical Care**. Health Services Research. 1974;9(3):208-220.

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 em Pernambuco, Brasil.** Caderno de Saude Publica. 2009;25 Supl 2:301-9.

ALMEIDA MF, BARATA RB, MONTERO CV, SILVA ZP. **Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, no Brasil.** Ci. Saúde Col. 2002;7:743-6.

ALMEIDA SDM, BARROS MBA. **Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil.** Rev Panam Salud Publica 2005; 17:15-25.

ALMEIDA, WS; SZWARCWALD, CL. **Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n. 1, Feb. 2012.

AMORIM, VMSL et al . **Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 22, n. 11, p. 2329-2338, Nov. 2006.

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

ANDERSEN RM. **Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?** J Health Soc Behav 1995; 36:1-10.

ANDRADE, MS et al . **Fatores associados a não adesão ao Papanicolaou entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 23, n. 1, p. 111-120, mar. 2014.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Perfil do Setor**. 2011. Disponível em http://www.ans.gov.br/. Acessado em 25/04/14.

ASSIS, MMA; VILLA, TCS; NASCIMENTO, MAA. **Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática.** Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v. 8, n. 3, 2003.

ASSIS, MMA; JESUS, WLA. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise.**Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.11, pp. 2865-2875. ISSN 1413-8123.

BABITSCH B, GOHL D, VON LT. **Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011.** *GMS Psycho-Social-Medicine*. 2012; 9:Doc11. doi:10.3205/psm000089.

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

BASTOS, GAN; HARZHEIM, E; SOUSA, AI. **Prevalência e fatores associados à consulta médica entre adultos de uma comunidade de baixa renda do Sul do Brasil.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 23, n. 3, p. 409-420, Sept. 2014.

BERSUSA, A AS et al .**Acesso a serviços de saúde na Baixada Santista de pessoas portadoras de hipertensão arterial e ou diabetes.** Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 13, n. 3, Sept. 2010 .

BOEING AF, MATOS IB, ARRUDA MP, OLIVEIRA MC, NJAINE K. **Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um estudo de base populacional no sul do Brasil.**Ver Assoc Med Bras 2010; 56:41-6.

BOUSQUAT, A; ALVES, MCGP; ELIAS, PE. **Utilização do Programa de Saúde da Família em regiões metropolitanas: abordagem metodológica.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 5, Oct. 2008.

BOUSQUAT, A; GOMES, A; ALVES, MCGP. **Acesso realizado ao Programa de Saúde da Família em área com "alta" cobertura do subsistema privado.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, Nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 1395/GM, 28/03/2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coleção Pró-gestores – Para entender a gestão do SUS, livro 8**. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2007. p. 232.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde do Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde.** 2008. Rio de Janeiro.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília. Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As oficinas para a organização de atenção à saúde.** Brasília: CONASS, 2010a. (CONASS documento nº 21)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n. 26. Tiragem:** 1ª edição – 2010b. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs

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, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha.** Brasília – DF, 2011. Disponível em http://www.saude.gov.br/bvs

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 300 p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013b. 114 p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2014.

CAPILHEIRA MF, SANTOS IS. **Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos**. Ver Saude Publica. 2006; 40(3):436-43. DOI: 10.1590/S0034-89102006000300011

CARNEIRO JUNIOR, N; NASCIMENTO, VB; COSTA, IMC. **Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares.** Saude soc., São Paulo, v. 20, n. 4, p. 971-979, dez. 2011.

CARVACHO, IE; MELLO, MB; MORAIS, SS and SILVA, JLP. **Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes.** Rev. Saúde Pública [online]. 2008, vol.42, n.5, pp. 886-894. ISSN 0034-8910.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. D. S. **Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais.** Cadernos de Saúde Pública, v. 16, p. 507-515,2000. ISSN 0102-311X.

CASTRO, MSM; TRAVASSOS, C; CARVALHO, MS. **Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil.**Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 2, abr. 2005.

CASTRO, ALB; MACHADO, CV. **A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000.** Physis, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 477-506, jun. 2012.

CHERRY, DK; WOODWELL, DA 2002.**National ambulatory medical care survey: 2000 summary.** Centers for Disease Control and Prevention, Advanced Data No. 328, June 5, DHHS Publication No. (PHS) 2002- 1250, 02-0379 (5/02).

COELHO, EAC et al . **Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 154-160, mar. 2009.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem - **Resolução n° 3811/ 2011 sobre coleta de material para realização do exame citopatológico por auxiliares e técnicos de enfermagem.**

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia do SUS. **Mamografia para o rastreamento do câncer de Mama em mulheres com idade abaixo dos 50 anos, entre 50 e 69 anos e com mais de 70 anos**. Ministério da Saúde, nº178, Outubro de 2015.

CONNIL, E.M.; PIRES, D.; SISSON, M.C.; OLIVEIRA, M.C.; BOING, A.F.; FERTONANI, A.P. **O mix público privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro.** Ciência & Saúde Coletiva. 13(5), 2008. p. 1501- 1510.

CONTANDRIOPOULOS, AP, DA SILVA, RB, PINEAULT, R, TOUSIGNANT, P. **A Global Approach to Evaluation of Health Services Utilization: Concepts and Measures.** Health Policy, 2011 May; 6 (4): e 106 – e117.

COSTA JSD, D'ELIA PB, MANZOLLI P, MOREIRA MR. **Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Brasil.** Rev Panam Salud Pública 1998; 3: 308-13.

COSTA, ACM, ALVES, MTSSB. **Fatores associados à utilização de serviços de saúde em municípios Maranhenses.** Rev Baiana Saude Publica Miolo. V. 34 _ N.3.indd 515. jul./set. 2010.

COUGHLIN SS, UHLER RJ. **Breast and cervical screening practices among asian and pacific islander women in the United States, 1994-1997**. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2000; 9:597-603

CUNHA, ABO; VIEIRA-DA-SILVA, LM. **Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, Apr. 2010.

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

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. **Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal.**Cadernos de Saúde Pública, v. 27, p. 868-876, 2011.ISSN 0102-311X.

DONABEDIAN A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

DONELLE, L.; HALL, J.**An exploration of women offenders' health literacy.** Soc Work Public Health, v. 29, n. 3, p. 240-51, Apr 2014. ISSN 1937-190X.

FERNANDES, LCL; BERTOLDI, AD; BARROS, A J D. **Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 4, Aug. 2009.

FRANCO, SC.; CAMPOS, G W. de S**.. Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário. Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 32, n. 4, Aug. 1998.

FREITAS, MLA; MANDU, ENT. **Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras.** Acta paul. enferm., São Paulo , v. 23, n. 2, p. 200-205, Apr. 2010 .

GASPERIN, SI; BOEING, AF; KUPEK, E. **Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1312-1322, July 2011 .

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M.de. Atenção Primária à saúde. (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

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.

GOLD, J. A.; BARG, F. K.; MARGO, K. **Undergraduate Students' Perspectives on Primary Care. J Prim Care Community Health**, May 2014. ISSN 2150-1327

GOLDBAUM M, GIANINI RJ, NOVAES HMD, CÉSAR CLG. **Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo.**Rev Saúde Pública 2005; 39:90-9.

GOUVEA, CSD. de; TRAVASSOS, C; FERNANDES,. **Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil - 1992 a 1995.**Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 6, dez. 1997.

HARTZ, ZMA; CONTANDRIOPOULOS, AP. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros"**.Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013.

HEWITT M, DEVESSA SS, BREEN N. **Cervical cancer screening among U.S. women: analyses of the 2000 National Health Interview Survey.** Prev Med 2004; 39:270-8.

HULKA BS; WHEAT JR. **Patterns of utilization: the patient perspective**. Med Care 1985;25(3):438-51.

IARC – International Agency for research on cancer. **Breast cancer screening: IARC handbooks of cancer prevention** [Internet]. Lyon: IARC Press, 2002. Disponível em: http://www.iarc.fr/. Acesso em: 25/07/2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Acesso e utilização de serviços de saúde: 1998, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios:** Departamento de Emprego e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2000. 96p. ISBN 85-240-0817-2

IBGE **–** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br. Acessado em 16.04.2014.

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

IDSUS **– Índice de Desenvolvimento do SUS**. 2012. Disponível em:http://idsus.saude.gov.br. (acessado em 03/dez/2015).

INCA - Instituto Nacional de Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: 2004.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. **Viva mulher – programa de controle do câncer do colo do útero e de mama: periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo de útero. 2012.** http://www.inca.gov.br (acessado em 11/maio/2016).

INCA - Instituto Nacional de Câncer. **Atlas da Mortalidade 2014**. Disponívelem: https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/Acesso em: 10/12/2015.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: 2015

INCA - Instituto Nacional de Câncer. Brasil. Coordenação 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.** Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: 2011. Atualizado em 2016.

JESUS, WLA; ASSIS, MMA. **Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 161-170, Jan. 2010 .

JORGE RJB, SAMPAIO LRL, DIÓGENES MAR, MENDONÇA FAC, SAMPAIO LL. **Fatores associados a não realização periódica do Exame Papanicolaou.** Rev Rene, Fortaleza, 2011 jul/set; 12(3):606-12

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

KRINGOS DS, BOERMA WG, HUTCHINSON A, VAN DER J, GROENEWEGEN PP. **The breadth of primary care: a systematic literature review o its core dimensions.** BMC health services research. 2010; 10:65.

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.

LEAL, MC; GAMA, SGN; CUNHA, CB. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 1, Jan. 2005.

LEVORATO, CD et al . **Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1263-1274, Apr. 2014.

LIMA, LD et al .**Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, Nov. 2012.

LIMA-COSTA MF, Matos DL, CAMARANO AA. **Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD 1998, 2003).** Ciência & Saúde Coletiva 2006;11:941-950.

LIMA-COSTA, MF; MATOS, DL. **Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003).** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1665-1673, July 2007.

LIMA-COSTA, MF; LOYOLA FILHO, AI. **Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 17, n. 4, p. 247-257, dez. 2008.

LOPES EZ et al, **Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil.**Ver Brás med fam comunidade. Florianópolis, 2011 Abr-Jun; 6(19): 118-24.

LOUVISON MCP, LEBRÃO ML, DUARTE YAO, SANTOS JLF, MALIK AM, ALMEIDA ES. **Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo.**Ver Saude Publica 2008; 42(4):733-740.

LOYOLA FILHO AI, UCHOA E, GUERRA HL, FIRMO JOA, LIMA-COSTA MF. **Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí.** Rev. Saúde Públ. 2002;36:55-62.

MACINTYRE S, FORDG, HUND K 1999. **Do women "overreport" morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness.** Social Science and Medicine 48:89- 98.

MARCHI, AA; GURGEL, MSC. **Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 191-197, Apr. 2010.

MARTINS LFL, THULER LCS, VALENTE JG.**Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura.**Ver Bras Ginecol Obstet 2005; 27: 485-92.

MATOS SL, SANTOS MMP. **Diferencias en los factores relacionados con el uso de la mamografía en las mujeres españolas en los años 1994 y 2000.** Rev Esp Salud Publica. 2005; 79:517-20.

MENDOZA-SASSI R e BÉRIA JU**. Utilización de lós servicios de salud: una revisión sistemática sobre lós factores relacionados.** Cad Saude Publica. 2001;17(4):819-32. DOI: 10.1590/S0102-311X2001000400016

MENDOZA-SASSI, R; BERIA, JU; BARROS, AJ D. **Out patien the alth service utilization and associated factors: a population-based study.**Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 37, n. 3, jun. 2003.

MIQUILIN, IOC et al . **Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1392-1406, jul. 2013.

MOREIRA, CB et al. **Prevalência do exame mamográfico em mulheres no período de 2009 a 2010.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2013 abr/jun; 21(2):151-5. • p.151

MUELLER KJ, PATIL K, BOILESEN E 1998. **The role of uninsurance and race in healthcare utilization by rural minorities.** Health Services Research 33(3):597- 610

NACIONES UNIDAS. **Informe de La Conferencia Internacional sobre La Población y El Desarrollo: el Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994.** Nueva York: Naciones Unidas, 1995. Disponível em: <http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/572_filename_finalreport_icpd_spa.pdf > Acesso em: 16 dez. 2008.

NASCIMENTO CMR, ELUF-NETO J, REGO RA. **Cobertura do teste de Papanicolaou no município de São Paulo e características das mulheres que realizaram o teste**. Bol Sanit Panam 1996; 121: 491-501.

NOVAES, HMD; BRAGA, PE; SCHOUT, D. **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.

ODM – **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio** - disponível em www.objetivosdomilenio.org.br, acessado em 15/07/2013.

OLIVEIRA, MMHN et al . **Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão.** Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 9, n. 3, p. 325-334, set. 2006.

OLIVEIRA, LS et al . **Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, p. 3047-3056, Nov. 2012 .

OLIVEIRA, MM et al . **Fatores associados à procura de serviços de saúde entre escolares brasileiros: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2012.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 31, n. 8, p. 1603-1614, Aug. 2015.

OMS - **Organização Mundial da Saúde**. 1998. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>. Acesso em 02/04/2015.

OPS – Organização Pan-americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** Brasília. OPAS/ OMS. 2011.

PAVAO, ALB et al .**Uso de serviços de saúde segundo posição socioeconômica em trabalhadores de uma universidade pública.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n. 1, Feb. 2012.

PELTZER, Karl et al. **Universal health coverage in emerging economies: findings on health care utilization by older adults in China, Ghana, India, Mexico, the Russian Federation, and South Africa.** Global Health Action, [S.l.], v. 7, oct. 2014. ISSN 1654-9880. Available at: <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/25314>. Date accessed: 26 May. 2016. doi:http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.25314.

PINHEIRO RS; TRAVASSOS CM 1999. **Desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três áreas da cidade do Rio de Janeiro.** Cadernos de Saúde Pública15(3):487-496.

PINHEIRO, RS et al . **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil.**Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.

PINHO AA, FRANÇA Júnior I, SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL. **Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo.** Cad Saúde Pública 2003; 19(S2): S303-S13

PMS – **Plano Municipal de Saúde**. Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande, São Paulo, Brasil, 2010.

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: **acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro. 100 p.

POLITI, R. **Desigualdade na utilização de serviços de saúde entre adultos: uma análise dos fatores de concentração da demanda.** Econ. Apl., Ribeirão Preto , v. 18, n. 1, p. 117-137, mar. 2014 .

PORTO, SM; SANTOS, IS; UGA, MAD. **A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 895-910, Dec. 2006.

PRAIA GRANDE. **Secretaria de Saúde Pública da Estância Balneária de Praia Grande, 2014**.

QUADROS CAT, VICTORA CG, DIAS-DA-COSTA JS. **Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in Southern Brazil**. Rev Panam Salud Publica 2004; 16: 223- 32.

REIS, E J. F. B. et al . **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, Mar. 1990.

RIBEIRO MCSA, BARATA RB, ALMEIDA MF, SILVA ZP. **Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003**. Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11:1011-22.

SALTAMAN R, RICO A, BOERMA W. **Primary care in the driver´sseat?** New York: Open University Press; 2006.

SANTANA, ML; CARMAGNANI, MI. **Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens.** Saude soc., São Paulo , v. 10, n. 1, p. 33-53, July 2001.

SANTOS, IS; UGA, MAD; PORTO, SM. **O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, Oct. 2008.

SANTOS, IS. **Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2743-2752, June 2011.

SANTOS, TVC; PENNA, CMM. **Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 22, n. 1, Mar. 2013 .

SÃO PAULO. **Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família. Caracterização dos municípios paulistas com população superior a 100 mil habitantes.** São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea. Consórcio Medicina USP, 2006.

SAWYER, D.O.; LEITE, I.C.; ALEXANDRINO, R. **Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva. 7(4), 2011. p. 757- 776.

SCLOWITZ, ML et al . **Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 340-349, June 2005.

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

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.

SDH – **Secretaria dos direitos humanos** – disponível em www.brasil.gov.br, acessado em 03/07/2013.

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

SILVA, NN et al .**Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada.**Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 1, Feb. 2000.

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

SILVA, NC; GARNELO, L; GIOVANELLA, L. **Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica. A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM.** Saude soc., São Paulo, v. 19, n. 3, p. 592-604, set. 2010.

SILVA JÚNIOR ES, MEDINA MG, AQUINO R, FONSECA ACF, VILASBÔAS ALQ. **Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia.**Ver. Bras. Saude Mater. Infant 2010; 10(Supl. 1):S49-S60.

SOARES MC, MISHIMA SM, SILVA RC, RIBEIRO CV, MEINCKE SMK, CORRÊA ACL. **Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde.**Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):502-8.

SOUZA HM. **Saúde da família: desafios e conquistas**. In: Negri B, Viana AL. O sistema único de saúde em dez anos de desafios. São Paulo: Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão; 2002. p. 221-40.

SOUZA, E. C. F. D. et al. **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde.** Cadernos de Saúde Pública, v. 24, p. s100-s110, 2008. ISSN 0102-311X

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

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.C.; VILASBÔAS, A..L..**SUS, modelos assistenciais e vigilância da Saúde.** Informe Epidemiológico do SUS. 7 (2), 1998. p. 7 – 28.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelos de Atenção a Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual situação atual, desafios e perspectivas**, In: LIMA, N.S.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M.; (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

TRAVASSOS, C et al . **Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil.**Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. **Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social.** Revista Panamericana de Saúde Pública. 11(5), 2002. p. 365 – 373.

TRAVASSOS, C; OLIVEIRA, EXG; VIACAVA, F. **Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003**.Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, dez. 2006.

TRAVASSOS, C. **Forum: equity in access to health care**. Introduction. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, maio 2008.

TRAVASSOS C, CASTRO MSM. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde.** In: Giovanella L. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, Cebes; 2008. p. 215-243.

TRAVASSOS, C; VIACAVA, F. **Utilização e financiamento de serviços de saúde: dez anos de informação das PNAD**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, set. 2011.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M**. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013.

TRAVASSOS, C; NOVAES, HMD. **Investigação e avaliação em serviços de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013.

TRAVASSOS, C; VIACAVA, F; LAGUARDIA, J. **Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil.** Rev. bras. Epidemiol., São Paulo, 2013.

UNICEF – **Fundo das Nações Unidas para a Infância.** Disponível em www.unicef.org.br – Acessado em 02/03/2016.

UNGLERT, CVS. **O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 24, n. 6, Dec. 1990.

USPSTF –**United State Preventive Service Task Force,** 2009. Disponível em: http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/index.html. Acesso em: 18/08/2015.

VARGAS, AMD et al .**O acesso aos serviços públicos de saúde em área limítrofe entre municípios.**Saude soc., São Paulo, v. 20, n. 3, Sept. 2011.

VERBRUGGE LM, WINGARD DL. **Sex differentials in health and mortality**. Women Health 1987;12:103-45.

VETTORE, MV et al . **Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 13, n. 2, jun. 2013.

VIACAVA, F; DACHS, N; TRAVASSOS, C. **Os inquéritos domiciliares e o Sistema Nacional de Informações em Saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 863-869, Dec. 2006.

VIANA ALD, DAL POZ MR. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** Physis. 1998; 8(2): 11-48.

VIANA, ALÁ et al . **Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s79-s90, 2008.

VIEIRA, JMR; GARNELO, L; HORTALE, VA. **Análise da atenção básica em cinco municípios da Amazônia ocidental, com ênfase no Programa Saúde da Família.** Saude soc., São Paulo, v. 19, n. 4, p. 852-865, dez. 2010.

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

VILARINS, GCM; SHIMIZU, HE; GUTIERREZ, MMU. **A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, Dec. 2012.

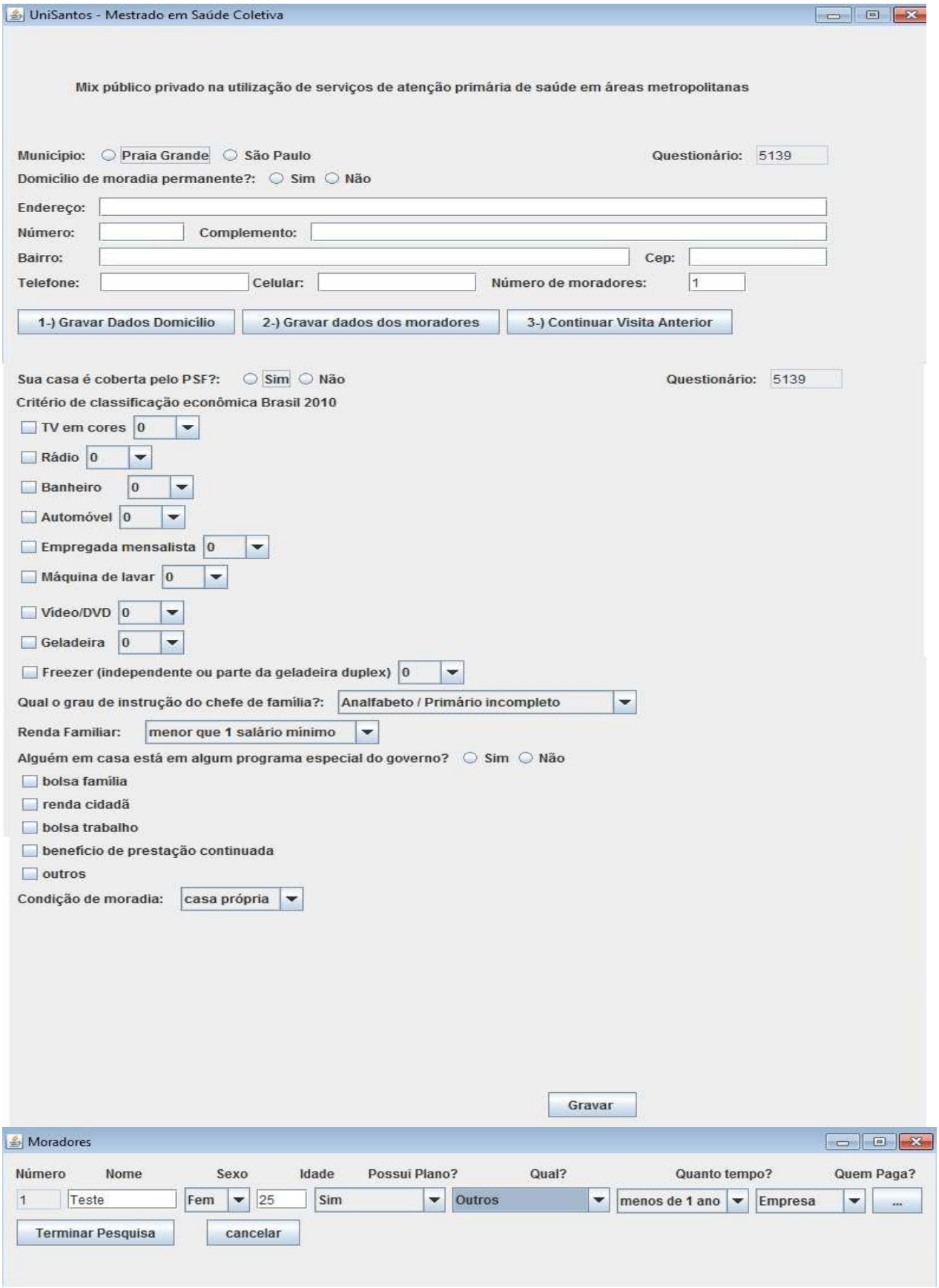
WENNBERG JE 1985. **On patient need, equity, supplier induced demand, and the need to assess the outcome of common medical practices**. Medical Care 23(5): 512-520, May

WHO - World Health Organization [Internet].**Cytological screening in the control of cervical cancer: technical guidelines.** Geneva: WHO; 1988 [citado 2008 Dec 01].

WHO - World Health Organization. **What are the advantages and desadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services**. Copenhagen. 2000.

8. APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice A: Questionário



Apêndice B: Questionário

Questionario 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 cidado 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 familia durante as consultas?: ◉ Sim ○ Não

15-Quais orientações recebe durante as consultas?:

Prevenção de doenças sexualmente transmissiveis	◉ sim	○ não
Importância de realizar atividades fisicas	◉ sim	○ não
Prevenção do câncer de pele	◉ sim	○ não
Procedimentos em caso de violência sexual e doméstica	◉ sim	○ não
Acompanhamento do climatério	◉ sim	○ não
Prevenção osteoporose	◉ sim	○ não

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

☑ Médico de Familia	○ Setor Público	○ Setor Privado
☑ Clínico Geral	○ Setor Público	○ Setor Privado
☑ Cardiologista	○ Setor Público	○ Setor Privado
☑ Ortopedista	○ Setor Público	○ Setor Privado
☑ Oftalmologista	○ Setor Público	○ Setor Privado
☑ Gastroenterologista	○ Setor Público	○ Setor Privado
☑ Ginecologia/Obstetra	○ Setor Público	○ Setor Privado
☑ Psiquiatra	○ Setor Público	○ Setor Privado
☑ Pneumologista	○ Setor Público	○ Setor Privado
☑ Endocrinologista	○ Setor Público	○ Setor Privado
☑ Outros	○ Setor Público	○ 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?

☑ Sangue	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ Urina	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ Fezes	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ Raio X	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ Ultra Som	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ Tomografia	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ Ressonância	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ Cintilografia	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ Eletrocardiograma	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ Ecocardiograma	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ Endoscopia	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ Colonoscopia	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ Exame de Vista	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ Mamografia	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ Densitometria	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ USG de Mamas	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ Papanicolau	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ Outros	○ Setor Público ○ Setor Privado

19-Já fez o exame USG de Mamas alguma vez? Sim a menos de 3 anos

20-Já fez o exame Papanicolau alguma vez? Sim a menos de 3 anos

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?

☑ Laqueadura	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ Vasectomia/parceiro	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ Pílulas anticoncepcionais	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ Injeções anticoncepcionais	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ Camisinha	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ Pílula do dia seguinte	○ Setor Público ○ Setor Privado
☑ Outros	○ Setor Público ○ 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? 1º / 2º mês

33-Quantas consultas realizou?: ☐

34 -Algum profissional da saúde conversou 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 auxilio ○ Sim, com auxilio ○ Não

46-Você recebeu algum tipo de auxilio 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 auxilio? Setor Público

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 especifico? não

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

Médico: nenhuma vez

Enfermeiro: nenhuma vez

ACS: nenhuma vez

Outros: nenhuma vez

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

☑ Não ☑ Sim, do plano de saúde ☑ Sim, do municipio ☑ 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? EXCELENTE

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

Questionário - Medicamentos

Apêndice 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 A:Carta de aprovação

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Católica de Santos - UNISANTOS

PROJETO DE PESQUISA

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

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: 40387
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 conseqüente 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 referencia 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 netbooks 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 semiestruturadas 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 d 2012 foi considerado APROVADO.

SANTOS, 20 de Junho de 2012

Assinado por:
Maria Luiza Domingues Villar