



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

***“Estudo de acesso ao exame preventivo do câncer do colo do útero na
Baixada Fluminense”***

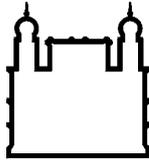
por

Maria Isabel do Nascimento

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências
na área de Saúde Pública e Meio Ambiente.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Gina Torres Rego Monteiro

Rio de Janeiro, fevereiro de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta tese, intitulada

“Estudo de acesso ao exame preventivo do câncer do colo do útero na Baixada Fluminense”

apresentada por

Maria Isabel do Nascimento

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Gulnar Azevedo e Silva Mendonça

Prof. Dr. Michael Eduardo Reichenheim

Prof.^a Dr.^a Mônica Silva Martins

Prof.^a Dr.^a Inês Echenique Mattos

Prof.^a Dr.^a Gina Torres Rego Monteiro – Orientadora

Tese defendida e aprovada em 28 de fevereiro de 2011.

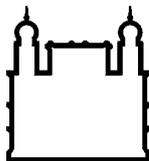
Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

N244 Nascimento, Maria Isabel do
Estudo de acesso ao exame preventivo do câncer do colo do
útero na Baixada Fluminense. / Maria Isabel do Nascimento. --
2011.
xvi,113 f. : tab.

Orientador: Monteiro, Gina Torres Rego
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Questionários.
3. Estudos de Validação. 4. Neoplasias do Colo do Útero –
prevenção & controle. 5. Esfregaço Vaginal. I. Título.

CDD – 22.ed. – 616.994098153



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 28 de fevereiro de 2011.

Maria Isabel do Nascimento

CG/Fa

*Às mulheres que gentil e generosamente contribuíram
relatando suas experiências de vida, assim
permitindo a execução deste trabalho.*

Agradecimentos

A professora Gina Torres Rego Monteiro, pela orientação, ensinamentos, paciência e, especialmente por ter acreditado em mim.

Ao professor Michael Eduardo Reichenheim, pela generosa doação dos seus conhecimentos e por ter me concedido a oportunidade de aprender mais.

A professora Gulnar Azevedo e Silva, pelo exemplo de dedicação ao controle do câncer e pela acolhedora amizade e oportunas observações.

A professora Mônica Martins, pela gentileza, atenção, participação, disponibilidade para atender minhas solicitações e pelas críticas e sugestões.

A professora Inês Echenique Mattos, pelo exemplo de conduta acadêmica, incentivo e amparo e pelas suas preciosas contribuições.

Ao professor Alfredo de Almeida Cunha, pela presença constante, especialmente nos momentos difíceis, me fazendo acreditar que era possível enfrentar e superar os desafios.

A Victoria Balboa, médica patologista e amiga, cuja contribuição foi simplesmente fundamental para a realização deste trabalho.

A Glaucimara Gonzaga Nunes, companheira de trabalho, pela compreensão, colaboração e compromisso demonstrados ao longo dessa caminhada.

A Marcelle Lobo Dinis Castro, pelo carinho, apoio e principalmente pela amizade que tenho tido a oportunidade de usufruir.

A todos os professores e professoras do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente, pela oportunidade do convívio e ensinamentos.

Aos funcionários/as Kleber, Cris, Ilda, Jô e Sabrina do Setor de DST/AIDS do HGNI, pelo cuidado na coleta e no armazenamento das amostras biológicas do estudo.

Aos colegas da Pós-Graduação, especialmente a Ana Lúcia Toledo, agradeço por ter me auxiliado, apontando caminhos deste as primeiras etapas desta pesquisa.

A Karen Barbosa Couto Pereira, pela colaboração na coleta e digitação dos dados e no processamento laboratorial das amostras de HPV.

A Juliana minha querida filha e parceira, agradeço por ter compreendido o meu humor, minha falta de tempo e principalmente pelo apoio demonstrado ao longo desta caminhada.

*“Recorda que em toda conta,
De tempo, vida e dever,
Cada dia que desponta
É dia de socorrer.”*

Casimiro Cunha

RESUMO

Esta tese teve como objetivo estudar o acesso ao preventivo do câncer do colo do útero (CCU) enfocando a adaptação transcultural dos instrumentos de coleta de dados e o histórico de testes de Papanicolaou realizados. O artigo 1 descreve as etapas iniciais do processo de adaptação. A abordagem universalista foi adotada para avaliar as equivalências conceitual, de itens e semântica. O processo incluiu a revisão de literatura, a participação de especialistas e de mulheres representantes da população geral. Uma versão consensual pré-testada foi disponibilizada para as etapas seguintes do roteiro em curso. Vinte e oito mulheres participaram do pré-teste, sendo oito delas no formato de grupo focal. O artigo 2 descreve a avaliação psicométrica da versão brasileira de um instrumento originalmente proposto como unidimensional para capturar percepção do paciente do processo interpessoal de cuidado. A Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e a Análise Fatorial Exploratória modelada dentro dos princípios da AFC (E/AFC) foram alternadamente usadas para identificar o modelo de melhor ajuste e mais parcimonioso. A AFC inicial não corroborou a estrutura unidimensional, enquanto a E/AFC sugeriu uma solução bi-dimensional. A re-avaliação confirmatória (AFC) da estrutura bi-dimensional mostrou que o modelo sem carga cruzada era mais parcimonioso e com ajuste adequado, exceto para a raiz do erro quadrático médio de aproximação (RMSEA). Os índices de confiabilidade composta e de validade convergente mostraram-se aceitáveis. Entretanto, a solução apresentou validade discriminante questionável. No artigo 3, as associações entre as histórias de testes de Papanicolaou realizados e o desfecho CCU foram estimadas usando o delineamento caso-controle. O estudo incluiu 152 casos de CCU histologicamente confirmados e 169 controles pareados por frequência de distribuição dos casos nos quatro anos precedentes. Os exames citológicos realizados além dos 36 meses da data do diagnóstico/entrevista foram incluídos na análise multivariada usando a regressão logística não condicional. Depois do ajustamento, os resultados evidenciaram a redução na estimativa de risco de CCU de 84% (OR 0,16; IC 95%: 0,073; 0,379) para o histórico de 3 exames ou mais, comparando com nenhum exame. O estudo mostrou que as diferenças no uso do TP na Baixada Fluminense permanecem e estão associadas ao CCU, sugerindo que mais atenção deve ser dada para a melhoria da coleta dos esfregaços e para a qualidade do processamento laboratorial dos exames.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Questionários; Estudos de validação; Neoplasias do Colo do útero; Teste de Papanicolaou.

ABSTRACT

The objective of this thesis was to study the access to cervical cancer prevention focusing on the cross-cultural adaptation of data collection instruments and Pap smears screening histories. Article 1 describes the initial steps of the adaptation process. A universalist approach was adopted to assess conceptual, item, and semantic equivalences. The process included a literature review and participation by both experts and women representing the general population. After assessing conceptual, items and semantic equivalences, the consensual version was pre-tested and made available for the next stages of the ongoing process. Twenty-eight women participated in the pre-test, eight of whom in the focus group format. Article 2 evaluates the psychometric equivalence of the Brazilian version of an instrument originally proposed as unidimensional structure to capture patient perception of interpersonal process of care. Confirmatory Factor Analysis (CFA) and Exploratory Factor Analysis modeled within a CFA framework (E/CFA) were alternately used to identify the best fitting and most parsimonious model. The initial CFA rejected the unidimensional structure, while an E/CFA suggested a bi-dimensional solution. This last structure was followed by a new CFA, which showed that the model without cross-loading was the most parsimonious, with adequate fit, except for Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). Composite reliability and convergent validity index are acceptable. Nonetheless, the solution showed poor discriminant validity. In Article 3, associations between Pap smears histories and cervical cancer outcome were evaluated using a case-control design. The study included 152 histologically confirmed invasive cases and 169 controls frequency-matched according to the distribution of cases on the previous four years. Pap smears performed beyond 36 months of diagnosis or interview date were included in the multivariate analysis using the unconditional logistic regression. After adjustment, our results revealed that having three or more Pap tests may decrease the risk estimated of cervical cancer by about 84% (OR 0.16; CI 95%: 0.073; 0.379) comparing with non-screened women. The study showed that the differences in the use of the Pap test remain in the Baixada Fluminense and are associated to cervical cancer development, suggesting that more attention should be given to improving the smears collecting and increasing the quality of the laboratorial processing of exams.

Keywords: Health Services Accessibility; Questionnaires; Validation Studies; Uterine Cervical Neoplasms; Pap Smears.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	xv
I INTRODUÇÃO	1
1.1 Referencial teórico.....	1
1.1.1 Câncer do colo do útero: a magnitude do problema.....	1
1.1.2 Fatores de risco.....	4
1.1.3 O teste de Papanicolaou como ferramenta de rastreamento das lesões cervicais.....	8
1.1.4 Dimensões e barreiras de acesso e a adaptação dos instrumentos de coleta de informação.....	10
II – JUSTIFICATIVA	15
III OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo geral.....	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
IV METODOLOGIA	18
4.1 Métodos do artigo 1.....	18
4.2 Métodos do artigo 2.....	19
4.3 Métodos do artigo 3.....	20
V ASPECTOS ÉTICOS	21
VI ARTIGOS.....	22
6.1 Artigo 1.....	22
6.1.1 Resumo.....	22
6.1.2 Abstract.....	23
6.1.3 Introdução.....	24
6.1.4 Material e métodos.....	27
6.1.5 Resultados.....	30
6.1.6 Discussão.....	37
6.1.7 Colaboradores.....	41
6.1.8 Agradecimentos.....	42
6.1.9 Referências Bibliográficas.....	42
6.2 Artigo 2.....	45
6.2.1 Resumo.....	45
6.2.2 Abstract.....	46
6.2.3 Introdução.....	47
6.2.4 Material e métodos.....	49
6.2.5 Resultados.....	53
6.2.7 Colaboradores.....	60
6.2.8 Agradecimentos.....	60
6.2.9 Referências Bibliográficas.....	62
6.3 Artigo 3.....	65
6.3.1 Resumo.....	65
6.3.2 Abstract.....	66
6.3.3 Introdução.....	67
6.3.4 Material e métodos.....	68
6.3.5 Resultados.....	74
6.3.6 Discussão.....	80
6.3.7 Colaboradores.....	84
6.3.8 Agradecimentos.....	84
6.3.9 Referências Bibliográficas.....	84
VII COMENTÁRIOS FINAIS.....	87
VIII REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

ANEXOS 99

LISTA DE TABELAS

Introdução:

Tabela 1: Taxa de incidência e mortalidade de câncer de colo de útero ajustadas por idade (população mundial), registradas nas regiões selecionadas.	2
--	---

Artigo 1:

Tabela 1: Equivalência semântica: comparação entre as retraduições e o instrumento original sob a perspectiva referencial e conotativa e apresentação da versão-síntese	34
---	----

Artigo 2:

Tabela 1: Análise de Fator Confirmatória/Exploratória (AFC/E) do instrumento “Escala de Satisfação com o Processo Interpessoal de Cuidados Médicos Gerais” – (ESPICMG): cargas e correlações de fatores.	54
Tabela 2: Análise de Fator Confirmatória do instrumento “Escala de Satisfação com o Processo Interpessoal de Cuidados Médicos Gerais”- (ESPICMG): cargas, erros de mensuração, estimativas de confiabilidade e de ajuste geral do modelo.	55

Artigo 3:

Tabela 1: Distribuição das variáveis categóricas candidatas à composição dos níveis do modelo hierárquico, estudo caso-controle de câncer do colo do útero na Baixada Fluminense, 2007-2010.	75
Tabela 2: Padrão de acesso e uso do teste de Papanicolaou, estudo caso-controle de câncer do colo do útero na Baixada Fluminense, 2007-2010.	76
Tabela 3: Associação das variáveis candidatas e câncer do colo do útero: <i>odds ratios</i> brutas e ajustadas pelas exposições do mesmo nível hierárquico, estudo caso-controle de câncer do colo do útero na Baixada Fluminense, 2007-2010.	78
Tabela 4: Associação entre o acesso prévio ao teste de Papanicolaou e o câncer do colo do útero, considerando as variáveis componentes do modelo hierárquico, estudo caso-controle de câncer do colo do útero na Baixada Fluminense, 2007-2010.	79

LISTA DE FIGURAS

Introdução

- Figura 1: Taxa de incidência de câncer do colo do útero ajustada por idade (população mundial – 1960), segundo Registro de Câncer de Base Populacional e período. 3
- Figura 2: Modelo conceitual de acesso contemplando três dimensões (disponibilidade, aceitabilidade e capacidade aquisitiva) e a interação de Sistema de Saúde, indivíduo, família e comunidade. 11
- Artigo 2:
Figura 1: Correlações de fatores e raiz quadrada da variância média extraída dos modelos bi-dimensional 1 e bi-dimensional 2. 56
- Artigo 3:
Figura 1: Representação esquemática do modelo conceitual referência para a análise hierárquica. 70

LISTA DE ABREVIACÕES

ACO	Anticoncepcional oral
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFC/E	Análise Fatorial Confirmatória/Exploratória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
BF	Baixada Fluminense
BRFSS	Behavioral Risk Factor Surveillance System
CCU	Câncer do colo do útero
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CFI	Comparative Fit Index
CID	Código Internacional de Doenças
CIS	Carcinoma in situ
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNA	Ácido desoxirribonucléico
ESPICMG	Escala de Satisfação com o Processo Interpessoal de Cuidados Médicos Gerais
HGNI	Hospital Geral de Nova Iguaçu
HPV	Human papillomavirus
IARC	International Agency for Research on Cancer
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
IDH	Índice de desenvolvimento humano
IM	Índice de modificação
INCA	Instituto Nacional de Câncer
JEC	Junção escamo-colunar

MEEE	Modelagem por equações estruturais exploratórias
MEP	Mudanças esperadas de parâmetros
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OR	Odds ratio
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
RR	Risco relativo
SD	Standard deviation
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SM	Salário mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
TLI	Tucker_Lewis Index
VME	Variância média extraída
WLSMV	Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted
WRMR	Weighted Root Mean Square Residual

APRESENTAÇÃO

O foco desta tese é o acesso ao teste de Papanicolaou, proposto como estratégia de rastreamento e de detecção precoce do câncer do colo do útero (CCU). Em 1988, a periodicidade e a faixa etária alvo para a realização do teste foram definidas pelo Ministério da Saúde do Brasil. A seguir, uma série de medidas programáticas foi tomada, culminado com a implantação do Programa Viva Mulher, na década de 90. Recomendações adicionais vêm sendo veiculadas para incrementar o programa. Embora, as estatísticas oficiais revelem que as taxas de mortalidade por esta neoplasia tenham permanecido temporalmente estáveis nos últimos 25 anos no país, há indícios de mudanças. O declínio das taxas tem sido mais evidente em algumas regiões e principalmente em capitais comparando com municípios do interior, sugerindo desigualdades no acesso aos serviços de saúde (Azevedo e Silva *et alii*, 2010). Problemas com a cobertura do rastreamento e com a qualidade dos exames podem ter relação com tais diferenças.

No âmbito do acesso e utilização do teste de Papanicolaou (TP), alguns atributos relacionados aos serviços de saúde que podem influenciar a participação das mulheres nos programas de rastreamento merecem ser estudados, privilegiando elementos além dos individuais. A inexistência de questionários com essa abrangência, validados para uso no Brasil, configurou um desafio que se começou a enfrentar aqui. Embora, ainda haja um longo caminho a percorrer, procurou-se avançar no sentido de se poder contar em breve com medidas válidas e confiáveis. Para isso, um espaço do presente trabalho foi dedicado às etapas da adaptação transcultural de um conjunto de itens que abordam múltiplas questões de acesso e uso do TP. Em seguida, com uma amostra de casos de CCU e controles pareados por frequência de idade e município de residência dos casos, buscou-se mensurar o efeito da história de realização do TP na redução do risco do CCU, levando em consideração as características das participantes.

A tese foi estruturada, respeitando as recomendações da instituição coordenadora do projeto. A introdução contempla o referencial teórico em quatro subseções que enfocam: (i) a magnitude do problema do câncer do colo do útero, (ii) os fatores de risco da doença, (iii) o teste de Papanicolaou como ferramenta de rastreamento das lesões cervicais e, por último, (iv) as dimensões e barreiras de acesso e a adaptação de instrumentos de coleta de informação. Os motivos que levaram a realização do presente estudo são apresentados no capítulo referente à justificativa. Os

objetivos do estudo, os métodos resumidos e os aspectos éticos são apresentados a seguir.

Um capítulo foi reservado para apresentar, na forma de artigos, os métodos detalhados, os resultados e a discussão do trabalho desenvolvido. No artigo 1 foram dados os primeiros passos no sentido de se disponibilizar instrumentos formalmente adaptados para o português que contemplem algumas questões sugeridas para serem investigadas em estudos de acesso e uso do teste de Papanicolaou no Brasil (Pinho & França-Junior, 2003). Foram percorridas as três primeiras etapas metodológicas do roteiro de adaptação transcultural proposto por Herdman *et alii* (1998) sendo estabelecidas as equivalências conceitual, de itens e semântica das versões em português comparando com os instrumentos concebidos originalmente em inglês por Somkin *et alii* (2004). Estes têm o propósito de medir (i) a satisfação com o último teste de Papanicolaou, (ii) o acesso aos cuidados médicos e (iii) a satisfação com o processo interpessoal abarcada pela “Escala de Satisfação com o Processo Interpessoal de Cuidados Médicos Gerais” (ESPICMG). No artigo 2 se avança no processo de adaptação, avaliando aspectos psicométricos da versão em português do instrumento ESPICMG. A Análise Fatorial Confirmatória (AFC) inicialmente implementada não corroborou a estrutura unidimensional original. Na sequência, uma etapa exploratória (AFC/E) foi empregada para testar possíveis modelos com mais de um fator. Uma solução bi-dimensional, sem qualquer correlação de resíduos mostrou-se mais parcimoniosa. Na re-avaliação confirmatória (AFC), a estrutura bi-dimensional sem carga cruzada ou correlação de resíduos apresentou índices de ajuste aceitáveis, exceto, de forma limítrofe, o RMSEA (0,062). O modelo apresentou índices de consistência interna e de validade fatorial convergente adequados, porém validade discriminante questionável. No artigo 3 se avaliou, no contexto de um modelo hierárquico, a associação entre o histórico de testes de Papanicolaou reportados e o desfecho CCU. Tomando-se como referência o ponto de corte de 36 meses da data da entrevista/diagnóstico (Somkin *et alii*, 2004) e o número de exames realizados delimitou-se o acesso recente (exames realizados dentro dos 36 meses da data da entrevista/diagnóstico) e o acesso prévio (exames realizados além dos 36 meses da data da entrevista/diagnóstico). Depois do ajustamento do modelo final que incluiu o acesso prévio, o efeito protetor do TP foi evidenciado com a redução da estimativa de risco de CCU de 84% para o histórico de três exames ou mais comparando com nenhum exame.

A última parte da tese contempla alguns comentários e sugestões.

I INTRODUÇÃO

1.1 Referencial teórico

1.1.1 Câncer do colo do útero: a magnitude do problema

No mundo, 12,7 milhões de casos novos de câncer eram esperados ocorrer no ano de 2008, sendo as localizações mais comuns o pulmão (12,7%), a mama (10,9%) e o cólon-retos (9,7%). No mesmo ano, os óbitos pela doença somaram 7,6 milhões e foram causados, principalmente pelos cânceres de pulmão (18,2%), estômago (9,7%) e fígado (9,2%) (Ferlay *et alii*, 2010).

Em homens, as mais altas taxas de incidência padronizadas por idade são observadas na América do Norte (334 por 100.000), Austrália/Nova Zelândia (356,8 por 100.000) e no Nordeste e Oeste europeus (303,5 e 337,4 por 100.000, respectivamente) e são devidas à alta incidência do câncer de próstata nessas regiões. Em mulheres, as taxas de incidência mais elevadas são observadas nas mesmas regiões – América do Norte (274,4 por 100.000), Austrália/Nova Zelândia (276,6 por 100.000) e Nordeste e Oeste europeus (249,4 e 250,9 por 100.000, respectivamente) – e são devidas, principalmente, à incidência do câncer de mama (International Agency for Research on Cancer. *CANCER Mundial: all cancers - excluding non-melanoma skin cancer - incidence, mortality worldwide in 2008. Globocan, 2002 - cancer fact sheet. <http://globocan.iarc.fr//factsheets/cancers/all.asp> - acessado em 31/Out/2010*). A distribuição da doença é desigual e os tumores associados à maior sobrevivência (próstata, mama e o cólon-retos) são mais frequentes nos países desenvolvidos, enquanto, nos em desenvolvimento predominam os tumores de pior prognóstico (fígado, estômago e esôfago, por exemplo).

O câncer do colo do útero (CCU) é o terceiro mais comum nas mulheres e o sétimo considerando ambos os sexos. As taxas de incidência padronizada por idade mais elevadas (> 23 por 100.000) são observadas em algumas regiões da África, Ásia, e América do Sul e as mais baixas (< 6 por 100.000), na Ásia ocidental, América do Norte e Austrália/Nova Zelândia (International Agency for Research on Cancer. *CANCER Mundial: all cancers - excluding non-melanoma skin cancer - incidence, mortality worldwide in 2008. Globocan, 2002 - cancer fact sheet. <http://globocan.iarc.fr//factsheets/cancers/all.asp> - acessado em 31/Out/2010*). De acordo com a IARC, 529.000 casos novos ocorreriam em 2008, sendo mais de 85% da

carga global em países em desenvolvimento, onde o CCU responde por 13% de todos os cânceres no sexo feminino. As estimativas de mortalidade apontam que 275.000 óbitos pela doença ocorreram em 2008, sendo 88% em regiões em desenvolvimento, distribuídos na África (53.000), América Latina e Caribe (31.700) e Ásia (159.800). A tabela 1 mostra as taxas de incidência e mortalidade padronizadas (população mundial) de CCU observadas em algumas regiões selecionadas, segundo dados da IARC.

Tabela 1 - Taxa de incidência e mortalidade de câncer de colo de útero ajustadas por idade (população mundial) registradas nas regiões selecionadas.

Região	Incidência		Mortalidade	
	frequência	Taxa*	frequência	Taxa*
No mundo	529828	15,3	275128	7,8
Mais desenvolvidas	76507	9,0	33159	3,2
Menos desenvolvidas	453321	17,8	241969	9,8
América Latina e Caribe	68220	23,5	31712	10,8
Brasil	24562	24,5	11055	10,9

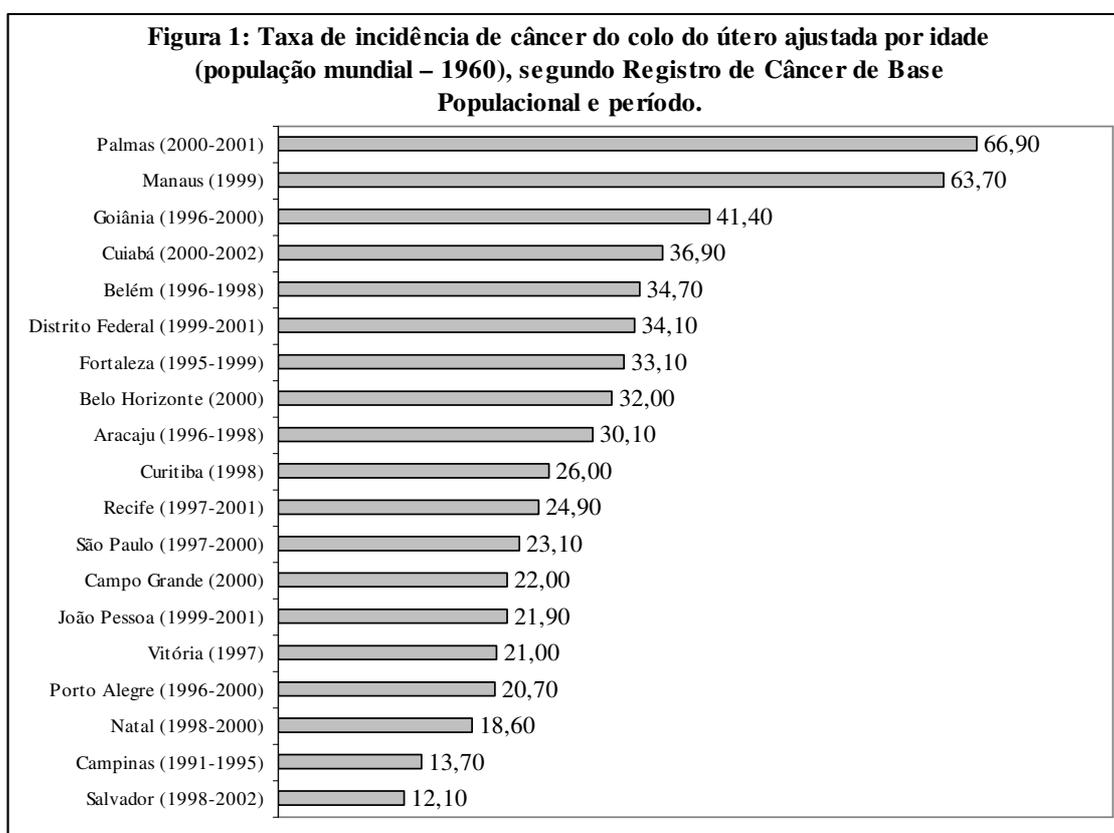
*Taxa de incidência padronizada por idade (população mundial 1960).

Fonte: IARC – Globocan 2002.

Na América do Sul, o CCU é o segundo em incidência (24,1 por 100.000) e mortalidade (10,8 por 100.000) em mulheres, apenas superado pelo câncer de mama. Por exemplo, as taxas de incidência de Bolívia, Paraguai e Peru são acima de 34 por 100.000; no Uruguai, Chile e Argentina, inferior a 20 por 100.000; permanecendo o Brasil em posição intermediária com 24,5 por 100.000 mulheres. Em relação à mortalidade, Uruguai, Chile e Argentina apresentaram taxas de aproximadamente 7 por 100.000 mulheres; o Brasil em torno de 10 por 100.000 mulheres e Paraguai e Bolívia acima de 16 por 100.000 mulheres (International Agency for Research on Cancer. *CANCER Mundial: all cancers - excluding non-melanoma skin cancer - incidence, mortality worldwide in 2008. Globocan, 2002 - cancer fact sheet.* <http://globocan.iarc.fr//factsheets/cancers/all.asp> - acessado em 31/Out/2010).

As estimativas do INCA (Instituto Nacional de Câncer, 2009) para 2010, válidas para 2011, apontam para a ocorrência, no Brasil, de 489.270 casos novos de câncer, sendo 253.030 no sexo feminino. São esperados 18.430 casos novos de CCU, correspondendo a taxa bruta de 18,47 por 100.000 mulheres, ocupando esta neoplasia, a sétima posição considerando ambos os sexos. Estas projeções de incidência apresentam variações regionais possivelmente relacionadas a perfis heterogêneos de exposição a fatores de risco e a diferenças na capacidade diagnóstica dos serviços de saúde.

Em 2006, 21% da população mundial eram cobertos por registros de câncer de base populacional (RCPB), sendo que para apenas 8% dela a cobertura foi considerada de boa qualidade (Ferlay *et alii*, 2010). No Brasil, aproximadamente 19% da população é monitorada por dados considerados mais consistentes fornecidos por 19 RCBP, localizados no Distrito Federal e em dezoito outras cidades (Instituto Nacional de Câncer / Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2006). A partir destes registros, as estatísticas mostram que as taxas (padronizadas) são mais elevadas (> 34 por 100.000) nas regiões Norte e Centro Oeste e as mais baixas, nas cidades de Salvador e Campinas, localizadas nas regiões Nordeste e Sudeste (Figura 1).



Fonte: Dados dos Registros de Câncer de Base Populacional – MP/IBGE – MS/INCA/Comprev/Divisão de Informação.

Segundo os dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), ocorreram no ano de 2008, 167.677 óbitos por câncer no Brasil, sendo 77.490 no sexo feminino. Entre as mulheres, as taxas brutas mostram que o câncer de mama foi a principal causa de morte (12,25 óbitos por 100.000 mulheres), seguido por tumores de pulmão (7,75/100.000), cólon, reto e ânus (6,57/100.000), colo do útero (5,05/100.000) e estômago (4,69/100.000) (Ministério da Saúde. Departamento de informática do

Sistema Único de Saúde - Indicadores de Mortalidade – <http://tabnet.datasus.gov.br> acessado em 01/março/2011).

Dos 4.873 óbitos por CCU registrados no Brasil no ano de 2008, 527 ocorreram no Estado do Rio de Janeiro, correspondendo a taxa bruta de 6,36/100.000 naquele ano. Neste Estado, a mortalidade por CCU específica por idade no período 1995/1999 apresentou valores crescentes a partir dos 30 anos com taxas de 3,97/100.000 (30 a 39 anos); 9,44/100.000 (40-49 anos); 14,21/100.000 (50-59 anos); 17,60/100.000 (60-69 anos); 23,28/100.000 (70-79 anos); e 31,14 (80 anos ou mais) por 100.000 mulheres (Instituto Nacional de Câncer - Atlas de mortalidade por câncer no Brasil 1979/1999 – http://www.inca.gov.br/atlas/docs/txmortalidade_hm_UTERO.pdf - acessado em 31/Out/2010).

De um modo geral, a carga do câncer é mais evidente nos países em desenvolvimento, sendo atribuída às mudanças do perfil demográfico da população, bem como à distribuição dos principais fatores de risco. De acordo com Thun *et alii* (2009), o padrão de crescimento e envelhecimento da população, a resistência à mudança de hábitos relacionados ao uso de tabaco, a dieta ocidental e inatividade física e a exposição a agentes infecciosos determinantes de câncer estão contribuindo para o maior impacto da doença nas regiões em desenvolvimento.

1.1.2 Fatores de risco

No ano de 2002, estimou-se que 1,9 milhões de casos de câncer estavam relacionados à etiologia infecciosa, sendo o Papilomavírus humano (HPV) o segundo mais importante entre estes agentes considerados carcinogênicos. Naquele ano, o HPV foi responsável por 5,2% da carga de câncer no mundo, sendo superado apenas pelas neoplasias atribuídas ao agente bacteriano *Helicobacter pylori* (5,5%). A ação do HPV é presumida em cerca de 40% dos cânceres do trato genital inferior e em 95% dos que se desenvolvem no canal anal na mulher (Parkin, 2006).

A IARC sugere que há evidência suficiente para classificar os tipos 16 e 18 como carcinógenos humanos (Grupo 1) visto a forte associação entre as infecções provocadas por eles e o CCU. Os tipos 31 e 33 são classificados como provavelmente carcinógenos (Grupo 2A) e alguns outros tipos (35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 e 68)

como possivelmente carcinógenos (Grupo 2B) (International Agency for Research on Cancer, 2007).

A infecção pelo HPV representa a mais comum entre as adquiridas por via sexual e, devido à facilidade de afetar múltiplos segmentos do trato genital, é considerada uma forma pangental de infecção. Como ocorre com outras afecções sexualmente transmitidas, o período crítico de aquisição do vírus tem um pico logo após a iniciação sexual. O HPV 16 é o tipo oncogênico mais comum e também o mais prevalente na população geral (Schiffman & Castle, 2003).

O processo infeccioso e as alterações que envolvem o epitélio do colo do útero tendem a ser concorrentes, mas no prazo de um a dois anos, a maioria regride espontaneamente. O estado de latência/persistência viral é necessário para a evolução das alterações pré-cancerígenas. As diferenças individuais nas respostas imunológicas contra os tipos oncogênicos do HPV desempenham um papel importante na determinação do curso da infecção e na gravidade da alteração epitelial (Schiffman & Castle, 2003).

Assim, desde a detecção de DNA do HPV em 93% dos espécimes de biópsias de 932 casos de CCU (Bosch *et alii*, 1995) e a posterior reconsideração de 40 dos 66 casos classificados inicialmente como HPV negativos, que se ampliou o entendimento da etiologia do CCU. A prevalência do vírus em 99,7% do total dos casos analisados apontou que o HPV mantinha uma relação causal com o CCU e a partir de então foi considerado fator necessário para o desenvolvimento da doença (Walboomers *et alii*, 1999). Entretanto, Schiffman & Castle (2003) enfatizam que a maioria das mulheres que são HPV positivas não desenvolve o câncer, além de que apenas uma pequena proporção das infectadas progride para lesões pré-cancerígenas ou invasivas. Os autores argumentam que possivelmente a infecção viral induz o câncer em conjunção com alguns co-fatores que merecem ainda ser estudados.

Há décadas que os estudos que avaliam o perfil epidemiológico da mulher com CCU sugerem que a doença tem associação com fatores de origem sexual, notadamente com a idade da primeira relação e com o número de parceiros sexuais (Boyd & Doll, 1964). Mas, a compreensão do papel do HPV no desenvolvimento do câncer também ajudou a entender que algumas características do comportamento sexual são exposições que aumentam a probabilidade da aquisição da infecção viral. Por exemplo, na coorte de 1075 meninas de 15 a 19 anos que tinha teste de HPV e exame citopatológico do colo negativos na linha de base, o risco cumulativo de aquisição da infecção viral foi de 44%

nos três primeiros anos de seguimento do estudo de Woodman *et alii* (2001) realizado no Reino Unido.

Acredita-se que as características do colo do útero, em algumas fases da vida, desempenhem um papel facilitador para a aquisição e persistência da infecção viral. O risco começa a aparecer no período da puberdade/adolescência, aumenta com a gestação/parto, quando o epitélio da cérvix apresenta maior atividade metaplásica e parece declinar depois da menopausa (Burd, 2003). A idade da primeira relação pode ser interpretada como o primeiro contato com o agente viral (Biswas *et alii*, 1997). O intervalo entre o início da vida sexual e a idade da mulher ao diagnóstico do câncer mostrou-se também positivamente associado ao CCU em jovens de 22 a 35 anos, comparando com a faixa de 36 a 53 anos (Edelstein *et alii*, 2009).

A associação dos anticoncepcionais orais (ACO) com o CCU tem sido apontada em alguns estudos, mas não em outros (Castellsagué & Muñoz, 2003). A medida sumário de oito estudos caso-controlado não mostrou risco de CCU quando o uso de ACO foi por tempo inferior a cinco anos, comparado com as não-usuárias (OR: 0,73). Entretanto, foi observada associação positiva, estatisticamente significativa, para cinco a nove anos (OR: 2,82) e para dez ou mais anos de uso (OR: 4,03) (Moreno *et alii*, 2002). A plausibilidade da associação apóia-se nos possíveis efeitos hormonais sobre as células cervicais infectadas pelo HPV. O estímulo esteróide parece facilitar o processo oncogênico, culminando com a integração do vírus ao genoma do hospedeiro (Burd, 2003).

Há evidências da associação entre a paridade e o CCU, tendo como fundamento as alterações hormonais, traumáticas e imunológicas relacionadas à gestação e o parto. À semelhança do que decorre do uso dos ACO, o aumento dos níveis de estrogênio e de progesterona pode modular a resposta imune ao HPV e influenciar o risco de persistência ou progressão da infecção (Castellsagué *et alii*, 2002; Castellsagué & Muñoz, 2003). As altas concentrações dos esteróides sexuais na gestação e as modificações relacionadas ao trauma do parto que cursa com eversão do epitélio colunar da endo para a ectocérvix, favorecem a maior expansão da junção escamo-colunar (JEC) com formação de ectopias, mais suscetíveis à ação direta dos fatores carcinogênicos (International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, 2006).

O tabagismo é um dos cofatores implicados no desenvolvimento do CCU, possivelmente devido à redução da resposta imune local e/ou à ação de substâncias

carcinógenas contidas no tabaco e detectadas no muco cervical. Vaccarella *et alii* (2008) estimaram a associação do status de infecção pelo HPV e hábitos de fumar controlando por idade e número de parceiros sexuais. Encontraram um aumento de risco segundo o número de cigarros consumidos por dia comparando com mulheres que nunca fumaram. No estudo desenvolvido na Dinamarca por Kjaer *et alii* (1996), foi encontrada uma associação, estatisticamente significativa do uso do tabaco e o carcinoma *in situ* (CIS) do colo do útero, mas não com CCU. Um excesso de risco desta condição foi detectado em relação ao uso do tabaco, considerando medidas combinadas, incluindo apenas as participantes com status HPV positivo (Plummer *et alii*, 2003) e outros englobando tanto a situação de HPV positivo quanto negativo (International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer *et alii*, 2006).

O efeito da exposição involuntária à fumaça do tabaco e o CCU foi avaliado pelo menos em duas coortes do condado de Washington, nos Estados Unidos, por Trimble *et alii* (2005). A associação foi estatisticamente significativa na coorte de 1963 (RR 2,1; IC 95%: 1,3; 3,3), mas não na de 1975 (RR: 1,4; IC 95%: 0,8; 2,4), considerando para comparação mulheres que nunca fumaram e que residiam em ambientes livres do tabaco. A detecção de componentes do tabaco como a nicotina e a cotinina no muco do canal cervical do colo do útero é um indicador do grau deste tipo de exposição. McCann *et alii* (1992) verificaram que os níveis destes componentes no colo são correlacionados com o número de cigarros fumados usualmente e fumados nas últimas 24 horas, bem como com a condição de fumante, fumante passivo e não exposto. Além disso, a presença de nitrosaminas carcinógenas específicas do tabaco em diferentes concentrações no muco cervical de mulheres fumantes bem como não fumantes é possivelmente devida à exposição ambiental (Prokopczyk *et alii*, 1997).

A relação da dieta com o CCU também tem sido examinada. Acredita-se que a atividade antioxidante celular exercida por alguns nutrientes pode afetar a história natural da infecção pelo HPV (Giuliano, 2003). Substâncias tais como o carotenóide, tocoferol e ácido ascórbico são consideradas antioxidantes potentes que podem debelar reações intracelulares e prevenir potenciais danos ao DNA (Duarte-Franco & Franco, 2004). González *et alii* (2010) acompanharam uma coorte de 299.649 mulheres por nove anos e observaram uma associação inversa e estatisticamente significativa do consumo diário de frutas e a incidência do CCU e não estatisticamente significativa do consumo de vegetais, retinol, vitamina C e vitamina E. Estes autores não encontraram

efeito do consumo destes elementos na incidência do CIS do colo do útero e sugeriram que o papel da dieta precisa ainda ser mais estudado.

O padrão socioeconômico aparece entre os fatores relacionados ao risco do CCU, geralmente mensurado considerando-se as características individuais como renda, raça, cor da pele e escolaridade. Dados compilados de 57 estudos caso-controle mostraram um excesso de risco de desenvolver CCU de 100% para indivíduos de classe social baixa, usando a alta como a de referência (Parikh *et alii*, 2003). Segundo os autores, o achado pode estar relacionado ao comportamento sexual de grupos que vivem em desvantagem socioeconômica, caracterizado por maior exposição e chance de adquirir infecção pelo HPV, desta se tornar crônica, bem como por menor acesso aos programas de rastreamento citológico de prevenção deste câncer. No âmbito populacional, um estudo realizado no sudeste da Inglaterra analisou, a partir de dados de um RCBP (2001 – 2005) e de exposições estimadas, o risco de CCU levando em consideração fatores relacionados ao nível de desenvolvimento da região (Currin *et alii*, 2009). Foram detectadas diferenças, estatisticamente significativas, das taxas de incidência padronizadas por idade ao comparar áreas de Londres e arredores com maior e menor grau de privação econômica.

No Brasil, um estudo realizado por Kalakun e Bozzetti (2005) também apontou para o aumento do risco de morrer por este tipo de câncer, associado ao baixo nível socioeconômico e às condições de vida precárias em região do estado do Rio Grande do Sul. As autoras assinalaram que estas circunstâncias podem impedir o acesso aos serviços de saúde e retirar das mulheres pobres a oportunidade de receber diagnóstico e tratamento com possibilidades curativas.

1.1.3 O teste de Papanicolaou como ferramenta de rastreamento das lesões cervicais

O teste de Papanicolaou tem contribuído para a redução das taxas de incidência do CCU nos países desenvolvidos, constituindo-se no principal método disponível para rastreamento de massa das lesões cervicais (Boyle, 2003). Para o rastreamento ser efetivo, o teste deve ser dirigido à detecção das lesões intra-epiteliais, tendo em vista que a maioria dos casos de CCU se desenvolve depois das alterações permanecerem por longo tempo no estágio pré-invasivo de doença (World Health Organization / International Agency for Research on Cancer, 2005).

A redução de risco de CCU com o uso deste método tem sido demonstrada por estudos agregados e individuais. Os resultados alcançados estão relacionados à organização e a qualidade dos programas de rastreamento e a cobertura da população alvo (Sankaranarayanan *et alii*, 2005; Gustafsson *et alii*, 1997). Com a comparação das taxas de incidência de CCU em algumas populações, antes e depois da introdução de programa organizado, observou-se a redução de até 84% na carga da doença (Gustafsson *et alii*, 1997). Estes autores observaram que em 11 dos 17 países analisados, a redução foi substancial com maiores benefícios na Finlândia, onde as taxas passaram de 37,3% (1962-65) para 6,1% (1988-93), mas resultados menos expressivos foram observados na Índia, Nova Zelândia, Singapura, Inglaterra e Escócia, países com declínio inferior a 25% no período analisado. De acordo com os dados de Bray *et alii* (2005), a redução média anual nas taxas de incidência (período de 15 a 45 anos) foi de aproximadamente 4% na Finlândia, França, Suécia e Suíça e de 2% na Dinamarca e Reino Unido, enquanto na Slovênia, Espanha e Slovakia verificou-se a tendência de aumento das taxas.

Os resultados de alguns estudos caso-controle mostraram que o efeito protetor depende da condição de ter sido ou não previamente rastreada, do número de exames realizados na vida e do tempo transcorrido a partir do último exame (Jiménez-Pérez & Thomas, 1999; Sasieni *et alii*, 1996; Herrero *et alii*, 1992). No México, o efeito de já ter realizado o teste foi de 0,3 (IC 95%: 0,2; 0,4) comparado com nenhum teste (Jiménez-Pérez & Thomas, 1999). Com os dados de quatro países da América Latina observou-se que o risco estimado de CCU foi elevado para as mulheres nunca rastreadas (RR 3,1 – IC 95%: 2,4; 4,8) sendo a referência 10 ou mais testes na vida (Herrero *et alii*, 1992). Na Austrália, um estudo de base populacional com 877 casos e 2614 controles, a redução de risco de CCU foi de 85% para o histórico de 1 exame e de 96% para 2 exames ou mais, comparando com nenhum exame (Yang *et alii*, 2008).

No Brasil, o enfrentamento do problema do CCU, nos anos 90, avançou com a implantação do programa de rastreamento de âmbito nacional. O projeto do Programa Viva Mulher foi lançado com a implantação do estudo piloto em seis localidades brasileiras no ano de 1997. Duas fases de intensificação ocorreram em 1998 e 2002 com convocação nacional para coleta do exame dirigida à população alvo. O número de exames coletados superou os três milhões em cada uma das fases de intensificação (Instituto Nacional de Câncer, 2002).

As normas e diretrizes do Programa brasileiro estimulam as ações para detecção e/ou diagnóstico precoce das lesões com o uso do teste de Papanicolaou. O alvo são as mulheres na faixa de 25 a 59 anos de idade, que iniciaram a vida sexual. Repetido por dois anos consecutivos e com resultados negativos, o teste deve ser realizado com intervalo máximo de três anos, resguardando as exceções. As mulheres com resultados citológicos alterados são avaliadas para confirmação diagnóstica e tratamento de acordo com o caso (Coordenação de Prevenção e Vigilância / Instituto Nacional de Câncer, 2006).

A despeito do fortalecimento das ações, o diagnóstico da doença ainda é feito em estágios avançados, o que pode estar relacionado com: (i) a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços públicos e programas de saúde; (ii) a baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica; (iii) a capacitação do sistema público de saúde para absorver a demanda que chega às unidades e (iv) a dificuldade dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer um fluxo assistencial devidamente orientado (Coordenação de Prevenção e Vigilância / Instituto Nacional de Câncer, 2006).

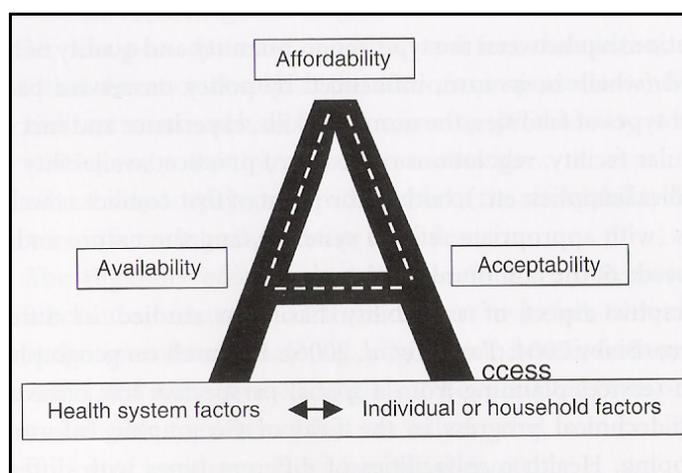
O envolvimento de gestores públicos também foi solicitado. Com a implantação do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão, espera-se alcançar a cobertura de 80% para a realização do exame preventivo, incentivar a realização de tratamentos cirúrgicos ambulatoriais e obter melhores resultados em um curto prazo de tempo. É esperada uma diminuição de 50% na incidência e na mortalidade de CCU, dentro de cinco e de sete anos, respectivamente, considerando-se que no ano de 2006 as ações planejadas tenham sido implementadas (Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada, 2006).

1.1.4 Dimensões e barreiras de acesso e a adaptação dos instrumentos de coleta de informação.

Acesso é um conceito complexo e difícil de mensurar. Na visão de Panchansky & Thomas (1981), acesso é um conceito geral, definido e empregado com alguma imprecisão. Para eles, o termo representa um grau de ajuste entre o paciente e o sistema de saúde, compreendendo as seguintes dimensões: (i) disponibilidade (“*Availability*”) se refere à relação entre o volume e tipo de serviços existentes (recursos) e o volume e tipos de necessidades dos clientes; (ii) acessibilidade (“*Accessibility*”) é a relação entre a

localização do serviço e a localização dos clientes, levando em conta os recursos para transporte, tempo de viagem, distância e custos; (iii) adaptabilidade (“*Accommodation*”) compreende a relação entre a maneira em que os recursos são organizados para receber os clientes, incluindo sistemas de agendamento de consultas, horário para atendimento, serviços telefônicos e a habilidade do cliente para se ajustar a estes fatores, levando em conta a percepção de conveniência dos mesmos; (iv) capacidade de comprar (“*Affordability*”) diz respeito à relação entre preços de serviços e planos de saúde e a renda do paciente, ou seja, a habilidade para pagar os serviços (v) e a aceitabilidade (“*Acceptability*”) é a relação entre a atitude dos clientes frente às características pessoais e técnicas do provedor, tais como a idade, sexo, localização e tipo de estabelecimento e afiliação religiosa.

Baseados na interação entre o sistema de saúde e o usuário/ comunidade, Thiede & DiMcIntyre (2008) retomam o conceito de acesso, considerando também o grau de ajuste, mas reorganizado em três dimensões. Como contribuição, os autores propuseram um modelo conceitual na forma da letra A que simbolicamente representa o acesso abarcado pela capacidade de comprar, disponibilidade e aceitabilidade, refletindo a interface da oferta e da demanda e valorizando o papel da comunicação/informação (Thiede *et alii*, 2007).



Fonte: M.Thiede *et alii*, 2007.

Figura 2: Modelo conceitual de acesso.

Assim, acesso descreve uma relação dinâmica de alguém com alguma coisa com sentido bi-direcional (Thiede *et alii*, 2007). Pode ser pensado como um encontro entre a mulher e o sistema de saúde, operacionalizado pelo contato pessoal com um profissional

de saúde, seguido da apropriação de elementos para melhorar o estado de saúde. Embora não desejado, o contato pode também transcorrer com insatisfação e baixas qualidade e resolubilidade (Puentes-Markides, 1992).

Acesso ao cuidado constitui um grande problema nos países em desenvolvimento onde milhares de pessoas sofrem e morrem de condições para as quais existem intervenções efetivas (O'Donnell, 2007). No âmbito da prevenção do CCU, a subutilização do teste de Papanicolaou impede que as mulheres se apropriem do potencial benefício conferido pelo exame. De acordo com os resultados de estudos qualitativos realizados em cinco países da América Latina, as principais barreiras identificadas estavam relacionadas à acessibilidade aos centros de saúde e à disponibilidade de serviços de qualidade (Agurto *et alii*, 2004). Do lado da provisão dos serviços, os autores relataram elementos como: ter que percorrer longas distâncias para obter o cuidado; serviços oferecidos em horário parcial e não diariamente; longo tempo de espera para a realização do exame e para a devolução do resultado; falta de divulgação e de estímulo para submissão ao exame e perdas de resultados. Problemas de qualidade dos esfregaços e custos dos serviços são igualmente mencionados, além da falta de privacidade e da descortesia dos provedores.

A respeito da acessibilidade, um estudo realizado na Nicarágua (Claeys *et alii*, 2002), mostrou que estabelecimentos públicos de saúde localizados a menos de meia hora ou de 5 km da residência da usuária facilitaram o uso dos serviços. No referido estudo, a principal causa da baixa utilização do teste de Papanicolaou foi ausência de sintomas ginecológicos. Os autores ressaltaram que a procura por um teste de rastreamento depende, entre outras questões, do crédito que se dá ao teste e da compreensão do problema que está sendo prevenido. Em relação ao CCU, se a mulher desconhece a finalidade do exame preventivo, já é um motivo para ela não procurar satisfazer esta necessidade, perdendo a oportunidade de se beneficiar com a participação em algum programa de rastreamento (Palácio-Mejia *et alii*, 2003). O medo do teste, a percepção de negligência na sua execução, idade avançada e presença de problemas econômicos constituíram barreiras que também impediram a adoção de comportamento preventivo na Nicarágua (Claeys *et alii*, 2002).

Em relação à qualidade, acredita-se que experiências vivenciadas durante o encontro médico-paciente refletem na continuidade do cuidado e no grau de satisfação das mulheres, promovendo maior ou menor participação nos programas de prevenção deste câncer (Bingham *et alii*, 2003). Segundo esses autores, importam as condições em

que o encontro acontece, com espaço para conversação, sob o clima de respeito, privacidade e confidencialidade, bem como as amenidades do ambiente físico incluindo o conforto e a aparência e limpeza. Assim, serviços de qualidade promovem maior satisfação e aceitabilidade do cuidado e estimulam o paciente a tentar superar outras barreiras de acesso, aumentando também as taxas de participação.

No Brasil, Pinho *et alii* (2003) desenvolveram um estudo para investigar os motivos da não realização do exame preventivo no município de São Paulo e verificaram que as principais razões de nunca ter feito o exame foram: a ausência de problemas ginecológicos e não achar que era necessário (45,3%), perceber o exame como embaraçoso e desconfortável e sentir vergonha ou medo (32,5%) e ter dificuldades no serviço de saúde para marcar consultas inclusive por falta de vagas (11,1%). Os autores propuseram um modelo teórico conceitual que incorpora o acesso como um conceito multidimensional que no âmbito da prevenção do CCU abarca características das mulheres, da organização dos serviços de saúde e atributos que expressam a relação dos dois (Pinho & França Júnior, 2003).

Nesse contexto, acesso deve ser mensurado como um constructo multidimensional (Thiede & Di McIntyre, 2008; Puentes-Markides 1992; Penchasky & Thomas, 1981). Apesar de as barreiras de acesso constituir um problema para o controle do CCU nos países em desenvolvimento (Pinho & França Júnior, 2003), não foi identificado na literatura consultada, instrumentos de coleta de informação, abrangendo as múltiplas dimensões de acesso e formalmente validados para uso no Brasil, com este enfoque.

Com sentido de contribuir para dirimir esta lacuna, a busca por um instrumento e um processo para adaptá-lo fizeram-se necessários. Tendo em mente este arcabouço teórico, um conjunto de 29 itens usados na Califórnia, Estados Unidos (Somkin *et alii*, 2004) foi selecionado. A ferramenta é composta por quatro subconjuntos que, segundo seus proponentes, abarcam: (i) a satisfação com o teste de Papanicolaou; (ii) medidas de acesso aos cuidados médicos; (iii) a satisfação com o processo interpessoal experimentada na relação médico-paciente e (iv) outras duas questões de satisfação relacionadas ao acesso aos cuidados médicos.

De acordo com Reichenheim & Moraes (2007), as diferenças entre definições, crenças e comportamentos relacionados a um constructo impõem que, antes da utilização de um instrumento em outra cultura, uma meticulosa avaliação de equivalências comparando o original e as possíveis versões sejam implementadas.

Pressupondo que a interpretação do constructo acesso não seja a mesma nas diferentes culturas, a perspectiva universalista proposta por Herdman *et alii* (1998) é uma das abordagens metodológicas que poderia ser utilizada. Nesse contexto, o processo de adaptação para o português dos instrumentos selecionados foi iniciado, segundo o roteiro proposto por Herdman *et alii* (1998).

II – JUSTIFICATIVA

No Brasil, dezenove RCBP contribuíram para a elaboração das estimativas em câncer realizadas pelo INCA (Instituto Nacional de Câncer, 2009). Espera-se para o ano de 2010, cerca de 489.270 casos novos da doença, números válidos também para 2011, sendo 18.430 de localização no colo do útero. Considerando as mudanças do perfil demográfico da população brasileira, a expectativa da IARC (International Agency for Research on Cancer. *CANCER*Mondial: all cancers - excluding non-melanoma skin cancer - incidence, mortality worldwide in 2008. Globocan, 2002 - cancer fact sheet. <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/all.asp> - acessado em 31/Out/2010) é a ocorrência crescente de casos de CCU no Brasil, sendo 33.445 em 2020 e 41.233 em 2030.

No país, as ações programáticas para o controle do CCU são baseadas na demanda espontânea e, de acordo com Gustafsson *et alii* (1997), programas com esta organização também podem conduzir à redução da incidência da doença. Com dados de algumas capitais brasileiras e do Distrito Federal, os estudos de cobertura sugerem que a participação das mulheres no programa de rastreamento está realmente aumentando, provavelmente em resposta à ampliação do acesso ao teste nas regiões analisadas (Viacava, 2010).

A Baixada Fluminense é uma extensa região onde vivem mais de três milhões de habitantes; é a segunda mais populosa do Estado do Rio de Janeiro, sendo superada apenas pela Capital. Em sua área geográfica distribuem-se 12 municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São João de Meriti e Seropédica que compõem uma região pontuada por importantes problemas sociais, condição que guarda estreita relação com o desenvolvimento do câncer de colo do útero.

A despeito da abrangência e da suposta organização dos serviços de saúde para cumprir as ações programáticas preconizadas pelo Programa Viva Mulher, o CCU continua sendo prevalente na BF. Salienta-se também que todos os municípios da região apresentaram no período 2005-2007, o indicador do Pacto da Atenção Básica (razão entre exames citopatológicos em mulheres de 25 a 59 anos/população feminina na faixa etária) abaixo de 0,30/100.000, correspondente à razão mínima ideal preconizada pelo INCA (Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2006). Além disso, no contexto de medidas epidemiológicas de acesso ao teste de

Papanicolaou, a questão da validade da informação também precisa ser devidamente enfrentada. Assim, ao implementar algumas etapas do roteiro de adaptação dos instrumentos selecionados e analisar o acesso segundo o histórico de testes de Papanicolaou realizados pretende-se responder os objetivos desse estudo e espera-se poder contribuir com as políticas de saúde pública dirigidas às ações de promoção, prevenção e controle dessa neoplasia na BF.

III OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Estudar o acesso ao preventivo do CCU enfocando a adaptação transcultural dos instrumentos de coleta de informação e o histórico de realização do teste de Papanicolaou em mulheres da Baixada Fluminense.

3.2 Objetivos específicos

- 1) Implementar as três primeiras etapas metodológicas (equivalência conceitual, de itens e semântica) de adaptação para o português dos instrumentos selecionados para medir características de acesso ao preventivo do CCU, propondo uma versão-síntese para cada um deles.
- 2) Estudar a estrutura dimensional do instrumento “Escala de Satisfação com o Processo Interpessoal de Cuidados Médicos Gerais” (ESPICMG) que tem o propósito de medir a percepção de satisfação com o processo interpessoal da relação médico-paciente.
- 3) Testar as variáveis de abrangência sócio-demográficas, sexuais e reprodutivas e de estilo de vida selecionadas como candidatas a compor os níveis hierárquicos do modelo conceitual em construção.
- 4) Estimar a magnitude da associação entre a história de realização do teste de Papanicolaou e o desfecho CCU.

IV METODOLOGIA

Esta tese é parte do projeto de pesquisa *Dieta, tabagismo e acessibilidade como fatores de risco para o câncer de colo uterino*, iniciado em janeiro de 2007, com o interesse de estudar fatores de risco para o CCU com ênfase no acesso ao teste de Papanicolaou.

O delineamento da referida pesquisa é do tipo caso controle de base hospitalar com a seleção das participantes entre usuárias do Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI), unidade de saúde localizada na Baixada Fluminense e integrante da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os casos elegíveis corresponderam a mulheres com câncer do colo do útero, diagnosticado por histopatologia, atendidas no HGNI a partir de janeiro de 2007. Os controles elegíveis eram mulheres acompanhantes de pacientes internados nas enfermarias de adultos do mesmo hospital.

A coleta dos dados foi feita por uma das pesquisadoras (M.I.N.) utilizando um questionário estruturado em blocos que abarca questões sobre: aspectos sócio-demográficos, acesso ao teste de Papanicolaou, características sexuais e reprodutivas, hábitos de fumo, hábitos alimentares, características do domicílio, renda familiar e antecedentes familiares de câncer.

As metodologias específicas dos artigos que compõem a tese são descritas nas referidas seções dos artigos e apresentadas, sucintamente, a seguir:

4.1 Métodos do artigo 1

O artigo 1 foi desenvolvido para responder o objetivo específico 1. Nele, são descritas as três primeiras etapas metodológicas da adaptação transcultural dos instrumentos de coleta de informação selecionados para validação. O trabalho envolveu um conjunto de 29 itens usados por Somkin *et alii* (2004) com a pretensão de medir a satisfação com o teste de Papanicolaou, o acesso aos cuidados médicos e a satisfação com o processo interpessoal vivenciado na relação médico-paciente.

Foi seguido o roteiro proposto por Herdman *et alii* (1998) e foram percorridas as etapas para avaliar as equivalências (i) conceitual, (ii) de itens e (iii) semântica.

Colaboraram neste estudo, além dos especialistas, 28 mulheres usuárias do HGNI. Oito delas compuseram o grupo focal e vinte participaram do pré-teste dos instrumentos. Estas voluntárias atendiam os critérios de elegibilidade dos controles (acompanhantes de pacientes internados) e foram convidadas nas dependências da unidade de saúde onde se desenvolve o estudo principal. Ao final, uma versão de consenso pré-testada foi disponibilizada para avaliação nas etapas subseqüentes do roteiro de adaptação.

4.2 Métodos do artigo 2

O propósito do artigo 2 foi responder pelo objetivo específico 2. Trata-se de um estudo descritivo que enfocou a avaliação dimensional do subconjunto de 8 itens correspondente a “Escala de Satisfação com o Processo Interpessoal de Cuidados Médicos Gerais” – (ESPICMG), um dos instrumentos propostos por Somkin *et alii* (2004).

A população de estudo foi composta por mulheres selecionadas entre as visitantes e acompanhantes de pacientes internados no HGNI. A inclusão foi baseada na faixa etária (18 a 69 anos) e no tempo de residência na BF não inferior a três anos. Foram excluídas as mulheres que demonstraram déficit mental e/ou cognitivo, ou que no momento do convite, estavam em busca de assistência para a própria saúde.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi usada uma estratégia baseada na razão de 10 a 20 observações para cada parâmetro livre do modelo (Kline, 2005). Como o constructo em estudo foi originalmente proposto como unidimensional abarcado por oito itens, a amostra foi estimada em 320 observações (modelo de um fator, oito itens e oito erros de itens) e considerando a razão de 20 observações para cada um dos dezesseis parâmetros livres do modelo. A população do estudo ficou constituída por 472 mulheres entrevistadas entre outubro de 2008 e dezembro de 2009.

A coleta de dados foi feita por uma das pesquisadoras (M.I.N.) e por uma entrevistadora devidamente treinada para o estudo. O questionário utilizado no estudo contemplou os seguintes blocos: (i) aspectos sócio-demográficos, (ii) acesso ao teste Papanicolaou, (iii) satisfação com o último teste de Papanicolaou, (iv) acesso aos cuidados médicos e a escala (iv) ESPICMG, foco da presente avaliação dimensional.

Os procedimentos da análise dos dados foram detalhadamente descritos na seção de métodos do artigo.

4.3 Métodos do artigo 3

O artigo 3 enfoca a questão de pesquisa se o acesso à realização do teste de Papanicolaou esteve associado ao desfecho câncer do colo do útero na BF. Foi desenvolvido com uma população de casos hospitalares de CCU e controles emparelhados por frequência considerando cinco faixas etárias e o município de residência dos casos, para responder aos objetivos 3 e 4.

A coleta dos dados ocorreu no HGNI entre janeiro de 2007 e agosto de 2010. As participantes foram recrutadas considerando a elegibilidade para casos e controles anteriormente descrita. A inclusão de casos e controles foi baseada na faixa etária (25 a 69 anos de idade) e no tempo de residência em município da BF não inferior a 36 meses. Os critérios de exclusão dos casos foram: história pregressa de câncer, estágios terminais de doença e problemas de saúde mental impeditivos de responder as perguntas do questionário. O antecedente de histerectomia, o fato de nunca ter mantido relação sexual (mulheres virgens), a história pregressa de câncer ginecológico e problemas de saúde mental impeditivos de responder as perguntas do questionário foram os critérios de exclusão dos controles.

A análise dos dados foi realizada considerando a relação de influências de variáveis componentes de um modelo conceitual hierárquico e o desfecho de interesse como proposto por Victora *et alii* (1997). Foram candidatas à composição dos níveis hierárquicos, principalmente, as variáveis apontadas na literatura como relacionadas à utilização do teste de Papanicolaou e ao desfecho CCU. As variáveis do questionário que preenchiam este requisito foram selecionadas e testadas. Os critérios de seleção de variáveis para a composição do modelo e o passo a passo da análise hierárquica foram descritos na seção específica do artigo.

V ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho segue os requisitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde do Brasil (Comitê Nacional de Ética em Pesquisa) e as normas que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Nova Iguaçu (pareceres 013/2006) e da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/FIOCRUZ (parecer 109/09).

VI ARTIGOS

6.1 Artigo 1

Características de acesso ao preventivo de câncer de colo do útero: três etapas metodológicas da adaptação do instrumento de coleta de informação¹

Autoras: Maria Isabel do Nascimento; Gina Torres Rego Monteiro

6.1.1 Resumo

O artigo descreve os passos iniciais da adaptação para o português de um instrumento para medir características de acesso focado no controle do câncer de colo do útero. Para avaliar a equivalência conceitual, a de itens e a semântica adotou-se a abordagem universalista. Além da revisão bibliográfica, contou-se com a participação de especialistas e de mulheres representantes da população geral. A equivalência conceitual e de itens foi estabelecida com a participação de especialistas. A equivalência semântica evoluiu em cinco etapas. Foram feitas duas traduções para o português e duas retraduições para o inglês de modo independente, avaliadas por um terceiro pesquisador da área de saúde coletiva. Verificou-se que as retraduições guardavam boa similaridade referencial e conotativa com o original e se formulou uma versão consensual. Vinte e oito mulheres participaram do pré-teste, sendo oito no formato de grupo focal. A versão se mostrou compreensível, logrou algumas modificações e está apta às etapas complementares ao processo de adaptação transcultural.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero; Acesso aos Serviços de Saúde; Questionários.

¹ Nascimento MI, Monteiro GTR. Cad Saúde Pública 2010, 26(6):1096-1108.

6.1.2 Abstract

The article describes the initial steps in the Portuguese-language adaptation of an instrument to measure characteristics of access to cervical cancer prevention. A universalist approach was adopted to assess conceptual, item, and semantic equivalence. The methodology included a literature review and participation by both experts and women representing the general population. Conceptual and item equivalence was established with participation by experts. Semantic equivalence was analyzed in five stages. Two translations into Portuguese and two back-translations into English were performed independently and evaluated by a third researcher from the public health field. The back-translations showed good referential and connotative similarity to the original, and a consensus version was formulated. Twenty-eight women participated in the pretest, eight of whom in the focus group format. The version proved comprehensible, underwent some modifications, and is ready for the complementary stages in the cross-cultural adaptation process.

Keywords: Uterine Cervical Neoplasms; Health Services Accessibility; Questionnaires.

6.1.3 Introdução

Acesso é um conceito complexo e multidimensional (Thiede & McIntyre, 2008; Travassos & Martins, 2004) definido por autores clássicos do tema como o grau de ajuste entre os clientes e o sistema de serviços de saúde (Penchansky & Thomas, 1981; Donabedian, 1973). Contempla a interação organizacional dos serviços e as características dos/as usuários/as descrita nas dimensões de disponibilidade, acessibilidade, adaptabilidade, capacidade de compra e aceitabilidade (Penchansky & Thomas, 1981). Por outro lado, a Organização Panamericana de Saúde (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2000) admite que o acesso seja interpretado como a possibilidade de se obter atenção à saúde quando se necessita e aponta a dificuldade de sua adequada mensuração, levando à concentração de estudos baseados em medidas de utilização.

Numa perspectiva mais recente, acesso vem sendo interpretado como a liberdade de uso de serviços de saúde, factível de mensuração segundo fatores que capturam distintas interações entre o indivíduo e o sistema de saúde, incorporando a idéia de confiança e de força da comunicação e informação (Thiede & McIntyre, 2008). Esses autores acataram as idéias desenvolvidas por Penchansky & Thomas (1981) e propuseram um modelo de acesso desenhado com forma da letra “A”, inicial dos termos na língua inglesa referentes às três principais dimensões de acesso (*availability, affordability, acceptability*). Em outras palavras, o modelo toma a forma de uma pirâmide assentada na relação entre fatores do sistema de saúde, individuais e da comunidade, que tem no topo o acesso. Os autores argumentam que a informação e a comunicação fortalecem a interação e permitem que os indivíduos façam escolhas, dando um sentido de liberdade de utilização e reduzem a operacionalização de medidas de acesso à avaliação das dimensões de disponibilidade, capacidade de compra e aceitabilidade.

No campo da saúde pública, o controle do câncer de colo de útero constitui-se em desafio superável por um sistema de saúde funcional, com abrangente cobertura da população alvo e acesso satisfatório aos serviços (IARC Working Group on the Evaluation of Cancer & World Health Organization, 2005). No Brasil, o planejamento das ações de intervenção e controle desse câncer se desenvolve, principalmente, no plano técnico-assistencial, direcionado para o diagnóstico e tratamento das lesões precursoras e de casos confirmados de doença (Coordenação de Prevenção e

Vigilância/Instituto Nacional de Câncer, 2006). O acesso e a utilização de serviços de saúde, como fatores impactantes das ações voltadas para este tipo de câncer, têm sido analisados por meio de inquéritos de abrangência nacional (Instituto Nacional de Câncer, 2004; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003; Leal *et alii*, 2005). Nesses estudos, há quesitos focados na utilização de exames, notadamente o teste de Papanicolaou usado para detecção de alterações que precedem à doença invasiva.

O inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis, desenvolvido no período 2002-2003, coordenado pelo INCA, buscou, dentre outros objetivos, estimar o percentual de acesso a exames de detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, em mulheres de 25 a 59 anos. O foco foi a realização de pelo menos um exame de Papanicolaou nos últimos três anos anteriores à pesquisa, analisado segundo faixa etária, escolaridade e a natureza da rede de saúde onde foi feito o exame. Os dados desse estudo mostraram que o percentual de mulheres que realizaram o exame nas condições especificadas variou de 73,4% em João Pessoa a 92,9% em Vitória (Instituto Nacional de Câncer, 2004).

O Suplemento Saúde integrante da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, na versão de 2003, explorou as características do acesso aos serviços preventivos de saúde nas moradoras acima de 24 anos de idade, ao inquirir sobre a última vez que a mulher fez o exame preventivo para o câncer do colo do útero. A análise da proporção de mulheres quanto à realização do exame foi realizada por intervalo de tempo, em quatro categorias: dentro dos últimos três anos, de três a cinco anos, de seis anos ou mais e nunca fez exame preventivo. Os dados foram apresentados segundo estado de residência e faixa etária e permitiram estimar que a cobertura de exame preventivo de colo de útero nos últimos três anos naquelas mulheres foi de 68,7% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003).

Por outro lado, um inquérito conduzido no Brasil de janeiro a setembro de 2003, como parte da Pesquisa Mundial de Saúde, incorporou questões relativas ao acesso, à cobertura e à utilização de serviços de saúde. Dois quesitos, dirigidos a mulheres de 18 a 69 anos, eram específicos para o controle do câncer de colo do útero. Buscavam verificar a proporção de mulheres que foram submetidas a exame ginecológico dentro dos últimos três, quatro ou cinco anos anteriores, há mais de cinco anos ou que nunca tiveram um exame pélvico; e, se na ocasião do último exame fora coletado material para o teste de Papanicolaou (World Health Organization, 2002). A análise dos dados

mostrou que a cobertura de exame ginecológico nos três anos anteriores com realização de teste de Papanicolaou foi de 66%, variando de 54% a 81% segundo as condições socioeconômicas da entrevistada (Szwarcwald *et alii*, 2004).

Nos Estados Unidos, um sistema de vigilância de fatores de risco comportamentais (*Behavioral Risk Factor Surveillance System* - BRFSS) coordenado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) realiza inquéritos telefônicos anuais, de abrangência nacional, explorando alguns fatores de risco para a saúde de ordem comportamental, o acesso e o uso de serviços de saúde na população com 18 anos de idade ou mais (Centers for Disease Control and Prevention, 2002). Em termos de saúde da mulher, duas questões investigaram o controle do câncer de colo do útero, na versão de 2002: se a mulher já tinha realizado um teste de Papanicolaou e, para aquelas que responderam positivamente, quando isto ocorreu (Coughlin *et alii*, 2008). Nesse estudo, a análise restringiu-se a mulheres com exame realizado dentro dos três anos anteriores à entrevista. Orientados, parcialmente, pelo modelo teórico de utilização de serviços de saúde desenvolvido por Andersen (1995), os autores analisaram os dados considerando tanto as variáveis individuais quanto as contextuais. Enfatizaram a importância da variação geográfica no acesso e uso de serviços e analisaram, dentre outras questões, a disponibilidade e proximidade das unidades de saúde em relação ao local de residência.

No âmbito regional, um estudo desenvolvido na Califórnia, nos Estados Unidos, fundamentou-se no conceito de que o acesso está associado a fatores que facilitam a habilidade do indivíduo receber cuidados (Somkin *et alii.*, 2004). Os autores avaliaram o impacto do acesso no rastreamento regular do câncer de colo do útero, estabelecido como ter um teste de Papanicolaou dentro de 36 meses da data da entrevista. Examinaram a hipótese de que o acesso e a satisfação poderiam mediar o efeito de fatores sócio-demográficos no uso regular do teste e que poderiam explicar quanto as desigualdades étnicas/raciais influenciam no rastreamento regular do câncer de colo do útero. Esses autores divulgaram, junto à publicação dos seus achados, os módulos específicos ao tema, que compõem o questionário usado no estudo.

A disponibilização de questionários, juntamente com publicações científicas, acaba sendo um implemento metodológico para outros estudos e, de fato, um avanço em pesquisas epidemiológicas (Schilling *et alii*, 2006; Rose & Olsen, 2006). Verificou-se que o questionário usado por Somkin *et alii* (2004) contemplava 29 itens, alguns consagrados na literatura de medida de acesso e de uso de serviços de saúde, angariados

de diversas fontes, e outros que avaliavam a percepção de satisfação com o cuidado recebido. Esses autores reuniram em dois módulos 21 itens categóricos para medir a satisfação com o teste de Papanicolaou e o acesso aos cuidados médicos. Desenvolveram uma escala para medir a satisfação com o processo interpessoal específico à relação médico-paciente e apresentaram algumas medidas psicométricas relativas a esse módulo composto por oito itens.

A inexistência de um instrumento validado para uso no Brasil que contemple as múltiplas dimensões de acesso focado no problema do controle do câncer de colo de útero justificou a opção por esse questionário modular, disponibilizado, livremente, por via eletrônica. Entretanto, antes de se adotar em definitivo um instrumento, deve-se considerar em uma ótica universalista, que os constructos não são os mesmos nas diferentes culturas e que se deve proceder a um exame detalhado de equivalências entre o instrumento original e o vertido (Herdman *et alii*, 1998). Estas concepções justificaram o desenvolvimento do presente estudo que dá passos em direção à qualidade da informação e tem como objetivo relatar as três etapas iniciais implementadas para adaptar para o português o instrumento selecionado para medir características de acesso à prevenção do câncer de colo do útero.

6.1.4 Material e métodos

O presente estudo tem como norte o roteiro proposto por Herdman *et alii* (1998), divulgado no Brasil por alguns autores (Reichenheim & Moraes, 2007; Hasselmann & Reichenheim, 2003; Moraes *et alii*, 2002; Reichenheim *et alii*, 2000) que assinalam que a adequação de um instrumento de aferição originário de uma determinada cultura demanda por avaliações de seis tipos de equivalências antes de sua utilização em outra. O processo de adaptação transcultural (ATC), ora em desenvolvimento, examina a equivalência conceitual, a de itens e a semântica e descreve as contribuições de membros de grupo focal.

Avaliação de equivalências conceitual e de itens:

A avaliação da equivalência conceitual é o primeiro passo da ATC em que se examina se há relevância e correspondência dos conceitos, de modo semelhante, nas duas culturas, originária e alvo. À luz da literatura se contemplou o debate sobre o constructo acesso, suas definições, multidimensionalidade, complexidade e formas de

mensuração. Buscou-se conhecer aspectos da construção do instrumento original, ora em adaptação, assim como estudos similares desenvolvidos junto à cultura alvo, a fim de identificar pontos de divergência ou convergência, como assinalado por Herdman *et alii* (1998).

Fundamentados na experiência e em abrangente revisão bibliográfica, alguns pesquisadores da área de Saúde Coletiva (epidemiologistas, antropólogos, planejadores em saúde e médicos especialistas em ginecologia) examinaram a importância e legitimidade do conceito de acesso nas especificidades do controle do câncer de colo do útero. Apresentações em forma de seminário e reunião com especialistas foram os métodos usados para ampliar as discussões e propor soluções às possíveis inconsistências.

A avaliação da equivalência de itens diz respeito ao modo pelo qual os domínios são reproduzidos e é efetuada paralelamente à verificação da equivalência conceitual. No caso, analisam-se os itens segundo sua capacidade de apreender as distintas nuances, a essência das dimensões e se estas são relevantes em ambas as culturas (Herdman *et alii*, 1998). Começa por uma abrangente revisão da literatura, passando pelo julgamento de especialistas e pela opinião de membros da população alvo. Na especificidade do presente estudo, tornou-se importante avaliar a capacidade dos itens abarcarem as múltiplas dimensões de acesso, no contexto preventivo do câncer de colo de útero.

Avaliação da equivalência semântica:

Satisfeitas as apreciações iniciais, a terceira etapa avaliou a transferência de significados entre línguas na expectativa de se obter efeito similar nos respondentes da população alvo. Faz parte do processo a atenção às especificidades de significado referencial e conotativo. O foco é assegurar que o nível de linguagem é adequado para suprir as particularidades da população alvo (Herdman *et alii*, 1998). É interessante atentar para palavras-chave, expressões e o que cada domínio intenciona cobrir. O norte do roteiro aponta para o processo como um elemento arte que compreende a habilidade para expressar a mensagem de modo bastante próximo ao da população alvo, mas sem perder a essência original.

Inicialmente, procedeu-se à tradução do questionário original. Dois pesquisadores diretamente envolvidos no estudo realizaram traduções do original em inglês para o português, de modo independente, gerando duas traduções. A seguir, foram feitas duas re-traduições para o inglês também de modo independente.

Colaboradores proficientes na língua inglesa responsabilizaram-se por esta etapa. O sentido, referencial e geral, dos documentos retraduzidos comparados com o original foi avaliado por outro pesquisador da área de saúde coletiva que contribuiu com comentários e sugestões. Nessa etapa de comparação entre os documentos, procurou-se manter oculta qualquer possibilidade de reconhecimento da natureza das versões e do original. A avaliação da semântica referencial foi orientada pela *visual analogue scale* (Streiner & Norman, 2008) e focalizou o significado literal dos termos usados na construção de cada item. Foi atribuído a cada item um percentual de 0 a 100% conforme o grau de similaridade. Por outro lado, a apreciação do sentido geral buscou garantir a correspondência de conteúdo dos itens inseridos num contexto cultural, na expectativa que eles produzam impacto similar ao obtido junto ao cenário original. Tendo como base um modelo de qualificação (Reichenheim *et alii*, 2000), os itens, nessa fase, foram avaliados segundo as classes Inalterado (IN), Pouco alterado (PA), Muito alterado (MA) e Completamente alterado (CA).

Para avaliar o curso da ATC, torna-se oportuno, nessa fase, a programação de reunião com pesquisadores e especialistas. Além da apreciação das versões traduzidas, cabe discutir as sugestões acerca das possíveis modificações e a melhor composição da versão em adaptação, preparada para o pré-teste que no presente estudo, contou com a apreciação de 28 mulheres da população alvo, algumas reunidas em formato de grupo focal.

Participação do grupo focal:

Membros da população alvo foram consultados em formato de grupo focal. A técnica é apropriada para explorar valores culturais e crenças sobre saúde e doença, fornecendo dados consistentes da visão do público em relação às prioridades de serviços de saúde (Bowling, 1997). Um líder, no caso uma das autoras, conduziu o encontro que reuniu oito mulheres da população alvo. As participantes convidadas eram usuárias da unidade de saúde onde se desenvolve o estudo e não se conheciam. Tinham diferentes idades, todas dentro da faixa recomendada para prevenção do câncer de colo de útero, no Brasil (Instituto Nacional de Câncer, 2002). O roteiro desse encontro contemplou, além da apresentação das participantes, uma explanação do problema em estudo, admitindo-se que naquele momento estaria sendo examinada a aceitabilidade de um questionário em adaptação. Todas as participantes foram convidadas a opinar sobre os itens componentes e o constructo em avaliação. Enfatizou-se que sua contribuição era

importante para superar as imperfeições. Opinaram quanto ao entendimento, parafrasearam os itens e deram sugestões, que foram incorporadas, quando pertinentes à versão em apreciação.

O pré-teste foi complementado com o auxílio de outras vinte mulheres que freqüentavam a unidade de saúde na categoria de acompanhantes de pacientes hospitalizados, permitindo-se, ainda, alguma modificação.

Aspectos éticos:

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Nova Iguaçu (parecer 013/2006) e da ENSP/FIOCRUZ (parecer 109/09).

6.1.5 Resultados

Avaliação de equivalências conceitual e de itens:

À luz da literatura e com a contribuição de pesquisadores, especialistas e membros do grupo focal constatou-se que o acesso é um importante constructo na nossa cultura e resume diferentes interações que afetam o controle do câncer de colo do útero. Engloba múltiplas dimensões que denotam a relação de questões organizacionais do serviço de saúde e do indivíduo. Aspectos de disponibilidade, de capacidade de compra e de aceitabilidade foram identificados e reproduzidos, de alguma maneira, pelos itens componentes do instrumento candidato e aprovado ao processo de adaptação. Aceitou-se que a relação médico-paciente, contemplada em uma escala, poderia sinalizar para a passagem e permanência da mulher dentro do sistema de serviços de saúde, dando indícios de continuidade. Além disso, verificou-se que o módulo que examina a satisfação da mulher com o exame de Papanicolaou incluiu questões relevantes relacionados ao fenômeno em estudo.

Mediante a constatação da equivalência do constructo acesso em ambas as culturas, os pesquisadores optaram pela estrutura original do questionário e estabeleceram a avaliação dos itens componentes. Verificaram que estes representavam importantes domínios de acesso e exploravam questões relevantes do contexto organizacional. Julgaram que havia equivalência de itens e acordaram em função de futuras modificações que deveriam ser implementadas com o intuito de se obter um instrumento culturalmente ajustado e harmonizado à população alvo do estudo principal.

A avaliação da equivalência semântica evoluiu seguindo as etapas do roteiro, obtendo-se traduções bastante equivalentes, embora uma delas tenha mostrado maior similaridade com o original. A comparação dos instrumentos retraduzidos foi realizada por um único avaliador. A análise da semântica referencial mostrou que as versões retraduzidas apresentavam 100% de similaridade para 17 itens da re-tradução 1 e 24 itens da 2. Nenhum item obteve avaliação inferior a 80%. Em termos do significado geral, 96% dos itens foram classificados como inalterados na retradução 1. Na retradução 2, 83% dos itens foram classificados como inalterados e 12% como pouco alterados. O item de número 11 foi originalmente elaborado em formato de enunciado e diz respeito à disponibilidade de seguro de saúde. Foi considerado muito alterado nas duas retraduições porque foi convertido ao formato de uma questão.

As duas traduções contribuíram para a composição de uma versão em português posta à apreciação de especialistas e do grupo focal.

Contribuição de especialistas e do grupo focal:

Os dez primeiros itens avaliam a satisfação da usuária com a realização do último exame preventivo de câncer de colo do útero. De um modo geral, não exigiram grandes modificações. Ajustes pertinentes foram sugeridos apenas para os itens 1 e 5. O cuidado com o item 1 foi evitar que fosse interpretado como ligado à periodicidade de realização do exame. A sua composição com a expressão “no momento que precisou dele” pareceu fluir melhor. O item 5 foi modificado em relação ao original dado que tratava de comunicação por idiomas diferentes, questão problemática nos Estados Unidos, mas não no Brasil. A modificação visou trazê-lo para o contexto brasileiro e por isso a opção foi contemplar a questão do diálogo em si, as facilidades ou dificuldades para conversar, ou seja, para se fazer entender.

Os itens de 11 a 19 se referem ao acesso aos cuidados médicos e inclui questões consagradas na literatura sobre o assunto. Constatou-se que se referiam aos custos englobados ao processo de cuidados e à probabilidade de utilização dos serviços por questão de “disponibilidade”. Verificou-se que outros dois itens exploravam a dificuldade de se obter consulta médica e o tempo de espera no consultório. Acordou-se que eles deveriam ser agregados ao conjunto que examina o acesso.

O propósito dos itens de número 20 até 27 é verificar a maneira como a mulher é atendida no sistema de serviços de saúde. Verificou-se que podem fornecer uma interpretação da interação pessoal ligada à dimensão de aceitabilidade, dando uma

estimativa da satisfação da usuária com o processo interpessoal, a relação médico-paciente, de um modo global, não relacionada à consulta ou profissional específico. Maior atenção mereceu o item 20 que aborda a concessão de informações sobre os problemas de saúde, com ênfase nos atendimentos médicos passados, não relacionados com as circunstâncias atuais. Por outro lado, considerando que o respeito durante um encontro entre médico e paciente é um dos mais importantes fatores relacionados ao cuidado, procedeu-se uma revisão minuciosa do assunto com o sentido de identificar melhor a abrangência do item 24. Acatadas as sugestões de especialistas, o item foi formulado usando-se o termo “dignidade”.

A participação do grupo focal foi um passo preliminar junto à população alvo. Ilustrações, experiências e trajetórias em busca de atenção enriqueceram o debate. As participantes avaliaram os itens sequencialmente e fizeram comentários. O conjunto que trata da “satisfação com o último exame preventivo de câncer de colo de útero” foi bem entendido e aceito pelas participantes. Nenhum item deixou dúvida em relação ao que estava sendo perguntado e querendo captar. Entretanto, para o item 5 que explora “a dificuldade para se fazer entender com alguém da equipe” teve como sugestão acrescentar a expressão “dialogar com alguém da equipe”, na expectativa de tornar a fala mais completa. Da mesma forma, o conjunto que aborda o acesso aos cuidados médicos mostrou-se de fácil entendimento. Os itens 17 e 19 que exploram o desembolso de dinheiro para realizar o exame preventivo e o de mamas, respectivamente, suscitaram dúvidas em relação a que gastos se referiam. Foi questionado se ali estavam incluídos os gastos ao deixar o domicílio, como por exemplo, custos para o transporte, interpretado como um importante ônus diante das características dessa população. Os itens da interação médico-paciente também se mostraram de bom entendimento. Em relação ao item 24 que se refere a questão de “dignidade durante a consulta médica”, verificou-se que as participantes entenderam “dignidade” como “respeito”, “respeito pelo próximo”, “respeito pelo semelhante”. Ou seja, um comportamento respeitoso que está além das habilidades técnicas. O item 26 foi apreciado e mereceu comentários acalorados. Elas entenderam o sentido de “aceitar as idéias”, acharam que era pertinente e ilustraram com observações como “médico se acha dono da verdade” e retruca o que se diz com palavras como: “quer saber mais do que eu?”, “o médico aqui sou eu”, “a Senhora também é médica?”.

A avaliação de equivalência semântica encerrou com a entrevista de vinte mulheres da categoria de acompanhantes de doentes hospitalizados cujo resultado

corroborou a aceitabilidade pronunciada pelo grupo focal. De um modo geral, as respostas fluíram sem dificuldades, inclusive para a escala que foi aplicada com o auxílio do cartão de respostas alternativas, utilizado para a respondente escolher a opção que melhor se aproximava de sua experiência pessoal. No mais, verificou-se apenas a necessidade de flexibilizar o uso do pronome de tratamento e optou-se por deixar em aberto o uso de “você” ou “Senhora”, conforme cada situação.

A Tabela 1 sumariza os resultados obtidos com a etapa de avaliação da equivalência semântica, contemplando a similaridade referencial e geral e apresenta a versão síntese que passou pela apreciação de especialistas e de membros da população alvo.

Tabela 1 Equivalência semântica: comparação entre as retraduições e o instrumento original sob a perspectiva referencial e conotativa e apresentação da versão-síntese.

Tabela 1

Escala ¹	Original*	Retradução 1	R 1 ² (%)	G 1 ³	Retradução 2	R 2 ² (%)	G 2 ³	Versão síntese
P	1) In getting your last Papanicolaou test, were you able to get an appointment at a convenient time?	1) In getting your last Pap smear test, were you able to get an appointment at a convenient time?	95	IN	1) When you got your last Papanicolaou test, were you able to set an appointment at a convenient time?	85	PA	1) A Sra/Você conseguiu fazer seu último exame no momento que precisou dele?
P	2) If you have to watch children or someone under your care, did you have any problem finding someone to watch them?	2) If you have to watch children or someone under your care, did you have any problem finding someone to watch them?	100	IN	2) If you have to watch children or someone under your care, did you have any problem finding someone to watch them?	100	IN	2) Se a Sra/Você tem criança ou alguém para cuidar, teve alguma dificuldade para encontrar alguém para cuidar deles, quando foi fazer o seu último exame preventivo?
P	3) Did you have to wait too long at the clinic before getting the Papanicolaou test?	3) Did you have to wait too long at the clinic before getting the Pap smear test?	95	IN	3) Did you have to wait too long at the clinic before getting the Papanicolaou test?	100	IN	3) A Sra/Você precisou esperar muito tempo na clínica antes de fazer o exame?
P	4) In getting your last Papanicolaou test, was anyone on the staff rude or were they all friendly?	4) In getting your last Pap smear test, was anyone on the staff rude or were they all friendly?	95	IN	4) When you got your last Papanicolaou test, were anyone on the staff rude or were they all friendly?	85	PA	4) Nesse dia, alguém da equipe foi grosseiro com a Sra/Você ou todos foram atenciosos?
P	5) Did you have a problem with any of the staff's not speaking (language of interview)?	5) Did you have a problem with any of the staff's not speaking (language of interview)?	100	IN	5) Did you have a problem with any of the staff's who do not speak?	90	PA	5) Quando fez o último exame, a Sra/Você teve alguma dificuldade para se fazer entender, para dialogar com alguém da equipe?
P	6) Did you have to fill out too many forms?	6) Did you have to fill out too many forms?	100	IN	6) Did you have to fill out too many forms?	100	IN	6) A Sra/Você teve que dar informações para preencher muitos papéis?
P	7) Was the Papanicolaou test painful?	7) Was the Pap smear test painful?	95	IN	7) Was the Papanicolaou test painful?	100	IN	7) O exame preventivo foi doloroso?
P	8) Did you feel embarrassed at having the Papanicolaou test?	8) Did you feel embarrassed at having the Pap smear test?	95	IN	8) Did you feel embarrassed while undergoing the Papanicolaou test?	90	PA	8) A Sra/Você se sentiu envergonhada durante a realização do preventivo?

Tabela 1

Escala ¹	Original*	Retradução 1	R 1 ² (%)	G 1 ³	Retradução 2	R 2 ² (%)	G 2 ³	Versão síntese
P	9) Were you satisfied with the way you got your Papanicolaou test result?	9) Were you satisfied with the way you got your Pap smear test result?	95	IN	9) Were you satisfied with the way you got your Papanicolaou test result?	100	IN	9) A Sra/Você ficou satisfeita com o modo com que foi entregue o resultado do preventivo?
P	10) In general, how satisfied were you with that Papanicolaou test experience?	10) In general, how satisfied were you with that Pap smear test experience?	95	IN	10) In general, how satisfied were you with that Papanicolaou test experience?	100	IN	10) De um modo geral, como a Sra/Você se sentiu com a experiência de fazer o seu último preventivo?
A	11) Have health insurance	11) Do you have health insurance?	80	MA	11) Do you have health insurance?	80	MA	11) A Sra/Você tem seguro de saúde?
A	12) Is there one particular place where you usually go to see a doctor?	12) Is there a particular place where you usually go to see a doctor?	95	IN	12) Is there one particular place where you usually go to see a doctor?	100	IN	12) Tem algum lugar específico que a Sra/Você normalmente procura para ser atendida por um médico?
A	13) Is there one particular doctor that you usually see when you need a check-up?	13) Is there a particular doctor you usually see when you need a check-up?	90	IN	13) Is there one particular doctor that you usually see when you need a check-up?	100	IN	13) Tem algum médico específico que a Sra/Você normalmente procura quando precisa fazer um exame periódico (<i>check up</i>)?
A	14) When you go to the doctor, how much do you usually pay for each visit?	14) When you go to the doctor, how much do you usually pay for each visit?	100	IN	14) When you go to the doctor, how much do you usually pay for each visit?	100	IN	14) Quando a Sra/Você vai ao médico, quanto paga pela consulta?
A	15) Have you gone to the doctor for check-ups in the past 12 months even when you were well?	15) Have you gone to the doctor for check-ups in the past 12 months even when you were well?	100	IN	15) Have you gone to the doctor for check-ups in the past 12 months even when you were well?	100	IN	15) Mesmo estando sentindo-se bem, a Sra/Você procurou algum médico nos últimos 12 meses para fazer exame periódico?
A	16) Do you know where you would go if you wanted a mammogram?	16) Do you know where you would go if you wanted a mammogram?	100	IN	16) Do you know where you would go if you wanted a mammogram?	100	IN	16) A Sra/Você sabe que lugar deveria procurar se quisesse fazer uma mamografia?

Tabela 1

Escala ¹	Original*	Retradução 1	R 1 ² (%)	G 1 ³	Retradução 2	R 2 ² (%)	G 2 ³	Versão síntese
A	17) Did you pay with any of your own money when you got your last mammogram?	17) Did you pay with any of your own money when you got your last mammogram?	100	IN	17) Did you pay with any of your own money when you got your last mammogram?	100	IN	17) A Sra/Você gastou algum dinheiro do seu bolso quando fez seu último exame de mamas?
A	18) Do you know where you would go if you wanted a Papanicolaou test?	18) Do you know where you would go if you wanted a Pap smear test?	95	IN	18) Do you know where you would go if you wanted a Papanicolaou test?	100	IN	18) A Sra/Você sabe que lugar deveria procurar se quisesse fazer um exame preventivo de câncer de colo do útero?
A	19) Did you have to pay with any of your own money when you got your last Papanicolaou test?	19) Did you have to pay with any of your own money when you got your last Pap smear test?	95	IN	19) Did you have to pay with any of your own money when you got your last Papanicolaou test?	100	IN	19) A Sra/Você gastou algum dinheiro do seu bolso quando fez seu último exame preventivo do câncer de colo do útero?
I	20) In general, how often do doctors give you the information you need about your health?	20) In general, how often do doctors give you the information you need about your health?	100	IN	20) In general, how often do doctors give you the information you need about your health?	100	IN	20) Em geral, com que frequência os médicos dão para a Sra/Você informação que a Sra/Você precisa sobre sua saúde?
	21) How often do doctors give you enough time to ask your questions?	21) How often do doctors give you enough time to ask your questions?	100	IN	21) How often do doctors give you enough time to ask your questions?	100	IN	21) Com que frequência os médicos dão tempo suficiente para a Sra/Você fazer suas perguntas?
I	22) How often do doctors listen carefully to what you have to say?	22) How often do doctors listen carefully to what you have to say?	100	IN	22) How often do doctors listen carefully to what you have to say?	100	IN	22) Com que frequência os médicos escutam com paciência o que a Sra/Você tem a dizer?
I	23) How often do doctors ask if you have any questions?	23) How often do doctors ask if you have any questions?	100	IN	23) How often do doctors ask if you have any questions?	100	IN	23) Com que frequência os médicos perguntam se a Sra/Você tem alguma dúvida?

Tabela 1

Escala ¹	Original*	Retradução 1	R 1 ² (%)	G 1 ³	Retradução 2	R 2 ² (%)	G 2 ³	Versão síntese
I	24) How often do doctors treat you with respect?	24) How often do doctors treat you with respect?	100	IN	24) How often do doctors treat you with respect?	100	IN	24) Com que frequência os médicos tratam a Sra/Você com dignidade? (de maneira respeitosa, educada, atenciosa, com privacidade)
I	25) How often do doctors seem to care about you?	25) How often do doctors seem to care about you?	100	IN	25) How often do doctors seem to care about you?	100%	IN	25) Com que frequência os médicos demonstram interesse pela Sra/por Você?
I	26) How often do doctors respect your ideas about your health problems?	26) How often do doctors respect your ideas about your health problems?	100	IN	26) How often do doctors respect your ideas about your health problems?	100	IN	26) Com que frequência os médicos aceitam as idéias que a Sra/Você tem sobre seus problemas de saúde?
I	27) How often do you feel discriminated against by doctors?	27) How often do you feel discriminated against by doctors?	100	IN	27) How often do you feel discriminated against by doctors?	100	IN	27) Com que frequência a Sra/Você se sente discriminada por médicos?
A	28) Is it easy or difficult to get appointments with your doctor on short notice if you are sick?	28) Is it easy or difficult to get appointments with your doctor on short notice if you are sick?	100	IN	28) Is it easy or difficult to get appointments with your doctor on short notice if you are sick?	100	IN	28) É fácil ou difícil conseguir consulta rapidamente se a Sra/Você estiver doente?
A	29) When you go to your doctor's office, about how long do you usually have to wait before seeing a doctor?	29) When you go to your doctor's office, about how long do you usually have to wait before seeing a doctor?	100	IN	29) When you go to your doctor's office, about how long do you usually have to wait before seeing a doctor?	100	IN	29) Quando a Sra. vai a uma consulta médica, quanto tempo a Sra. espera no consultório antes de ser atendida?

G1: geral da retradução 1; G2: geral da retradução 2; R2: referencial da retradução 2; A: acesso; P: preventivo; I: interação; IN: inalterado, MA: muito alterado; PA: pouco alterado.

* Fonte: Somkin *et alii*, 2004.

6.1.6 Discussão

Em 2002, em torno de 250.000 óbitos por câncer de colo do útero foram registrados no mundo, sendo a maior carga em regiões em desenvolvimento (International Agency for Research on Cancer. *CancerMondial*: incidence, mortality and

prevalence on world – Globocan 2002 – database: summary table by cancer. <http://www-dep.iarc.fr/> , acessado em 07/Set/2006). Na América Latina, uma alta proporção de mulheres nunca realizou o teste de Papanicolaou tornando-se as principais vítimas da doença e o foco dos programas de rastreamento (Eluf-Neto & Nascimento, 2001).

Por outro lado, nos Estados Unidos, alguns autores consideram que as principais barreiras interpostas ao rastreamento desse tipo de câncer são de ordem pessoal e cultural como o lugar de origem/nascimento, proficiência na língua inglesa, o grau de aculturação e a relação médico-paciente; de ordem socioeconômica como educação, renda, disponibilidade de seguro de saúde e possibilidade de arcar com custos para cuidar da saúde; e, de ordem institucional como recomendação médica, acesso ao cuidado e fonte regular de assistência (Downs *et alii*, 2008). Assinala-se que em cenários onde se oferece cuidados primários, vários aspectos organizacionais se revelam como barreiras para o indivíduo que já entrou no sistema (Lurie, 1997). Algumas práticas interferem na continuidade, no mecanismo de oferta de provedores e de consultas, assim como no tempo dispensado para o paciente e denotam uma “competência cultural”. A autora enfatiza que essas circunstâncias impõem um corolário de problemas para populações específicas, como as de baixa renda, ficando difícil negociar dentro do sistema de saúde, ultrapassar o bloqueio organizacional, tornando problemático o acesso ao cuidado.

Portanto, múltiplos aspectos interagem e constituem potenciais elementos de investigação, especialmente quanto à capacidade de influenciar o efetivo rastreamento do câncer de colo do útero (Pinho & França-Junior, 2003). Esses autores assinalam que o acesso e a utilização do exame preventivo desse câncer têm sido limitados por diferentes barreiras que perpassam a vida das mulheres e que não se restringem às suas características sócio-demográficas. Sugerem que estudos que se proponham a responder perguntas no tema não têm sentido se desenvolvidos à parte do contexto social onde vivem as mulheres e elaboraram um modelo teórico dos fatores associados ao acesso e utilização do teste de Papanicolaou. Além dos planos social, institucional/programático e individual, o modelo abarca um plano de interação das mulheres com o sistema de serviços de saúde.

O presente estudo foi desenvolvido com o sentido de implementar as etapas iniciais da adaptação do questionário selecionado que contempla múltiplas medidas de acesso e de satisfação com o teste de Papanicolaou e com a relação médico-paciente. A

experiência e a opinião de pesquisadores, especialistas e da população alvo enriqueceram esse processo de validação. Como exemplo, verificou-se que no conteúdo havia alguns indicadores das dimensões clássicas de acesso (Penchansky & Thomas, 1981) que permitiriam futuras análises abrangendo aspectos de disponibilidade, aceitabilidade e capacidade de compra. Embora haja certa dependência entre as dimensões, estudos recentes apontam que elas são conceitualmente distinguíveis e permitem alguma forma de mensuração (Thiede & McIntyre, 2008). Portanto, novos desdobramentos podem emergir da aplicação de técnicas estatísticas de psicometria. Por ora, acredita-se que os módulos de satisfação com o exame, satisfação com o processo interpessoal e de acesso ao cuidado médico responderão pelos melindres característicos da interação da mulher com o sistema de serviços de saúde no contexto dessa pesquisa.

O módulo de satisfação com o último teste de Papanicolaou teve um item modificado para atender às características da população alvo. Diz respeito ao caráter multiétnico (negro, filipino, chinês, latino, branco) da população residente nos Estados Unidos e aborda a dificuldade de acesso imposta pela comunicação, em razão do nível de proficiência na língua inglesa (Somkin *et alii*, 2004). O item que explorou este problema, não tinha pertinência no contexto em que essa pesquisa está sendo desenvolvida. Foi necessário modificá-lo, abordando a dificuldade para o diálogo, o que pode ocorrer mesmo entre pessoas que falam o mesmo idioma. Em relação à dificuldade de diálogo, foi assinalado no pré-teste que características pessoais, como a timidez, também podem desempenhar um papel negativo quando o problema abordado envolve questões de intimidade.

Por outro lado, vale observar que a coleta de dados foi feita originalmente por telefone, por entrevistadores bilíngües, capacitados para conduzir entrevistas diante de população diversa, cobrindo quatro idiomas (Inglês, *Cantonês*, *Tagalo*, Espanhol) (Somkin *et alii*, 2004). Tal fato se torna relevante por causa das sutilezas impostas pelas questões culturais na validade de instrumento de aferição. Enfim, não ficou claro o modo como os autores conduziram esta importante questão, que parece não incorrer em grandes implicações para o processo ora em evolução.

As particularidades etárias da população alvo do estudo principal, com possibilidade de incluir casos de câncer de colo do útero e seus controles em idade adulta com limite superior estabelecido aos 69 anos e sem limite inferior conduziram à modificação do item relativo ao “pagamento para realização de mamografia” do módulo de acesso aos cuidados médicos. Segundo as políticas de controle de câncer de mama no

Brasil (Instituto Nacional de Câncer, 2007), a mamografia regular deve ser realizada a partir dos 50 anos. Este fato levou à decisão de substituir “mamografia” por “exame das mamas” aceitando-se, nessa categoria, outros exames (clínico, mamográfico, ultrassonográfico, histopatológico) e, até agora, não se percebeu prejuízos ao processo.

A escala de satisfação com a relação interpessoal desenvolvida no cenário americano (Somkin *et alii*, 2004) valorizou questões que são importantes para todos os segmentos da população, mas sobretudo para minorias e grupos que vivem em condições socioeconômicas desfavoráveis (Stewart *et alii*, 1999). O conjunto trata da comunicação e do estilo interpessoal específicos à relação médico-paciente, abordando, dentre outros aspectos, a questão do respeito ao paciente. No Brasil, a palavra respeito permite várias interpretações. No processo ora em evolução, discutiu-se sobre o termo mais adequado, que denotasse o que se queria captar com o termo “respeito” usado no estudo original (Somkin *et alii*, 2004). De acordo com alguns estudos consultados (Hsu *et alii*, 2006; Gouveia *et alii*, 2005), o termo incorpora o tratamento respeitoso entre o médico e o paciente e o respeito à intimidade, à privacidade. Para adequar o item que aborda este problema, optou-se por usar o termo “dignidade”, sugerido por especialistas, agregando termos alternativos (“de maneira respeitosa”, “educada”, “atenciosa”, “com privacidade”) como complemento na formulação final.

A adaptação em curso não envolveu estruturas semânticas complexas o que favoreceu o processo de tradução-retradução. Os pesquisadores aventaram a possibilidade de reformular alguns itens, com o sentido de torná-los concisos. Contudo, as modificações restringiram-se às questões essenciais que passaram pela apreciação das mulheres componentes do grupo focal. Como membros da comunidade e vizinhas da unidade de saúde, as mulheres do grupo focal deram suas contribuições enriquecidas da experiência de utilizar os serviços de saúde da região. Além de examinar o entendimento dos quesitos, o recurso permitiu o debate de questões captadas como barreiras à prevenção do câncer de colo do útero por outros grupos focais (Agurto *et alii*, 2004). Logo, a participação de um grupo focal constituiu-se em um importante incremento metodológico qualitativo para o presente estudo e serve como sugestão para pesquisas de igual natureza.

A avaliação de equivalência operacional é uma etapa do modelo adotado e deve ser formalmente testada (Herdman *et alii*, 1998). Entretanto algumas questões operacionais mereceram discussões antecipadas que concorreram com as primeiras etapas desse processo. Como assinalado previamente, no estudo original a entrevista

deu-se por telefone e a adaptação em curso prevê a realização de entrevista face a face. Constatada a divergência, ponderou-se se, na prática, a mudança poderia prejudicar os estudos subsequentes. Os pesquisadores tenderam a aceitar a mudança, interpretando-a como um fator facilitador. Há a expectativa de que favoreça o desenvolvimento do trabalho, tendo em vista que o instrumento será, a princípio, aplicado em um cenário onde estarão presentes membros do grupo de pesquisa e as participantes do estudo principal. Contudo, o módulo que investiga a percepção de satisfação com a relação médico-paciente pode impor algum grau de inibição à respondente, visto que à frente de algumas entrevistas, estará uma das autoras, que é médica. Por enquanto, não é possível antever quaisquer prejuízos ao estudo, em função da problemática abordada pelo referido conjunto de itens. O módulo será enunciado com clareza, assinalando-se que ele diz respeito a experiências passadas, à maneira como a mulher tem sido atendida no sistema de serviços de saúde, sem relação com o momento atual ou com profissionais específicos.

No presente estudo acata-se a interpretação de acesso e realização do teste de Papanicolaou como tendo ocorrido dentro do prazo de três anos prévios à entrevista e considera-se importante investigar aspectos organizacionais e de oferta dos serviços de saúde da região passíveis de intervenção. Nesse sentido, intencionou-se cumprir as três primeiras etapas para garantir a validade do instrumento selecionado para a coleta de informação. O estudo evoluiu agregando contribuições, frutos de experiências individuais que enriqueceram o processo e não está esgotado. As modificações foram feitas para alcançar o sentido coloquial e poder contar com um instrumento adequado para identificar não só os fatores tradicionalmente ligados ao acesso, mas também outras questões que indiretamente interferem na capacidade de se obter cuidados de saúde no lugar e momentos certos. A versão pré-testada mostrou-se compreensível, no entanto ainda carece da análise de equivalência de mensuração, operacional e funcional, etapas que serão, futuramente, desenvolvidas e irão completar esse processo de adaptação transcultural.

6.1.7 Colaboradores

M. I. Nascimento e G. T. R. Monteiro participaram conjuntamente de todas as etapas de elaboração desse artigo.

6.1.8 Agradecimentos

Agradecemos às professoras Mônica Martins e Inês Echenique Mattos, *experts* que muito contribuíram para a elaboração desse artigo.

6.1.9 Referências Bibliográficas

- Agurto I, Bishop A, Sánchez G, Betancourt Z, Robles S. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Prev Med* 2004; 39(1):91-8.
- Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.
- Bowling A. *Research methods in health, investigating health and health services*. Buckingham: Open University Press, 1997.
- Centers for Disease Control and Prevention. Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey Questionnaire. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2002.
- Coordenação de Prevenção e Vigilância, Instituto Nacional de Câncer, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006; 28(8): 486-504.
- Coughlin SS, Leadbetter S, Richards T, Sabatino SA. Contextual analysis of breast and cervical cancer screening and factors associated with health care access among United States women, 2002. *Soc Sci Med* 2008; 66(2): 260-75.
- Donabedian A. *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Cambridge: Harvard University Press; 1973.
- Downs LS, Smith JS, Scarinci I, Flowers L, Parham G. The disparity of cervical cancer in diverse populations. *Gynecol Oncol* 2008; 109 (2 Suppl): S22-S30.
- Eluf-Neto J, Nascimento CMR. Cervical Cancer in Latin America. *Semin Oncol* 2001; 28(2): 188-197.
- Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Junior PRB, Szwarcwald CL. Health care users` satisfaction in Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública*, 2005; 21 Suppl: S109-S11.
- Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal:

- equivalências semântica e de mensuração. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(4): 1083-1093.
- Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998; 7: 323-335.
- Hsu CC, Chen L, Hu YW, Yip W, Shu CC. The dimensions of responsiveness of a health system: a Taiwanese perspective. *BMC Public Health* 2006; 17: 6:72.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2003.
- Instituto Nacional de Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2004.
- Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2007.
- Instituto Nacional de Câncer. Viva Mulher. Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2002.
- Leal MC, Gama SGN, Frias P, Szwarcwald CL. Healthy lifestyles and access to periodic health exams among Brazilian women. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 Suppl 1: S78-S88.
- Lurie N. Studying access to care in managed care environments. *Health Serv Res* 1997; 32(5):691-701.
- Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento “Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)” utilizado para identificar violência entre casais. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(1): 163-176.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Monitoreo de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud: guía metodológica. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 2000.
- Penchansky R, Thomas JW. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19 (2): 127-40.

- Pinho AA, França-Junior I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2003; 3(1): 95-112.
- Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Rev Saúde Publica* 2000; 34(6): 610-16.
- Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(4): 665-73.
- Rose T, Olsen J. Invited Commentary: The Art of Making Questionnaires better. *Am J Epidemiol* 2006; 164: 1145-1149.
- Schilling LM, Kozak K, Lundahl K, Dellavalle RP. Inaccessible novel questionnaires in published medical research: hidden methods, hidden costs. *Am J Epidemiol* 2006; 164: 1141-1144.
- Somkin CP, McPhee SJ, Nguyen T, Stewart S, Shema SJ, Nguyen B, Pasick R. The effect of access and satisfaction on regular mammogram and Papanicolaou test screening in a multiethnic population. *Med Care* 2004; 42(9): 914-926.
- Stewart AL, Nápoles-Springer A, Pérez-Stable EJ, Posner SF, Bindman AB, Pinderhughes HL et al. Interpersonal processes of care in diverse populations. *Milbank Q* 1999; 77(3): 305-339.
- Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scales: a practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press, 2008.
- Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcelos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB et al. Pesquisa Mundial de Saúde 2003: O Brasil em números. *RADIS Comunicação em Saúde* 2004; 23:14-33.
- Thiede M, McIntyre. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. *Cad Saúde Pública* 2008; Rio de Janeiro, 24(5):1168-1173.
- Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Publica* 2004; 20 (Suppl 2): S190-S198.
- World Health Organization. *The World Health Report 2000: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization; 2002.
- World Health Organization/International Agency for Research on Cancer. *Cervix Cancer Screening*. Lyon: IARC Press, 2005. (IARC Handbooks of Cancer Prevention, 10).

6.2 Artigo 2

Percepção do paciente com atributos do processo interpessoal: validade dimensional e confiabilidade composta de um instrumento em adaptação para o português.

Autores: Maria Isabel do Nascimento; Michael Eduardo Reichenheim; Gina Torres Rego Monteiro

6.2.1 Resumo

Esse estudo objetivou reavaliar a estrutura dimensional da versão brasileira de um instrumento originalmente proposto para capturar percepções da paciente com o processo interpessoal vivenciado durante o encontro médico-paciente. Participaram do estudo, 472 mulheres usuárias de uma unidade hospitalar do Sistema Único de Saúde, localizada no estado do Rio de Janeiro, Brasil. A Análise de Fator Confirmatória (AFC) e Análise de Fator Exploratória (AFC/E) modelada segundo os princípios da AFC foram alternadamente implementadas para identificar o(s) modelo(s) mais parcimonioso(s) e melhor ajustados. A AFC não corroborou a estrutura unidimensional original. Na seqüência, a AFC/E ajustou adequadamente uma estrutura bi-dimensional. Esta última solução foi reavaliada pela AFC a seguir implementada, evidenciando um modelo sem carga cruzada como mais parcimonioso e com adequados índices de ajuste (WRMR = 0,720; CFI = 0,982 e TLI = 0,988), exceto para a raiz do erro quadrático médio de aproximação (RMSEA) (0,062). A confiabilidade composta foi aceitável ($\rho_{cc} > 0,70$). O modelo também alcançou validade convergente ($\rho_{ve} > 0,50$). Entretanto, a solução mostrou validade discriminante questionável, com a raiz quadrada da variância média extraída da dimensão 1 (0,727) abaixo da respectiva correlação de fatores (0,794). A não corroboração da estrutura unidimensional e a pouca validade discriminante da solução bi-dimensional sugerem a possível existência de um fator de ordem superior que não pôde ser efetivamente testado ou a insuficiência de itens para adequadamente discriminar duas ou mais dimensões. Nós concluímos que ainda não há evidências suficientes para recomendar o uso imediato do instrumento e estudos adicionais requerem ser desenvolvidos para aprofundar as estruturas postuladas.

Palavras-chave: Relações médico-paciente; Questionários; Análise Fatorial; Comparação Trans-Cultural; Estudos de Validação.

6.2.2 Abstract

This study aimed to reassess the dimensional structure of a Brazilian Portuguese version of an instrument originally proposed to capture patients' perceptions with interpersonal process of care experienced by women during medical-patient encounters. We collected data by applying a multidimensional questionnaire to 472 women attending a hospital unit of the Brazilian Public Health System (SUS) at State of Rio de Janeiro, Brazil. Strict Confirmatory Factor Analysis (CFA) and Exploratory Factor Analysis modeled within a CFA framework (E/CFA) were alternately used to identify best fitting and parsimonious model(s). An initial CFA rejected the original one-dimensional structure, while an E/CFA suggested a bi-dimensional structure as best fitting. This last structure was followed by a new CFA, which showed that the model without cross-loading was the most parsimonious, with adequate fit (WRMR = 0.720, CFI = 0.982 and TLI = 0.988), except for RMSEA (0.062). The composite reliability was acceptable for all dimensions ($\rho_{cr} > 0.70$). The model also achieved convergent validity ($\rho_{ve} > 0.50$). Nonetheless, the solution showed poor discriminant validity, with square-roots of the average variance extracted of dimension 1 (0,727) well below the respective factor correlation (0,794). The rejection of the one-dimensional structure and the poor discriminant validity of the bi-dimensional solution suggest a possible non-tested high-order factor or insufficient number of items to adequately discriminate two or more dimensions. We concluded that there is not enough evidence to recommend the immediate use of this instrument and further studies are still required to deepen the postulated structures.

Keywords: Physician-Patient Relations; Questionnaires; Factor Analysis; Cross-Cultural Comparison; Validation Studies.

6.2.3 Introdução

A relação médico-paciente é um fenômeno complexo, multifatorial, relacionado à satisfação do paciente e à continuidade do cuidado em saúde (Martin-Fernández *et alii*, 2010; Pandhi & Saultz, 2006; Donahue *et alii*, 2005). Ela comporta alguns elementos como segurança, honestidade, confiança, reconhecimento e respeito que são essenciais para a sua construção e manutenção. Por vezes, esses atributos são apreendidos em circunstâncias particulares de consultas médicas e que acabam por influenciar o fato de o paciente poder contar com uma fonte sólida para cuidados de saúde (Frederiksen *et alii*, 2009).

Alguns autores sinalizam a importância de incorporar medidas de percepções captadas pelo paciente em questionários, quando se pretende fazer um julgamento da relação médico-paciente (Haddad *et alii*, 2000; Rosenthal & Shannon, 1997). Rosenthal & Shannon (1997) assinalam que a opção por essas medidas tem como vantagens: a facilidade de se obter a informação com rapidez, logo após o paciente utilizar um serviço de interesse; o baixo custo de operacionalização; e a possibilidade de efetuar a coleta independente da completude de prontuários que raramente contém informações sobre aspectos interpessoais.

Focando na relação médico-paciente, Somkin *et alii* (2004) propuseram uma escala para aferir a satisfação de usuárias com os processos interpessoais no contexto de cuidados médicos gerais que, para fins de apresentação, será doravante denominada “Escala de Satisfação com o Processo Interpessoal de Cuidados Médicos Gerais” ou pelo acrônimo ESPICMG. O interesse foi capturar, pela frequência dos eventos, um grau de satisfação da paciente quantificado a partir de percepções que resultam da relação interpessoal vivenciadas em consultas com profissionais de saúde.

Especificamente, os itens da escala abordam aspectos de comunicação ou troca de informação entre médicos e pacientes, bem como questões relativas a respeito e discriminação. Os oito itens perguntam com que frequência os médicos (i) informam a paciente sobre sua própria saúde (item 1); (ii) disponibilizam tempo suficiente para perguntas (item 2); (iii) escutam com paciência o que a paciente tem a dizer (item 3); (iv) perguntam se há alguma dúvida (item 4); (v) tratam a paciente com dignidade (item 5); (vi) demonstram interesse pela paciente (item 6); (vii) aceitam as idéias que a própria paciente tem sobre seus problemas de saúde (item 7); e (viii) demonstram discriminação para com a paciente (item 8). Conforme proposto por Somkin *et alii*

(2004), o somatório de escores variaria de 8 a 32, com escores maiores refletindo crescente percepção de satisfação.

Concebido originalmente em inglês e diante da ausência de qualquer versão em português, Nascimento & Monteiro (2010) iniciaram um processo para adequar a escala de Somkin *et alii* (2004) para o contexto brasileiro. Norteado pelo roteiro proposto por Herdman *et alii* (1998), foram implementadas as etapas de avaliação conceitual, de itens e semântica. O instrumento proposto encontra-se na íntegra no apêndice.

O histórico psicométrico da escala revela apenas uma análise fatorial exploratória utilizando rotação varimax, que evidencia cargas fatoriais acima de 0,6 para todos os itens componentes e uma consistência interna de $\alpha = 0,88$ (Somkin *et alii*, 2004). Essa última avaliação psicométrica, bem como o fato de os autores subsequentemente utilizarem a escala na forma de um escore único decorrente do somatório dos itens componentes, sugere que a escala foi tacitamente assumida como sendo unidimensional. No entanto, o modelo conceitual de onde esta deriva, não parece sugerir o mesmo. O modelo proposto por Stewart *et alii* (1999) valoriza a percepção do paciente em relação à atenção recebida segundo três aspectos distintos, a saber, ‘comunicação’, ‘estilo interpessoal’ e ‘participação em tomadas de decisão’. A comunicação constituiria uma ação comportamental essencial à interação médico-paciente, compreendendo, além da troca de informações, os gestos e as emoções como componentes não verbais da relação. Já o estilo interpessoal enfatizaria o respeito como a base de todas as interações humanas (Cooper *et alii*, 2005). A participação na tomada de decisão, conduzida à luz das preferências do paciente, levaria em conta o desejo de se envolver ativamente nas decisões ou não, bem como a aceitabilidade e/ou habilidade para aderir a determinadas recomendações (Stewart *et alii*, 1999). Segundo seus proponentes, o modelo abarca questões de interesse para minorias e subgrupos em desvantagem socioeconômica que podem ser alvo para avaliação de qualidade e de melhoramentos, na ótica da gerência de sistemas de serviços de saúde.

A falta de sintonia sugerida pelo histórico resgatado é evidente. Vale ressaltar a importância da questão dimensional, pois essa estrutura indica a forma como o instrumento deve ser concretamente operacionalizado. A utilização de um escore global somente se justifica se uma escala é efetivamente unidimensional. Caso contrário, usar subescalas separadamente pode ser a melhor forma de acomodar diferentes dimensões de um construto. Claramente, diferentes formas de operacionalização implicam diferentes resultados que, em última instância, prejudicam e ofuscam comparações entre

estudos. Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo reavaliar a estrutura dimensional da ESPICMG, agora utilizando um ferramental metodológico abrangente e apurado, mais apropriado para dirimir as possíveis inconsistências pendentes.

6.2.4 Material e métodos

População alvo e tamanho da amostra

A população da pesquisa é formada pelas mulheres identificadas como alvo do programa brasileiro de controle do CCU (Instituto Nacional de Câncer, 2010) que residem na BF.

Para o presente estudo, o cálculo do tamanho da amostra teve como base o número de parâmetros do modelo de mensuração do instrumento em avaliação, estimado inicialmente em 16 (oito itens e oito erros de mensuração). Levando em conta a razão de 20 entrevistas por parâmetro (Kline, 2005), sendo necessário realizar pelo menos 320 entrevistas.

Participantes

As participantes foram selecionadas entre mulheres que visitavam ou acompanhavam pacientes internados em uma unidade pública de saúde do município de Nova Iguaçu, Estado do Rio de Janeiro, Brasil. A coleta dos dados foi realizada de outubro de 2008 a dezembro de 2009. Os critérios de inclusão foram ter entre 18 e 69 anos de idade e residir na Baixada Fluminense (BF) por pelo menos 36 meses. Os critérios de exclusão foram apresentar problemas mentais e/ou déficit cognitivo e estar na unidade, naquele momento, em busca de assistência para a própria saúde.

Foram convidadas 490 mulheres tendo sido efetivamente entrevistadas 479, das quais somente sete não puderam ser incluídas por incompletude das informações no instrumento. As 472 entrevistas foram realizadas em local reservado, na presença apenas da entrevistadora, de modo a garantir o anonimato e a confidencialidade da informação coletada. A versão em português para uso no Brasil do instrumento ESPICMG foi completada junto com outros instrumentos compreendendo um questionário multidimensional formado por outros quatro módulos descritos a seguir.

Instrumentos

Além do instrumento em validação, o questionário contém um módulo de características sociodemográficas com questões sobre a idade, o grau de escolaridade e a situação conjugal; dois módulos abordam a experiência das respondentes com o uso do teste de Papanicolaou, enfocando o padrão de adesão ao teste recomendado no Brasil (Instituto Nacional de Câncer, 2004) e algumas medidas de satisfação com o último teste realizado (Somkin *et alii*, 2004). O módulo de acesso aos cuidados médicos contempla variáveis explicativas tradicionalmente utilizadas na literatura de acesso aos serviços de saúde e também foi extraído do questionário usado por Somkin *et alii* (2004).

Análise dos dados

Iniciou-se o processo pela avaliação da estrutura unidimensional proposta por Somkin *et alii* (2004). Para esse fim foi implementada uma Análise de Fatores Confirmatória (AFC) (Brown, 2006; Lohelin, 2003) que empregou o estimador *Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted* (WLSMV) implementada em Mplus (Muthén & Muthén, 1998-2010). Foram utilizadas matrizes de correlação policóricas, adequadas para itens com opções de resposta ordinais (Muthén & Asparouhov, 2002).

O ajuste de modelo foi avaliado por quatro índices. Para avaliar o ajuste absoluto, empregou-se o índice *Weighted Root Mean Square Residual* (WRMR), posto que este também utiliza uma matriz de variância assintótica na computação em conformidade com o uso do estimador WLSMV (Muthén & Muthén, 1998-2010). Valores abaixo de 1 e tendendo a zero sugerem ajuste adequado (Finney & DiStefano, 2006; Muthén & Muthén, 1998-2010). O índice *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) incorpora uma função de penalidade para lidar com a pouca parcimônia expressa pelos graus de liberdade do modelo — tamanho da amostra *vis-à-vis* o número de parâmetros estimados (Kline, 2005). Valores < 0,06 sugerem um bom ajuste, enquanto os valores > 0,10 indicam ajuste ruim e que o modelo deva ser rejeitado (Brown, 2006; Muthén & Muthén, 1998-2010). Como medidas de ajuste incremental (Brown, 2006; Kline, 2005), os índices *Comparative Fit Index* (CFI) e *Tucker-Lewis index* (TLI) comparam o modelo proposto com um modelo nulo de independência. Ambos variam de zero a 1, e valores acima de 0,90 indicam ajuste adequado (Brown, 2006; Tucker & Lewis, 1973).

Antecipando um possível mau ajuste do modelo e/ou prevendo plausíveis estruturas dimensionais alternativas, o passo seguinte consistiu na re-exploração da estrutura dimensional do instrumento usando uma Modelagem por Equações Estruturais Exploratórias (MEEE) como proposta por Marsh *et alii* (2009). Basicamente, o procedimento consiste em ajustar uma seqüência de modelos exploratórios, mas seguindo os métodos empregados em uma Análise de Fatores Confirmatória (AFC/E). Esse procedimento permite relaxar e efetivamente implementar várias restrições impostas pela Análise de Fatores Exploratória (AFE) 'tradicional'. O fato de se poder estimar alguns parâmetros livremente possibilita testar propriedades interessantes que apenas são alcançadas pela AFC, mas ainda mantendo a proposta de uma AFE. Desse modo, todas as cargas são livremente estimadas e uma rotação é possível. Na presente análise foi usada a rotação oblíqua geomin (Loehlin, 2003; Muthén & Muthén, 1998-2010).

Adicionalmente, foram também avaliadas as correlações de resíduos, uma vez que dependências condicionais podem indicar possíveis redundâncias de itens (Brown, 2006). Esse passo é dado pela avaliação dos índices de modificação (IM) que são baseados na inclusão de parâmetros não previamente considerados. Esses índices refletem uma aproximação do quanto o χ^2 do modelo reduziria se determinado parâmetro fosse considerado. Possíveis correlações entre erros de mensuração de itens envolvendo valores de $IM \geq 10$ foram examinadas, assim como as modificações sugeridas pela magnitude das mudanças de parâmetros esperadas. Os valores de mudanças esperadas de parâmetros (MEP) são complementares aos IM e antecipam a intensidade e direção das estimativas com as modificações livremente implementadas nas fases subseqüentes da análise (Brown, 2006). Modelos de dimensionalidades crescentes foram testados utilizando os mesmos índices de ajustes apresentados anteriormente. O significado teórico também foi considerado para avaliar o número e o padrão dos fatores.

O passo seguinte consistiu em re-examinar o melhor modelo identificado pela AFC/E, agora aplicando uma modelagem do tipo AFC estrita. Além de reavaliar as cargas de fatores e as correlações de erro de mensuração em uma perspectiva congênica, a seqüência também envolveu a avaliação da confiabilidade composta, bem como das validades fatoriais convergente e discriminante (Brown, 2006; Kline, 2005).

Utilizou-se a confiabilidade composta para avaliar a consistência interna, estimada formalmente para cada fator (f) segundo a equação $\rho_{cc} = \left(\sum_{i=1}^k \lambda_i \right)^2 / \left(\left(\sum_{i=1}^k \lambda_i \right)^2 + \sum_{i=1}^k \delta_i \right)$, onde λ_i , é a carga fatorial padronizada do item i e δ_i é o erro de mensuração a este relacionado (*uniqueness*), o qual representa a porção de um indicador não explicada pelo fator latente (Raykof & Shrout, 2002). As estimativas de ρ_{cc} variam de 0 a 1 e valores $\geq 0,70$ indicam consistência interna satisfatória (Brown, 2006; Hair *et alii*, 2005).

A Variância Média Extraída (VME) foi estimada como uma marca de referência para examinar a validade fatorial convergente. A VME acessa o montante de variância capturada por um fator em relação ao montante de variância devido a erro de medida (Hair *et alii.*, 2005). É obtida segundo a equação $\rho_{ve} = \sum_{i=1}^k \lambda_i^2 / \left(\sum_{i=1}^k \lambda_i^2 + \sum_{i=1}^k \delta_i^2 \right)$, onde λ_i e δ_i correspondem às definições acima. Valores de ρ_{ve} também variam de 0 a 1. Um fator mostra validade convergente se valores de $\rho_{ve} \geq 0,50$, o que significa que pelo menos 50% da variância na medida correspondem ao traço latente postulado. A validade convergente é discutível se $\rho_{ve} < 0,50$, uma vez que a variância devido ao erro de medição seria maior que a variância devido ao constructo (Hair *et alii*, 2005).

A validade fatorial discriminante foi examinada usando também a VME como referência (Kline, 2005; Hair *et alii*, 2005). Em modelos multidimensionais, a validade discriminante é sustentável se a raiz quadrada da VME estiver acima das correlações de cada fator com os outros do sistema (Fornell & Larcker, 1981) e, preferencialmente, sem superposições dos intervalos de confiança. Os intervalos de confiança de 95% (IC 95%) de ρ_{cc} , ρ_{ve} e $\sqrt{\rho_{ve}}$ foram obtidos pelo método de *bootstrap* com 1000 replicações (Raykov, 2002; Efron & Tibshirani, 1993).

Avaliações adicionais de cargas cruzadas de itens e de correlações de resíduos foram realizadas baseadas nos IM e nas MEP, respeitando os mesmos critérios e padrão de qualidade de ajuste previamente apresentados. Todas as análises foram conduzidas no programa Mplus 6 (Muthén & Muthén, 1998-2010).

Finalmente, tendo constatado que a especificação fator-item foi adequada (ausência de cargas cruzadas relevante e ausência de correlações de resíduos) e na possibilidade de validade discriminante ruim, uma última rodada confirmatória (AFC) foi implementada para testar e ajustar a solução mais parcimoniosa. Procedimentos

intermediários e índices de qualidade de ajuste foram igualmente considerados para avaliar o modelo. Intervalos de confiança foram obtidos pelo método de *bootstrap* (B=1000).

Aspectos éticos

Em conformidade com os princípios incorporados na declaração de Helsinki, o presente estudo foi aprovado pelos comitês de ética do hospital geral (pareceres: 013/2006 e 07/2009) e da instituição coordenadora do projeto de pesquisa (parecer: 109/2009). As mulheres que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

6.2.5 Resultados

A média de idade das mulheres foi de 44,3 anos (IC 95%: 43,1 - 45,3), 69,9% (IC 95%: 65,7 - 74,0) eram casadas e 64,1% (IC 95%: 59,8 - 68,5) referiram ocupação apenas no ambiente doméstico. A escolaridade média foi de 6,3 anos (IC 95%: 6,0 - 6,6).

A AFC não sustentou plenamente a estrutura unidimensional postulada inicialmente, dado que, como um todo, a solução com um fator mostrou ajuste insatisfatório (WRMR=1,008; RMSEA=0,089; CFI=0,971; TLI=0,960). Sendo assim, outras soluções alternativas foram testadas.

Na seqüência, uma AFC/E foi implementada para testar possíveis modelos com mais de um fator. Uma solução bi-dimensional sem qualquer correlação de resíduos mostrou-se como sendo a mais parcimoniosa. Conforme mostra a Tabela 1, os itens 1, 2, 3, 4 e 7 compuseram um fator, o qual poderia ser provisoriamente chamado de “comunicação”, enquanto os itens 5 e 8 tiveram cargas em outro fator, que poderia corresponder ao “estilo interpessoal”. Os índices de qualidade do ajuste mostraram-se adequados, mas a correlação de 0,704 entre os dois fatores pode ser considerada alta. O item 6 mostrou uma carga cruzada no fator 2, ainda que com estimativa abaixo das demais.

Tabela 1 - Análise de Fator Confirmatória/Exploratória (AFC/E) do instrumento “Escala de Satisfação com o Processo Interpessoal de Cuidados Médicos Gerais” – (ESPICMG): cargas e correlações de fatores.

Item	Fator 1 $\lambda_{i(1)}^*$	Fator 2 $\lambda_{i(2)}$	Resíduo δ_i^\dagger
1	0,673 (0,543; 0,803)	0,014 (-0,130; 0,147)	0,534
2	0,739 (0,637; 0,842)	0,013 (-0,085; 0,111)	0,440
3	0,832 (0,666; 0,998)	-0,092 (-0,287; 0,104)	0,407
4	0,707 (0,526; 0,887)	-0,096 (-0,312; 0,119)	0,587
5	0,124 (-0,219; 0,466)	0,728 (0,400; 1,055)	0,328
6	0,544 (0,370; 0,717)	0,334 (0,151; 0,516)	0,338
7	0,666 (0,497; 0,836)	0,112 (-0,096; 0,319)	0,439
8	-0,005 (-0,020; 0,010)	0,797 (0,690; 0,904)	0,370
$\phi_{1 \leftrightarrow 2}^\ddagger$	0,704 (0,558; 0,850)		
WRMR §	0,501		
RMSEA ¶	0,053		
CFI **	0,990		
TLI ††	0,991		

* Cargas (padronizadas). Entre parênteses: intervalos de confiança 95%.

† Erros de mensuração (*uniqueness*)

‡ Correlação de fatores. Entre parênteses: intervalos de confiança 95%.

§ WRMR = Weighted Root Mean Square Residual.

¶ RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation.

** CFI = Comparative Fit Index.

†† TLI = Tucker-Lewis Index.

A estrutura bi-dimensional postulada na AFC/E foi subsequenteiramente reavaliada por uma AFC estrita com o item 6 forçado apenas no fator 1. Os índices de ajuste revelaram-se aceitáveis, exceto, de forma limítrofe, o RMSEA (0,062). As cargas fatoriais mostraram-se acima de 0,60, sendo a mais alta a do item 6 (0,818). As estimativas de ρ_{ve} e de ρ_{cc} superaram os pontos de corte de 0,50 e 0,70, respectivamente, indicando validade convergente, bem como consistência interna. Todavia, os fatores mostraram-se excessivamente correlacionados (Modelo bi-dimensional 1 na Tabela 2).

Tabela 2 - Análise de Fator Confirmatória do instrumento “Escala de Satisfação com o Processo Interpessoal de Cuidados Médicos Gerais” – (ESPICMG): cargas, erros de mensuração, estimativas de confiabilidade e de ajuste geral do modelo.

Itens	Modelo bi-dimensional 1		Modelo bi-dimensional 2	
	λ_i^\dagger	δ_i^\ddagger	λ_i^\dagger	δ_i^\ddagger
<u>Dim 1</u>				
1	0.676 (0.593; 0.758)	0.543	0.686 (0.603; 0.768)	0.530
2	0.742 (0.667; 0.816)	0.450	0.752 (0.677; 0.827)	0.435
3	0.741 (0.666; 0.816)	0.451	0.753 (0.677; 0.828)	0.434
4	0.618 (0.517; 0.719)	0.618	0.626 (0.525; 0.728)	0.608
6	0.818 (0.755; 0.880)	0.332	0.776 (0.707; 0.845)	0.397
6*	---		0.264 (0.134; 0.393)	
7	0.752 (0.680; 0.824)	0.434	0.762 (0.690; 0.834)	0.419
<u>Dim 2</u>				
5 [‡]	0.855 (0.752; 0.958)	0.269	0.852 (0.750; 0.953)	0.275
8 [§]	0.755 (0.657; 0.854)	0.429	0.758 (0.660; 0.857)	0.425
$\varphi_{1 \leftrightarrow 2}^{\parallel}$	0.794 (0.721; 0.866)		0.736 (0.653; 0.820)	
WRMR	0.720		0.542	
RMSEA	0.062		0.039	
CFI	0.982		0.993	
TLI	0.988		0.995	
ρ_{ve}^{**} (dim 1)	0.529 (0.482; 0.576)		0.472 (0.422; 0.522)	
(dim 2)	0.651 (0.566; 0.736)		0.477 (0.417; 0.538)	
$\rho_{cc}^{\ddagger\ddagger}$ (dim 1)	0.870 (0.848; 0.891)		0.841 (0.812; 0.869)	
(dim 2)	0.788 (0.725; 0.851)		0.713 (0.655; 0.771)	

* Item com carga também no segundo fator do modelo bi-dimensional 2.

† Cargas (padronizadas). Entre parênteses: intervalos de confiança (95%).

‡ Erros de mensuração (*uniqueness*).

§ Itens componentes do segundo fator.

∥ Correlação de fatores.

** Variância média extraída. Entre parênteses: intervalos de confiança (95%) obtido pelo método *bootstrap* (B=1000).

‡‡ Consistência interna / confiabilidade composta. Entre parênteses: intervalos de confiança (95%) obtido pelo método *bootstrap* (B=1000).

Os resultados desse processo sequencial implementado com a AFC/E sugeriram a estrutura bi-dimensional como aceitável. A melhoria presumida, com as especificações de cargas cruzadas mostradas na Tabela 1 e projetadas pelos IM e MEP, não foi plenamente corroborada. Desse modo, o Modelo bi-dimensional 1 foi o mais parcimonioso, com melhores índices de consistência interna e de validade fatorial convergente, a despeito de ter apresentado fraca validade discriminante.

6.2.6 Discussão

O instrumento ESPICMG é novo, pouco estudado, possivelmente em fase de desenvolvimento, com espaço para adicionais avaliações. Segundo seu histórico psicométrico, o instrumento tem boa consistência interna e cargas fatoriais satisfatórias, além de, teoricamente, abordar aspectos interpessoais do processo de cuidado considerados modificáveis (Somkin *et alii*, 2004). Na literatura revisada, não foram identificados estudos de reavaliação do ESPICMG. O que se sabe é que ele foi fundamentado em um modelo teórico proposto por Stewart *et alii* (1999) e que tem sido bastante estudado (Stewart *et alii*, 2007; Nápoles-Springer *et alii*, 2006; Schillinger *et alii*, 2004; Wong *et alii*, 2004).

A primeira questão que se pretendeu responder foi se o constructo ‘satisfação com a relação interpessoal’ avaliado em uma população com características diferentes daquela onde foi originalmente aplicado está sendo adequadamente captado com um instrumento de composição unidimensional. Pelas evidências aqui apresentadas, isso não parece ser o caso.

Com a unidimensionalidade refutada, o passo seguinte foi analisar o instrumento com a estrutura bi-dimensional identificada. O Modelo bi-dimensional 1, apresentado na Tabela 2, sugere que a dimensão 1 (“comunicação”) contém itens relacionados ao julgamento da paciente acerca da qualidade da comunicação com os profissionais de saúde, o que é considerado por alguns autores como componente essencial do encontro médico-paciente (Martin-Fernández *et alii*, 2010; Marcinowicz *et alii*, 2008; Nápoles-Springer *et alii*, 2005; Beck *et alii*, 2002; Stewart *et alii*, 1999; Schillinger *et alii*, 2004; Williams *et alii*, 1998). A dimensão 2 do modelo parece captar as atitudes de desrespeito e de discriminação, que também são igualmente valorizadas, parecendo estar alinhada ao “estilo interpessoal” (Blanchard & Lurie, 2004; Wong *et alii*, 2004; Stewart *et alii*, 1999).

Embora constitua um achado indesejável, a carga cruzada do item 6 detectada pelos IM foi implementada para ajustar o Modelo bi-dimensional 2. Merece algumas

considerações o fato do item abarcando a frequência com que os médicos demonstram interesse pela paciente carregar em dois fatores: comunicação e relação interpessoal. Primeiro, a falta de diálogo captada pela paciente pode ser decorrente de um tipo de formação profissional que não valoriza a relação pessoal, levando a uma prática pautada por um comportamento impessoal. Uma segunda possibilidade é o médico ter que dar conta da demanda, penalizando outros aspectos essenciais à relação médico-paciente. Segundo Frederiksen *et alii* (2009), esse é um comportamento adotado tendo como referência o modelo biomédico tradicional que pode restringir a qualidade do diálogo, quando captado negativamente pela paciente.

O item 6 ainda pode corresponder às experiências marcadas por diferentes graus de interesse e dedicação. Nessa ótica, a falta de interesse pode ser interpretada como indiferença, fazendo com que a paciente se sinta ofendida devido à insensibilidade do profissional de saúde às suas necessidades pessoais, se ligando também na dimensão “estilo interpessoal”, como proposto pelo modelo teórico original (Nápoles-Springer *et alii*, 2006; Stewart *et alii*, 1999).

Quando se implementa a adaptação transcultural de um instrumento, algumas divergências inesperadas podem eventualmente aparecer, por vezes, refletindo a heterogeneidade da população alvo (Ramirez *et alii*, 2005). Apesar do cuidadoso processo que envolveu as primeiras etapas do roteiro adotado (Nascimento & Monteiro, 2010), as diferenças surgiram e podem ter sido decorrentes da interpretação que as respondentes deram aos itens. Segundo Streiner & Norman (2008), nem todos os itens operam como se pretende, alguns podem confundir o respondente e até mesmo não corresponder àquilo que se pensava que ele corresponderia.

Digno de nota foi também o item 7, relativo à frequência com que os médicos aceitam as ideias da paciente sobre seus problemas de saúde, ter carregado no fator 1 (“comunicação”). Comentários sobre sua formulação indicam que este busca inquirir sobre o interesse demonstrado pelo médico em elucidar e incorporar nas condutas as atitudes, os valores, as ideias e as crenças da paciente em relação ao processo de cuidado (Nápoles-Springer *et alii*, 2006). Na fase de elaboração do modelo conceitual de Stewart *et alii* (1999), foi postulado que o item pertenceria à dimensão “estilo interpessoal”, mas não reuniu propriedades psicométricas boas, não tendo, assim, sido aproveitado. Em uma avaliação posterior, os autores concluíram que a exclusão foi precipitada (Stewart *et alii*, 2007).

A despeito das melhorias de ajuste observadas, o modelo com a inserção da carga cruzada não sustentou adequadamente as relações postuladas. As estimativas de VME ficaram abaixo do padrão admissível, indicando que a variabilidade devido ao erro de mensuração foi maior do que aquela devido ao fator latente. Deste modo o primeiro modelo, sem a carga cruzada, se mostrou mais adequado.

Cabe destacar que as correlações de fatores permaneceram altas nos modelos testados. Estas estimativas quando ficam acima da raiz quadrada das correlações item-fator extraídas sugerem que os modelos carecem de validade discriminante (Brown, 2006). Isso sugere que haja correlações de erros de itens redundantes ou de itens nos seus fatores que podem não ter sido devidamente especificados. É possível, ainda, que um fator de ordem superior indiretamente mensurado possa responder melhor por essas relações.

Entre as desvantagens do presente estudo, pode-se assinalar que os modelos foram testados e modificados com o uso de um único conjunto de dados, carecendo ainda de estudos de replicação e confirmação. Uma segunda limitação é o fato de a população de estudo ser composta por usuárias de serviço público de saúde, selecionada em um cenário sócio-cultural de baixa renda e diversa daquela na qual o instrumento foi desenvolvido, o que pode ter contribuído para as diferenças encontradas. Ademais, a falta de representatividade da dimensão “participação na tomada de decisão” que, em princípio, foi postulada no modelo teórico-conceitual original (Stewart *et alii*, 1999), mas que também não está sendo captada no ESPICMG revela uma lacuna na composição multidimensional do instrumento a ser ainda preenchida.

Como virtudes do estudo, pode-se assinalar que ele foi conduzido com o uso de um ferramental metodológico refinado e adequado para estudos de validação. Além disso, o tamanho amostral foi apropriado para conferir precisão às estimativas e o percentual de dados perdidos foi baixo.

O ESPICMG é um instrumento projetado para capturar percepções do paciente que podem ajudar a identificar questões organizacionais merecedoras de melhoramentos. No conhecimento dos autores, esta é a sua primeira avaliação implementada com enfoque confirmatório. A não corroboração da estrutura unidimensional e a pouca validade da bi-dimensional encontradas sugerem a possível existência de um fator de ordem superior que não pôde ser efetivamente testado por questões inerentes ao processo de modelagem à luz dos itens existentes ou mesmo a insuficiência de itens para adequadamente discriminar duas ou mais dimensões. Nesse

sentido, ainda não há evidências suficientes para recomendar o uso incondicional do instrumento, seja na forma de um único escore bruto especificado a partir do somatório dos escores de itens componentes, seja em subescalas separadas. Novos estudos requerem ser desenvolvidos para aprofundar as estruturas postuladas, até mesmo com a perspectiva de se identificar e estudar novos indicadores/itens que permitam aprimorar o instrumento atual.

6.2.7 Colaboradores

Contribuições dos autores: todos os autores (MIN, MER e GTRM) contribuíram para a concepção e desenho do estudo, bem como para a interpretação dos resultados e elaboração do manuscrito. MER foi responsável pela análise estatística. MIN, MER e GTRM participaram conjuntamente da revisão do texto final.

6.2.8 Agradecimentos

Os autores agradecem a Karen Barbosa Couto Pereira pela colaboração na coleta de dados.

Apêndice: Escala de Satisfação com o Processo Interpessoal de Cuidados Médicos Gerais (ESPICMG): itens e opções de respostas.

- [1] “Com que frequência os médicos dão para a Senhora a informação que a Senhora precisa sobre a sua saúde?”;
|_4_| sempre |_3_| algumas vezes |_2_| raramente |_1_| nunca
- [2] “Com que frequência os médicos dão tempo suficiente para a Senhora fazer suas perguntas?”;
|_4_| sempre |_3_| algumas vezes |_2_| raramente |_1_| nunca
- [3] “Com que frequência os médicos escutam com paciência o que a Senhora tem a dizer?”;
|_4_| sempre |_3_| algumas vezes |_2_| raramente |_1_| nunca
- [4] “Com que frequência os médicos perguntam se a Senhora tem alguma dúvida?”;
|_4_| sempre |_3_| algumas vezes |_2_| raramente |_1_| nunca
- [5] “Com que frequência os médicos tratam a Senhora com dignidade?”;
|_4_| sempre |_3_| algumas vezes |_2_| raramente |_1_| nunca
- [6] “Com que frequência os médicos demonstram interesse pela Senhora?”;
|_4_| sempre |_3_| algumas vezes |_2_| raramente |_1_| nunca
- [7] “Com que frequência os médicos aceitam as idéias que a Senhora tem sobre seus problemas de saúde?”;
|_4_| sempre |_3_| algumas vezes |_2_| raramente |_1_| nunca
- [8] “Com que frequência a Senhora se sente discriminada por médicos?”;
|_1_| sempre |_2_| algumas vezes |_3_| raramente |_4_| nunca

6.2.9 Referências Bibliográficas

- Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15:25-38.
- Blanchard J, Lurie N. R-E-S-P-E-C-T: Patient reports of disrespect in the health care setting and its impact on care. *J Fam Pract* 2004; 53(9):721-30.
- Brown TA. Confirmatory factor analysis for applied research. New York: The Guilford Press, 2006.
- Cooper LA, Beach MC, Johnson RL, Inui TS. Delving below the surface. Understanding how race and ethnicity influence relationships in health care. *J Gen Intern Med* 2006; 21 Suppl 1:s21-7.
- Donahue KE, Ashkin E, Pathman DE. Length of patient-physician relationship and patients' satisfaction and preventive service use in the rural south: a cross-sectional telephone study. *BMC Fam Pract* 2005; 6:40.
- Efron B, Tibshirani R. An introduction to the bootstrap. London: Chapman and Hall, 1993.
- Finney SJ, DiStefano C. Non-normal and categorical data in structural equation modeling. In: Hancock GR, Mueller RO (eds): *Structural equation Modeling: A second course*. Information Age Publishing, Greenwich, CT; 2006.
- Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *J Marketing Res* 1981; 18:39-50.
- Frederiksen HB, Kragstrup J, Dehlholm-Lambertsen G. It's all about recognition! Qualitative study of the value of interpersonal continuity in general practice. *BMC Family Practice* 2009; 10:47.
- Haddad S, Potvin L, Roberge D, Pineault R, Remondin M. Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Fam Pract* 2000; 17(1):21-29.
- Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Modelagem de Equações Estruturais. In: Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL (eds). *Análise Multivariada de Dados [Tradução: Sant'Anna AS & Chaves Neto A] – 5th edição*, Porto Alegre: Bookman, 2005.
- Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998; 7:323-35.

- Instituto Nacional de Câncer. Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo/Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2010.
- Instituto Nacional de Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2004.
- Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York: 2nd edition The Guilford Press, 2005.
- Loehlin JC. Latent variable models: an introduction to factor, path, and structural equation analysis, 4 edn.; Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ; 2003.
- Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Chlabicz S. The patient's view of the acceptability of the primary care in Poland. *Int J Quality in Health Care* 2008; 20(4): 277-83.
- Marsh HW, Muthén B, Asparouhov A, Lüdtke O, Robitzsch A, Morin AJS et alii. Exploratory structural equation modeling, integrating CFA and EFA: application to students' evaluations of university teaching. *Struc Equ Modeling* 16:439-476.
- Martin-Fernández J; Cura-González MD; Gómez-Gascón T; Fernández-López E; Pajares-Carabajal G, Moreno-Jiménez B. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Aten Primaria* 2010; 42(4): 196-205.
- Muthén B, Asparouhov T. Latent variable analysis with categorical outcomes: multiple-group and growth modeling in Mplus. *Mplus Web Notes* 4:1-22; 2002.
- Muthén LK, Muthén BO. *Mplus user's guide*, 6th Edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén, 1998-2010.
- Nápoles-Springer AN, Santoyo-Olsson J, O'Brien H, Stewart AL. Using cognitive interviews to develop surveys in diverse populations. *Med Care* 2006; 44(11, Suppl 3) 3S21-S30.
- Nápoles-Springer AN, Santoyo J, Houston K, Pérez-Stable EJ, Stewart AL. Patient's perceptions of cultural factors affecting the quality of their medical encounters. *Health Expectations* 2005; 8:4-17.
- Nascimento MI, Monteiro GTR. Características de acesso ao preventivo de câncer de colo do útero: três etapas metodológicas da adaptação do instrumento de coleta de informação. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(6):1096-1108.
- Pandhi N, Saultz JW. Patients' perceptions of interpersonal continuity of care. *J Am Board Fam Med* 2006; 19:390-7.

- Ramírez M, Ford ME, Stewart AL, Teresi JA. Measurement issues in health disparities research. *Health Serv Res* 2005; 40(5 pt 2): 1640-57.
- Raykov T. Analytic estimation of standard error and confidence interval for scale reliability. *Multivariate Behav Res* 2002; 37:89-103.
- Raykov T, Shrout P. Reliability of scales with general structure: point and interval estimation using a structural equation modeling approach. *Struct Equ Modeling* 2002; 9: 195-212.
- Rosenthal GE, Shannon SE. The use of patient perceptions in the evaluation of health-care delivery systems. *Med Care* 1997; 35(11 Suppl): NS58-68.
- Schillinger D, Bindman A, Wang F, Stewart A, Piette J. Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Educ Couns* 2004; 52:315-323
- Somkin CP, McPhee SJ, Nguyen T, Stewart S, Shema SJ, Nguyen B et alii. The effects of access and satisfaction on regular mammogram and Papanicolaou test screening in a Multiethnic population. *Med Care* 2004; 42(9): 914-926.
- Stewart AL, Nápoles-Springer AM, Gregorich SE, Santoyo-Olsson J. Interpersonal processes of care survey: patient-reported measures for diverse groups. *Health Serv Res* 2007; 42(3 Pt 1):1235-56.
- Stewart AL, Nápoles-Springer AM, Pérez-Stable EJ, Posner SF, Bindman AB, Pinderhughes HL et alii. Interpersonal Processes of Care in diverse populations. *Milbank Q.* 1999; 77(3): 305-39.
- Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use.* New York: Oxford University Press, 2008.
- Tucker LR, Lewis C. A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika* 1973; 38:1-10.
- Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family Practice* 1998; 15:480-492.
- Wong ST, Korenbrot CC, Stewart AL. Consumer assessment of the quality of interpersonal processes of prenatal care among ethnically diverse low-income women: development of a new measure. *Women's Health Issues* 2004; 14:118-129.

6.3 Artigo 3

Associação entre histórias de realização do teste de Papanicolaou e câncer do colo do útero: estudo caso-controle em mulheres residentes da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil, 2007-2010.

Autoras: Maria Isabel do Nascimento; Gina Torres Rego Monteiro

6.3.1 Resumo

O objetivo do estudo foi estimar a magnitude da associação entre o histórico de realização do Teste de Papanicolaou e o desfecho câncer do colo do útero (CCU) em mulheres residentes na Baixada Fluminense. Foi realizado um estudo caso-controle de base hospitalar com participantes selecionadas entre janeiro de 2007 e agosto de 2010 em uma unidade de saúde pertencente ao Sistema Único de Saúde do Brasil. O estudo incluiu 152 casos incidentes de CCU histologicamente confirmados e 169 controles pareados por frequência de idade e de município de residência dos casos. As exposições foram analisadas de acordo com um modelo conceitual que abarcou três níveis hierárquicos com os aspectos socio-demográficos no nível distal e as variáveis sexuais e reprodutivas e de estilo de vida no nível intermediário do modelo conceitual. A regressão logística não condicional foi empregada para estimar as razões de chances brutas e ajustadas pelos potenciais fatores de confundimento. Embora o efeito de um ou dois exames tenha sido estatisticamente não significativo, nossos resultados revelaram que três ou mais Testes de Papanicolaou pode diminuir a estimativa de risco de CCU em torno de 84% (OR 0,16; IC 95%: 0,073; 0,379) comparando com mulheres que não fizeram exames, depois do ajustamento pelas variáveis socio-demográficas (status marital e anos de estudo), sexuais e reprodutivas (idade da primeira relação sexual, paridade e número de parceiros sexuais) e de pareamento. O estudo mostrou que as diferenças na utilização do Teste de Papanicolaou persistem na BF e estão associadas ao desenvolvimento do CCU, sugerindo que mais atenção deve ser dada para a melhoria da coleta dos esfregaços e para qualidade do processamento laboratorial dos exames.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Neoplasias do Colo do Útero; Teste de Papanicolaou; Estudo Caso-controle.

6.3.2 Abstract

The objective of this study was to estimate the magnitude of the association between Papanicolaou smears histories and invasive cervical cancer outcome in women residents in the Baixada Fluminense. A hospital-based case-control study was carried out in a hospital unit of the Brazilian Public Health System (SUS), from January 2007 to August 2010 with 152 histologically confirmed invasive cases and 169 controls frequency-matched to cases by age and municipalities. The expositions were analysed according to a conceptual model which comprised three hierarchical levels, with the socio-demographic aspects at the distal level, the reproductive characteristics and lifestyle factors at the intermediary level. Pap tests performed beyond 36 months of diagnosis/interview date were analysed at the proximal level. Unconditional logistic regression was used to estimate odds ratios crude and adjusted for potential confounders. Although the effect of one or two tests has been statistically not significant, our results revealed that three or more Pap tests may decrease the risk estimated of cervical cancer by about 84% (OR 0.16; CI 95%: 0.073; 0.379) comparing with non-screened women, after adjustment by socio-demographic variables (marital status, years of schooling), reproductive characteristics (age at first sexual intercourse, parity, number of sexual partners), and the matched variables. The study showed that the differences in the use of the Pap test remain in the Baixada Fluminense and are associated to cervical cancer development, suggesting that more attention should be given to improving the smears collecting and increasing the quality of the laboratorial processing of the exams.

Keywords: Health Services Accessibility; Uterine Cervical Neoplasms; Pap Smears; Case-Control Studies.

6.3.3 Introdução

Dentre as neoplasias de origem ginecológica, o câncer do colo do útero (CCU) é a que apresenta as maiores possibilidades para prevenção, detecção precoce e cura (Sankaranarayanan & Ferlay, 2006). Entretanto, o CCU foi o terceiro mais comum em mulheres no ano de 2008, no mundo, com 85% da carga global ocorrendo em regiões menos desenvolvidas (Ferlay *et alii*, 2010). Esta distribuição, considerada desproporcional, tem sido atribuída, principalmente à falta de recursos para incrementar programas de rastreamento nos países em desenvolvimento (Thun *et alii*, 2010).

Na maior parte do mundo, o teste de Papanicolaou (TP) ainda é a principal ferramenta para o rastreamento de massa das lesões cervicais, embora atualmente haja outros recursos disponíveis (Safaeian & Solomon, 2007). O exame consiste de uma seqüência de processamentos laboratoriais cuja principal finalidade é identificar, nas células esfoliadas do colo uterino, alterações suspeitas de transformação neoplásica. Com a sua utilização nas regiões mais desenvolvidas, tem-se obtido substancial redução do número de casos novos e de óbitos por CCU (International Agency for Research on Cancer. *CANCERmondial: all cancers - excluding non-melanoma skin cancer - incidence, mortality worldwide in 2008*. Globocan, 2008 - cancer fact sheet. <http://globocan.iarc.fr//factsheets/cancers/all.asp> - acessado em 31/Out/2010). Mas, na América Latina, por exemplo, o padrão continuamente elevado das taxas de incidência e mortalidade pode ser atribuído à prevalência de fatores de risco da doença e/ou a cobertura insuficiente dos programas de rastreamento (Eluf-Neto & Nascimento, 2001).

No Brasil, com a implantação na década de 1990 do Programa Viva Mulher, foram ampliados os recursos para o controle deste câncer, permanecendo o protocolo de rastreamento baseado na demanda espontânea e no uso do TP (Instituto Nacional de Câncer, 2002). Em relação à periodicidade, a recomendação é que o exame seja repetido a cada três anos após a realização de dois exames consecutivos com intervalo de um ano e com resultados negativos. Com políticas de rastreamento baseadas em coletas citológicas a cada três anos e faixa etária de 25 a 64 anos, pode-se alcançar até 90% de redução na incidência da doença, supondo que o protocolo tenha sido rigorosamente cumprido (IARC Working Group on Evaluation of Cervical Cancer Screening Programmes, 1986).

Dados de representatividade nacional sugerem que a proporção de mulheres da população geral que faz uso do exame está aumentando (Viacava, 2010), possivelmente em resposta as ações programáticas implantadas no Brasil. Na Baixada Fluminense (BF)

– área integrante da Região Metropolitana do Rio de Janeiro – o TP tem sido disponibilizado na rede pública de saúde, além do que a prevalência da infecção pelo HPV parece ser mais baixa do que as que têm sido estimadas em outras regiões do país (Girianelli *et alii*, 2010). Contudo, se presencia a ocorrência contínua de casos novos de CCU na região e se desconhece qual a contribuição do TP na redução do número destes casos. Considerando algumas características sócio-demográficas e antecedentes relacionados ao risco deste câncer, este estudo teve como objetivo estimar o efeito do histórico de realização do TP no desfecho CCU em mulheres residentes na BF.

6.3.4 Material e métodos

Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo caso-controle de base hospitalar, com participantes selecionadas no período de janeiro de 2007 a agosto de 2010, no Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI), unidade integrante da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Área e População de estudo

O território de abrangência Regional Baixada Fluminense é composto por doze municípios (Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti, Paracambi e Seropédica), com população estimada em 1.200.000 mulheres em idade fértil (Ministério da Saúde / Informações em saúde / Indicadores de saúde - Cadernos de Informações de saúde – versão maio de 2010 - Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rj.htm>, acessado em 15/11/2010). O Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios variou de 0,724 (Japeri) a 0,788 (Nilópolis), em 2000.

Os casos são mulheres com diagnóstico de CCU confirmado por histopatologia e codificado como C53 pelo Código Internacional de Doenças (CID10) (Organização Mundial de Saúde), atendidas entre 01 de janeiro de 2007 e 31 de agosto de 2010, no HGNI. Os critérios de inclusão foram: idade entre 25 e 69 anos e residência em município da BF por tempo não inferior a 36 meses. Foram critérios de exclusão:

história pregressa de câncer, estágios terminais de doença e problemas de saúde mental impeditivos de responder as perguntas do questionário.

Os controles foram selecionados entre as acompanhantes de pacientes internados nas enfermarias de clínicas de adultos no mesmo hospital. No HGNI, acompanhantes são mulheres devidamente autorizadas a fornecer cuidados e permanecer ao lado do paciente durante o período de hospitalização. Os critérios de inclusão também foram idade (25 a 69 anos) e tempo de residência em município da BF (não inferior a 36 meses). O antecedente de histerectomia, o fato de nunca ter mantido relação sexual (mulheres virgens), a história pregressa de câncer ginecológico e problemas de saúde mental impeditivos de responder as perguntas do questionário foram os critérios de exclusão dos controles.

Para controlar o potencial confundimento de condições sócio-ambientais não diretamente contempladas no estudo, a seleção dos controles levou em consideração a idade e o município de residência dos casos, na data da entrevista/diagnóstico. A estratégia usada foi a frequência de casos diagnosticados durante os últimos quatro anos que precederam o início do recrutamento, considerando cinco faixas etárias (25-29, 30-39, 40-49 50-59 e 60-69 anos) combinadas com três grupos de municípios da BF formados segundo a proximidade geográfica entre eles, como segue: ([i] Nova Iguaçu, Duque de Caxias e Magé; [ii] Queimados, Seropédica, Japeri, Paracambi e Itaguaí; [iii] Belford Roxo, Nilópolis, Mesquita e São João de Meriti).

Modelo conceitual hierárquico

Postulando-se que existe uma relação de influências entre as covariáveis, a exposição principal e o desfecho de interesse, o estudo foi desenvolvido tendo como base um modelo teórico conceitual estruturado em níveis hierárquicos (Victora *et alii*, 1997), esquematicamente apresentado na Figura 1.

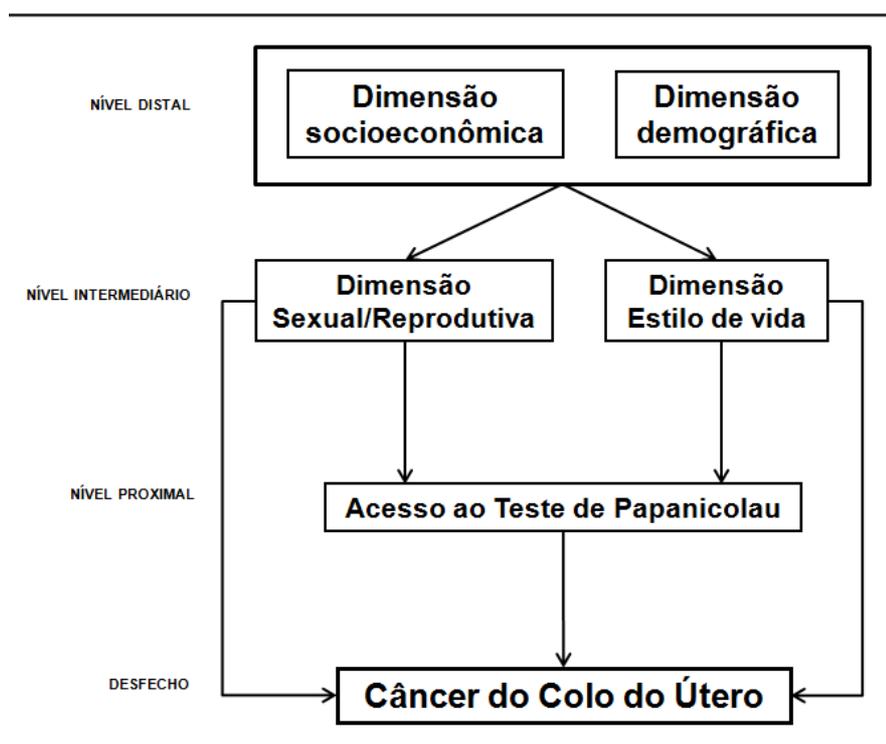


Figura 1: Modelo Teórico Conceitual

Com base na literatura, as variáveis candidatas foram inicialmente selecionadas e agrupadas para representar as dimensões especificadas para a composição dos níveis hierárquicos. Baseados no fato de que as desigualdades sociais são condições consistentemente relacionadas ao risco de CCU (Palacio-Mejia *et alii*, 2003; Parikh *et alii*, 2003), quatro variáveis foram examinadas para a composição do nível distal. A dimensão socioeconômica foi representada pela escolaridade, analisada segundo o número de anos de estudo categorizados (nenhum versus 1 ano ou mais); a renda familiar percebida mensalmente em salários mínimos (SM) agrupados em duas categorias (sem renda/renda até < 2 SM versus 2 ou mais SM) e a situação conjugal analisada comparando as mulheres casadas ou que viviam com companheiro, com as demais que referiram ser solteiras, viúvas ou separadas/divorciadas (casadas versus não-casadas). Tendo em vista a relação da cor da pele com a realização do teste de Papanicolaou (Pinho & França-Junior, 2003; Quadros *et alii*, 2004) e com a mortalidade por CCU (Mendonça *et alii*, 2008), ela foi escolhida para representar a dimensão demográfica, junto aos aspectos socioeconômicos no nível distal. Considerando a informação fornecida pela mulher que se autocalificou como branca ou parda ou negra, a variável foi dicotomizada (não-branca versus branca).

Alguns fatores relacionados ao risco de CCU (Jiménez-Pérez, *et alii*, 1999; Hernández-Avila *et alii*, 1998; Eluf-Neto *et alii*, 1994) foram examinados como candidatos ao nível intermediário. Para representar a dimensão sexual/reprodutiva foram testadas como variáveis contínuas, a idade da menarca e a da primeira relação sexual. As demais variáveis foram categorizadas como segue: a idade da primeira gestação (< 20 e \geq 20 anos); a paridade (nulípara ou 1 filho, 2 ou 3, 4 ou 5 e 6 ou mais); o número de parceiros sexuais ao longo da vida (2 e mais parceiros versus 1); o antecedente de aborto (sim/não) e o de parto domiciliar (sim/não). Postulando-se que os hábitos das pessoas são determinados pelas condições socioeconômicas e demográficas, o uso de pílula anticoncepcional (ACO) e o de tabaco foram examinados como candidatos à dimensão estilo de vida, também componente do nível intermediário. O uso de ACO foi dicotomizado (sim/não) e considerando o antecedente de fumar ou ter fumado, em média um cigarro – ou equivalente em charuto ou cachimbo – diariamente, pelo menos por um ano, o uso de tabaco foi analisado segundo as categorias: não-fumante, ex-fumante e fumante. Os pontos de corte das variáveis ordinais foram definidos tendo como base a literatura e a avaliação da linearidade da variação do logaritmo da chance do desfecho em relação os níveis propostos para as variáveis ordinais.

Com a expectativa de determinar o efeito do TP no desfecho CCU, controlando o potencial confundimento dos representantes dos níveis superiores do modelo teórico conceitual, o acesso prévio ao TP, exposição principal deste estudo, compôs o nível proximal, sendo os históricos de exames realizados além dos 36 meses da data da entrevista/diagnóstico, distribuídos em três categorias (nenhum, 1 ou 2 e 3+ exames).

Instrumentos e coleta de dados

Após a formulação do convite e a obtenção do consentimento informado, a coleta de informações foi realizada por entrevista orientada por um questionário padronizado em blocos que abordavam aspectos sócio-demográficos, sexuais e reprodutivos, de estilo de vida e de acesso ao TP. Este último bloco foi previamente utilizado em inquérito realizado no Brasil pelo Instituto Nacional de Câncer (2004), sendo que três das questões nele contidas nortearam as definições de acesso ao TP utilizadas no presente estudo.

Com a pergunta (i) “A Senhora alguma vez, fez exame preventivo?”, foi definido o acesso na vida (sim/não). Tomando-se como referência o ponto de corte de 36 meses da entrevista (Somkin *et alii*, 2004) e as questões (ii) “Em toda a sua vida,

quantos exames preventivos a Senhora fez?” e (iii) “Quantos exames preventivos a Senhora fez nos últimos três anos?” foram delimitados o acesso recente (número de exames realizados nos últimos 36 meses da entrevista/diagnóstico, distribuídos nas categorias nenhum, 1 ou 2 e 3+ exames) e o acesso prévio (número de exames realizados além dos 36 meses da entrevista/diagnóstico distribuídos nas categorias nenhum, 1 ou 2 e 3 + exames). Uma questão sobre a realização do último exame foi usada para classificar se ele foi feito por rotina (sim/não) e outra se ele foi feito em unidade do SUS (sim/não).

Outros três instrumentos propostos por Somkin *et alii* (2004) para captar a experiência das mulheres com a realização do TP também foram aplicados. A entrevista ocorreu em local reservado, de modo a garantir o anonimato e a confidencialidade das informações coletadas. Alguns procedimentos estabelecidos para os casos (realização de biópsia, exames laboratoriais e estadiamento clínico) seguiram o protocolo do hospital. As coletas específicas do estudo foram feitas imediatamente após a entrevista.

Tendo em vista a importância de distinguir o ato de realizar o TP de outros exames pélvicos (Eluf-Neto *et alii*, 1994), antes de fazer as perguntas acima mencionadas, um esclarecimento foi lido para explicitar do que se tratava o teste. Com o propósito de melhorar a validade destas informações autorreportadas, a colaboração das participantes foi solicitada, em termos de disponibilizar pelo menos um dos laudos dos preventivos realizados.

Análise estatística

Empregou-se a regressão logística não condicional para estimar as medidas de efeito (Szklo & Nieto, 2000). Primeiramente, foram calculadas as *odds ratios* (OR) brutas, sendo consideradas para análises posteriores as variáveis com valor de $p \leq 0,25$ (Mickey & Greenland, 1989). A seguir, a modelagem foi implementada obtendo-se OR ajustadas por variáveis da mesma dimensão e/ou nível hierárquico. As variáveis com valor de $p \leq 0,25$ ou que quando retiradas do modelo provocaram variação de pelo menos 10% na OR de outras variáveis da dimensão ou do nível em construção foram selecionadas como fator de confusão e incluídas na análise multivariada. Tendo como base o modelo teórico conceitual, as variáveis remanescentes foram testadas na modelagem hierárquica, começando pelo nível mais distal, obtendo-se OR ajustadas pelas variáveis do mesmo nível e do nível superior e não para os possíveis fatores de mediação (Victora *et alii*, 1997). As variáveis remanescentes características da

dimensão estilo de vida foram testadas na modelagem hierárquica depois da avaliação das representantes distais e da dimensão sexual/reprodutiva. A composição do modelo final foi baseada no critério do valor de $p < 0,10$ e na variação de pelo menos 10% nas estimativas das OR de outras variáveis após a retirada do suposto fator de confusão do modelo. Todas as análises foram ajustadas pelas variáveis de pareamento (Szklo & Nieto, 2000; Schlesselman, 1982). A idade entrou na modelagem como variável contínua e o município de residência segundo os subgrupos descritos acima, sendo a categoria de referência formada por Nova Iguaçu, Duque de Caxias e Magé.

Amostragem

O tamanho da amostra foi calculado considerando a precisão de 95%, o poder estatístico de 80%, uma estimativa de risco relativo (*odds ratio*) de 2,0 e a relação de um controle por caso. Tendo em vista a prevalência de 33% de realização do TP no Sistema Único de Saúde (SUS) do Rio de Janeiro, período 2002-2003 (Instituto Nacional de Câncer, 2004), foi prevista uma amostra de pelo menos 148 casos e 148 controles. Os dados foram analisados com o uso do programa estatístico Stata 10.0 (Stata Corp. College Station, Estados Unidos).

No período de estudo, 169 mulheres com diagnóstico histopatológico de CCU atendidas no HGNI preencheram os critérios de inclusão. Foram excluídos sete (4,1%) casos, sendo cinco internados em fase terminal e dois por doença psiquiátrica. Ocorreram dez perdas (5,9%), correspondendo a sete casos que foram a óbito antes da entrevista e três recusas. Dos 179 controles selecionados, foram excluídas quatro (2,2%) com antecedente de histerectomia total e foram perdidas seis (3,4%). Das participantes do grupo controle efetivamente entrevistadas (169), 54 (32%) foram recrutadas na Clínica Médica, 32 (18,9%) na Cirurgia Geral, 32 (18,9%) na Ortopedia, 32 (18,9%) na Ginecologia, 11 (6,5%) na Maternidade e 7 (4,1%) na Neurocirurgia. Houve perda desta informação para 1 controle (0,6%). A população de estudo foi constituída por 152 casos e 169 controles.

Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelos comitês de ética do HGNI (parecer: 013/2006) e da ENSP/FIOCRUZ (parecer: 109/2009). As participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

6.3.5 Resultados

Dos 152 casos, 143 (94,1%) apresentaram doença invasora e 9 (5,9%) microinvasora. Predominou a histopatologia de carcinoma de células escamosas (90,1%), seguida de adenocarcinoma (7,9%), carcinoma adenoescamoso (1,3%) e carcinoma indiferenciado (0,7%).

A idade dos casos variou de 25 a 68 anos, com média de 47,3 anos e desvio padrão (dp) de 10,3 e a dos controles de 25 a 67 anos, com média de 46,6 anos e dp de 10,8. A média de tempo de residência na BF foi de 33,2 (5 a 64) anos para os casos e de 36,2 (3 a 67) anos para os controles. Cerca de 58,6% (IC 95%: 50,3% - 66,5%) dos casos e 69,8% (IC 95%: 62,3% - 76,6%) dos controles referiram ocupação como donas de casa. A proporção de casos e controles que referiu renda familiar ≥ 5 SM foi 1,9% versus 2,4% e não possuir renda foi 5,9% versus 4,7%, respectivamente e estatisticamente não significativas.

Analisando a escolaridade o estudo mostrou diferenças estatisticamente significativas, sendo a média de anos de estudo dos casos de 4,4 anos (sd = 3,4) e a dos controles 5,8 anos (sd = 3,6), com o valor de $p = 0,0004$. Cerca de 18,4% (IC 95%: 12,6%; 25,5%) dos casos e 8,2% (IC 95%: 4,6%; 13,5%) dos controles nunca frequentaram a escola ($p = 0,009$). Apenas uma participante (controle) referiu mais de 12 anos de estudo.

Das duas variáveis contínuas candidatas à dimensão sexual/reprodutiva do nível intermediário, somente a idade da primeira relação apresentou diferença de médias estatisticamente significativa, sendo que os casos se iniciaram sexualmente mais precocemente (16,8 anos; dp: 2,5 anos) que os controles (18,5 anos; dp: 3,8 anos). A distribuição das variáveis candidatas a composição dos níveis hierárquicos está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis categóricas candidatas à composição dos níveis do modelo hierárquico: estudo caso-controlado de câncer do colo do útero na Baixada Fluminense, 2007-2010.

Nível/Dimensão/Variável	Totais	Casos	Controles	valor de p
	(n = 321)	(n = 152)	(n = 169)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Nível distal				
Dimensão Socioeconômica				
Anos de estudo				0,007
Nenhum	42 (13,1)	28 (18,4)	14 (8,3)	
1 ou +	279 (86,9)	124 (81,6)	155 (91,7)	
Renda familiar (em SM [‡])				0,728
Sem renda a < 2 SM	218 (68,1)	105 (69,1)	113 (67,3)	
2 SM ou +	102 (31,9)	47 (30,9)	55 (32,7)	
Situação conjugal				0,019
Casada/Unida				
Sim	207 (64,5)	88 (57,9)	119 (70,4)	
Não	114 (35,5)	64 (42,1)	50 (29,6)	
Dimensão demográfica				
Cor da pele auto-referida				0,176
Não branca	225 (70,1)	101 (66,5)	124 (73,4)	
Branca	96 (29,9)	51 (33,5)	45 (26,6)	
Nível Intermediário				
Dimensão Sexual/Reprodutiva				
Idade da primeira gestação*				0,001
< 20 anos de idade	174 (54,4)	98 (64,5)	76 (45,2)	
≥ 20 anos	146 (45,6)	54 (35,5)	92 (54,8)	
Paridade				0,000
Nenhum ou 1 filho	48 (15,0)	13 (8,6)	35 (20,7)	
2 ou 3 filhos	141 (43,9)	59 (38,8)	82 (48,5)	
4 ou 5 filhos	70 (21,8)	40 (26,3)	30 (17,8)	
6 ou mais filhos	62 (19,3)	40 (26,3)	22 (13,0)	
Número de parceiros sexuais na vida				0,000
2 ou mais parceiros	236 (73,5)	126 (82,9)	110 (65,1)	
1 parceiro	85 (26,5)	26 (17,1)	59 (34,9)	
Antecedente de aborto				0,191
Sim	119 (37,1)	62 (40,8)	57 (33,7)	
Não	202 (62,9)	90 (59,2)	112 (66,3)	
Parto domiciliar				0,058
Sim	58 (18,1)	34 (22,4)	24 (14,2)	
Não	263 (81,9)	118 (77,6)	145 (85,8)	
Dimensão Estilo de Vida				
Uso de ACO ^{‡‡} na vida				0,014
Sim	234 (72,9)	101 (66,5)	133 (78,7)	
Não	87 (27,1)	51 (33,5)	36 (21,3)	
Uso de tabaco				0,308
Não fumante	177 (55,1)	77 (50,7)	100 (59,2)	
Ex-fumante	62 (19,3)	32 (21,0)	30 (17,7)	
Fumante	82 (25,6)	43 (28,3)	39 (23,1)	

*Análise realizada com 320 observações. ‡SM = salário mínimo; ‡‡ACO = anticoncepcional oral.

Verificou-se que a maioria (92,2%) das mulheres fez o TP na vida. A contagem de exames variou de zero a 30. Cerca de 30% delas estavam há mais de 36 meses sem realizar o teste. Relacionando as histórias de exames realizados e o CCU, observou-se diferenças estatisticamente significativas nas proporções, sugerindo que os grupos diferem segundo os padrões de acesso e o motivo que levou a realização do último exame reportado (Tabela 2).

Tabela 2. Padrão de acesso e uso do teste de Papanicolaou, estudo caso-controle de câncer do colo do útero na Baixada Fluminense, 2007-2010.

Variável	Casos	Controles	χ^2	valor de p*
	(n = 152)	(n = 169)		
	n (%)	N (%)		
Acesso alguma vez na vida				
Sim	136 (89,5)	160 (94,7)	3,0141	0,083
Não	16 (10,5)	9 (5,3)		
Acesso recente (dentro 36 meses)				
Sim	110 (72,4)	112 (66,3)	1,3943	0,238
Não	42 (27,6)	57 (33,7)		
Nenhum	42 (27,6)	57 (33,7)	8,0778	0,018
1 ou 2 exames	87 (57,2)	71 (42,0)		
3 a 5 exames	23 (15,1)	41 (24,3)		
Acesso prévio (além de 36 meses)				
Sim	116 (76,3)	157 (92,9)	17,3057	< 0,0001
Não	36 (23,7)	12 (7,1)		
Nenhum	36 (23,7)	12 (7,1)	36,5417	<0,0001
1 ou 2 exames	49 (32,2)	28 (16,6)		
3 ou mais	67 (44,0)	129 (76,3)		
p de tendência = < 0,0001				
Último exame por rotina**				
Sim	55 (40,4)	119 (74,4)	34,9387	<0,0001
Não	81 (59,6)	41 (25,6)		
Último exame realizado pelo SUS**§				
Sim	106 (77,9)	113 (70,6)	2,0445	0,153
Não	30 (22,1)	47 (29,4)		

*Valor de p estatisticamente significativo no nível < 0,05

**Corresponde a 296 observações com acesso ao exame.

§SUS = Sistema Único de Saúde

Com a análise não-ajustada, a idade da menarca e a renda familiar foram eliminadas (valor de $p > 0,25$). O antecedente de aborto, o parto domiciliar e a idade da primeira gestação perderam significância estatística no ajustamento da dimensão sexual/reprodutiva e na população estudada não constituíram fatores de confusão. O uso de ACO e de tabaco, representantes do estilo de vida, tiveram valor de $p < 0,25$ e permaneceram na análise hierárquica para controle do confundimento. A tabela 3 mostra os resultados obtidos com a análise bruta e em cada nível hierárquico.

Tabela 3 - Associação das variáveis candidatas e CCU[‡]: *odds ratios* brutas e ajustadas por nível hierárquico, estudo caso-controle de CCU na Baixada Fluminense, 2007-2010.

Nível/Dimensão/Variável	OR _b [*]	Valor de p	IC (95%)	OR _{aj} ^{**}	Valor de p	IC ^{***} (95%)
Nível distal						
Dimensão Socioeconômica						
Anos de estudo						
≥ 1 anos	1			1		
Nenhum	2,52	0,011	1,235;5,151	2,66	0,008	1,292;5,513
Renda familiar (em SM^{‡‡})						
renda ≥ 2 SM	1			X	x	X
sem renda a < 2 SM	1,09	0,694	0,684;1,767			
Situação conjugal						
Casada/Unida						
Não	1			1		
Sim	0,58	0,026	0,366;0,937	0,55	0,017	0,344;0,899
Dimensão demográfica						
Cor da pele auto-referida						
Branca	1			1		
Não branca	0,71	0,171	0,441; 1,155	0,67	0,107	0,407;1,091
Nível intermediário						
Dimensão Sexual/Reprodutiva						
Idade da menarca						
	1,05	0,363	0,937;1,191	X	x	X
Idade da primeira relação						
	0,82	0,000	0,759; 0,892	0,87	0,005	0,803;0,961
Idade da primeira gestação						
≥ 20 anos	1			1		
< 20 anos	2,35	0,000	1,477;3,753	1,29	0,396	0,711;2,359
Paridade						
Nenhum ou 1 filho	1			1		
2 ou 3 filhos	1,96	0,067	0,953;4,038	1,38	0,400	0,646;2,984
4 ou 5 filhos	3,74	0,001	1,676;8,352	2,60	0,028	1,106;6,104
6 ou mais filhos	5,32	0,000	2,261;12,531	2,80	0,032	1,095;7,174
Parceiros sexuais na vida						
1 parceiro	1			1		
2 ou + parceiros	2,80	0,000	1,632;4,810	2,30	0,005	1,284;4,139
Antecedente de aborto						
Não	1			1		
Sim	1,34	0,211	0,845;2,143	0,93	0,789	0,556; 1,561
Parto domiciliar						
Não	1			1		
Sim	1,73	0,081	0,933;3,216	0,91	0,803	0,434;1,906
Dimensão Estilo de Vida						
Uso de ACO^{‡‡‡} na vida						
Não	1			1		
Sim	0,54	0,020	0,329;0,908	0,52	0,015	0,316;0,882
Hábito de fumar						
Não fumante	1			1		
Ex-fumante	1,41	0,257	0,777; 2,569	1,52	0,172	0,831;2,801
Fumante	1,44	0,173	0,850; 2,458	1,47	0,157	0,861;2,515
Nível proximal						
Papanicolaou além de 36 meses						
Nenhum exame	1			.	.	.
1 ou 2 exames	0,58	0,195	0,261; 1,314	.	.	.
3 ou mais	0,17	0,000	0,084; 0,359	.	.	.

*OR_b - *odds ratio* bruta; **OR_{aj} - *odds ratio* ajustada; ***IC 95% - intervalo de confiança de 95%.

p-valor: estatisticamente significativo no nível < 0,05 e critério de seleção < 0,25.

‡CCU: câncer do colo do útero; ‡‡SM: salários mínimos; ‡‡‡ACO: anticoncepcional; "." não aplicável.

A modelagem hierárquica foi conduzida testando as variáveis remanescentes (cor da pele, anos de estudo, situação conjugal, idade da primeira relação, paridade, parceiros sexuais na vida, uso de ACO e de tabaco) como potenciais fatores de confusão da relação do TP e o desfecho CCU. A cor da pele, o uso do tabaco e de ACO não se mostraram fatores de confusão e foram eliminadas nesta etapa da análise. Compuseram o modelo final, com significância estatística, o relato de três exames de Papanicolaou ou mais do acesso prévio comparado com nenhum exame, a condição de casada/unida, a idade da primeira relação (variável contínua), a paridade e o número de parceiros sexuais na vida. Depois do ajustamento, a variável anos de estudo permaneceu no modelo como fator de confusão da relação histórico de TP e o desfecho CCU. (Tabela 4).

Tabela 4 - Associação entre o acesso prévio ao teste de Papanicolaou e o câncer do colo do útero, considerando as variáveis componentes do modelo hierárquico, estudo caso-controle de câncer do colo do útero na Baixada Fluminense, 2007 -2010.

Nível/Variável	Modelo Final	
	OR aj*	IC** (95%)
Nível distal		
Anos de estudo		
Nenhum	1,00	0,426;2,374
Situação Conjugal		
Casada/unida	0,51	0,294;0,896
Nível intermediário^a		
Idade da primeira relação ***	0,87	0,786;0,958
Número de parceiros sexuais		
2 ou +	1,97	1,038;3,761
Paridade		
Nenhum ou 1 filho	1	
2 ou 3 filhos	2,40	1,019; 5,679
4 ou 5 filhos	3,86	1,474; 10,104
6 filhos ou mais	3,42	1,199; 9,754
Nível proximal^b		
Papanicolaou além de 36 meses		
Nenhum exame	1	
1 ou 2 exames	0,67	0,275; 1,638
3 exames ou mais	0,16	0,073; 0,379

*OR_{aj} - Odds Ratios ajustadas: ^a pelo nível distal, ^b pelos níveis distal e intermediário.

IC (95%) - intervalos de confiança de 95%; * analisada como variável contínua.

A inclusão dos termos multiplicativos não evidenciou modificação de efeito na relação do histórico de teste de Papanicolaou e CCU, segundo os níveis das demais

variáveis independentes. Pela estatística Hosmer-Lemeshow (Hosmer & Lemeshow, 2000) o modelo foi adequadamente ajustado com o valor de $p = 0,1270$.

6.3.6 Discussão

O estudo mostrou que as mulheres não casadas, com mais de um filho, que tiveram mais de um parceiro e que subutilizaram o TP apresentaram maior estimativa de risco de desenvolver o CCU. Verificou-se que na BF, em que pese as ações implementadas para controle do CCU, ainda há mulheres na situação de nunca rastreadas ou com exames atrasados, enquanto outras fizeram mais exames do que seria esperado, possivelmente em reflexo a estratégia de rastreamento baseada na demanda espontânea.

Observando o padrão de acesso recente, o estudo mostrou que as participantes realizaram até cinco exames nos últimos 36 meses, circunstâncias que estão sinalizando para a distribuição irregular de exames (Pinho *et alii*, 2003), para a sobrecarga do sistema (Quadros *et alii*, 2004) e para o consumo desnecessário de recursos (Eluf-Neto & Nascimento, 2001). Também, chamou a atenção o fato de que a proporção de casos que fizeram um ou dois exames foi maior que a dos controles. Tais achados podem ter relação com as necessidades percebidas pelo profissional ou pela paciente. De um lado, existe a possibilidade do profissional de saúde solicitar um exame eminentemente de rastreamento com finalidade diagnóstica (Pinho *et alii*, 2003). Por outro lado, diante da necessidade, também é a paciente que, por razões pessoais, toma a decisão de buscar o cuidado e solicitar o recurso (Donabedian, 1973). Às vezes, o exame é repetido para confirmar um resultado que foi, em princípio, questionado. Porém, são as queixas ginecológicas que muitas vezes motivam a busca pelo exame (Pinho *et alii*, 2003) e no presente estudo, isto pode ter ocorrido com as mulheres que já estavam doentes.

No México, os resultados de um estudo caso-controle mostraram que 43% das mulheres participantes de rastreamento reportaram pelo menos um sintoma (Lazcano-Ponce *et alii*, 1993). As alterações macroscópicas do colo uterino, os episódios hemorrágicos e as leucorréias sanguinolentas mostraram-se associados ao tumor invasivo com oportunidade curativa reduzida. Outro estudo, também realizado no México (Hernández-Avila *et alii*, 1998), evidenciou a OR de 0,38 (IC 95%: 0,28; 0,52), ao comparar o relato de ter e não ter se submetido ao teste, desconsiderando os exames realizados nos doze meses precedentes à entrevista, assumindo que eles tinham sido

feitos com finalidade diagnóstica. Sem distinguir o propósito do exame, o efeito protetor foi atenuado (OR 0,76; IC 95%: 0,59; 0,98), sugerindo que a inclusão indiscriminada de exames realizados com finalidade de rastreio e/ou diagnóstica pode subestimar a magnitude da OR.

Portanto, diante do propósito de estimar o efeito de um teste de rastreamento partindo de casos de câncer, a possibilidade de distorção nas medidas produzidas pela auto-seleção das mulheres que se apresentam para se submeter aos exames não deve ser negligenciada (Weiss & Rossing, 1996). Para enfrentar o problema, uma estratégia é desconsiderar aqueles que foram feitos dentro de um determinado período de tempo (Weiss, 2003). No caso do CCU, o período a desconsiderar deve ser longo o suficiente, de modo que a análise se restrinja à fase assintomática de doença e/ou de verdadeira lesão precursora, detectável por exame citopatológico (Weiss, 2003).

Também, se deve levar em conta que a história natural do CCU compreende um processo dinâmico que começa com as transformações intra-epiteliais podendo regredir, estacionar ou evoluir para câncer. Com dados do Registro de Câncer de Base Populacional da Suécia, Gustafsson & Adami (1989) observaram que a média de duração do carcinoma *in situ* (CIS) foi de 13,3 anos e da fase assintomática da doença invasiva foi 3,9 anos, totalizando 17,1 anos. No Brasil, Zeferino *et alii* (1998) estimaram em 12,5 anos a duração da lesão intra-epitelial escamosa de alto grau e de três anos a do carcinoma microinvasor. Segundo os autores, a diferença entre as médias de idade das mulheres com infecção por HPV e com CCU estágio III foi de 26,2 anos.

Assim, a redução de risco de desenvolver CCU desconsiderando os históricos de exames realizados dentro de três (Yang *et alii*, 2008), seis (Sasieni *et alii*, 1996) e de doze (Jiménez-Pérez, *et alii*, 1999) meses foi determinada agora com a ampliação do intervalo para 36 meses. Tomando o cuidado de não incluir na análise os exames recentes e enfocando o acesso prévio, a efetividade do TP foi evidenciada pela redução 84% na estimativa de risco de CCU para as mulheres que fizeram três exames ou mais comparando com nenhum, depois do ajustamento do modelo hierárquico. Estes achados são consistentes com um estudo realizado na cidade de São Paulo (Eluf-Neto *et alii*, 1994), o qual estimou a *odds* de 0,20 (IC 95%: 0,06; 0,62) para história de 3 a 5 exames e de 0,12 (IC 95%: 0,03; 0,41) quando se referiu 6 exames ou mais, comparando com nenhum exame.

O fato de casos e controles terem tido o acesso recente caracterizado pela realização de até cinco exames e de que o acesso prévio a um ou dois exames não

repercutiu em efeito com significância estatística na redução de risco de CCU sugere que há oportunidade para implementar melhorias no programa de controle de CCU na BF visando a qualidade da coleta e do processamento laboratorial dos exames, além de maior atenção ao cumprimento da periodicidade recomendada pelas normas brasileiras.

Além da contribuição do TP, o estudo mostrou a associação estatisticamente significativa do número de parceiros sexuais, da idade da primeira relação e da paridade com o CCU, como tem sido reportado em outros estudos epidemiológicos (Franceschi *et alii*, 2009; Hernández-Avila *et alii*, 1998). Entretanto, das variáveis socioeconômicas e demográficas, apenas a situação conjugal permaneceu com significância estatística no modelo final, sendo que as mulheres casadas apresentaram risco menor da doença. O controle do confundimento de condições sócio-ambientais foi feito implementando o pareamento por faixa etária e município de residência. Este procedimento pode ter tornado a população estudada de tal forma homogênea que algumas características pessoais como cor da pele não branca e a baixa renda familiar não configuraram fatores estatisticamente associados ao CCU. Mas, considerando que o nível de educação é um marcador importante das condições socioeconômicas (Franceschi *et alii*, 2009), vale ressaltar que no presente estudo, a associação da baixa escolaridade, inicialmente forte, desapareceu depois da introdução do histórico de TP na análise multivariada. Embora, tenha permanecido no modelo como fator de confusão, a suspeita é que o papel da baixa escolaridade pode estar sendo mediado pelo melhor acesso ao TP proporcionado pelo programa brasileiro, interpretação que para ser adequadamente avaliada requer o uso de outros métodos de análise estatística.

Tendo em vista que há tumores raros e difíceis de serem captados pela citologia e outros que podem crescer rapidamente (Janerich *et alii*, 1995), um modelo restrito aos casos com histologia de carcinoma escamoso (137/152) foi também ajustado. O efeito protetor do TP mudou discretamente para as categorias de 1 ou 2 exames (OR 0,56; IC 95%: 0,231; 1,389) e de 3 exames ou mais (OR 0,13; IC 95%: 0,059; 0,310), ao comparar casos e não-casos de câncer, sendo a referência nenhum exame.

O estudo tem limitações relacionadas principalmente à variável independente de interesse. Os históricos autorreportados (Rauscher *et alii*, 2008), a dificuldade de distinguir a coleta do TP de outros procedimentos ginecológicos (Eluf-Neto *et alii*, 1994) e a tendência a expressar um comportamento socialmente aceitável, com a submissão ao exame por mais vezes e em prazos mais atualizados (McPhee *et alii*, 2002) podem conduzir a erros de classificação. Procurou-se minimizar estes problemas

deixando clara a finalidade do teste, obtendo das participantes laudos escritos e desconsiderando da análise multivariada os históricos mais recentes. Os intervalos entre os exames e os motivos que justificaram a realização de todos eles eram também desconhecidos, além do que as variáveis relativas às barreiras institucionais de acesso não foram analisadas. Vale mencionar que, a despeito dos cuidados tomados para a coleta dos dados, a acurácia das informações concedidas não pôde ser totalmente garantida, tendo em vista o efeito do potencial viés de memória.

Entre as vantagens do estudo, pode-se considerar que o enfoque no histórico de exames realizados além de 36 meses, contribuiu para superar pelo menos duas questões. A primeira se refere ao viés da autosseleção previamente mencionado e relacionado às mulheres que somente procuram o exame na condição de doentes ou apresentando sintomas, fato que poderia estar mais evidente nos meses imediatamente precedentes a entrevista/diagnóstico. A segunda, diz respeito à possibilidade de não realização do TP no referido prazo, mas ainda em acordo com as normas brasileiras. Ou seja, algumas mulheres poderiam estar sendo adequadamente rastreadas e ter obtido dois exames negativos por dois anos consecutivos, podendo ser consideradas, relativamente dentro do prazo da realização do próximo teste, não configurando falha do programa e tampouco das mulheres. Também, o fato de ter utilizado como série referência mulheres com TP negativo para neoplasia no momento do recrutamento, acompanhantes de pacientes internados no HGNI, usando a estratégia de pareamento por idade e município de residência dos casos parece ter adequadamente contribuído para o controle de condições sócio-ambientais não diretamente contempladas no questionário.

Em suma, o estudo mostrou que as diferenças na utilização do TP na BF persistem e estão associadas ao desenvolvimento do CCU, sugerindo que mais ações são necessárias no sentido de reduzir o desperdício de recursos, de investir na qualidade dos exames e aumentar a credibilidade e a aderência das mulheres ao programa. Levando em conta, sobretudo, os obstáculos inerentes ao rastreamento baseado na demanda espontânea quando é difícil manter as mulheres alvo sob controle, devidamente identificadas pelo nome e seguindo a periodicidade recomendada, mais esforços são necessários para alcançar as mulheres que nunca foram rastreadas e manter no programa aquelas que já realizaram o exame.

6.3.7 Colaboradores

M. I. Nascimento foi responsável pela concepção, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. G. T. R. Monteiro colaborou na concepção do artigo, supervisionou a coleta de dados e a análise estatística e foi responsável pela revisão crítica do manuscrito.

6.3.8 Agradecimentos

As autoras agradecem ao Doutor Sergio Koifman pelas relevantes sugestões que tornaram possível a elaboração deste artigo.

6.3.9 Referências Bibliográficas

- Donabedian A. Aspects of medical care administration: the assessment of need. Cambridge: Harvard University Press, 1973.
- Eluf-Neto J, Nascimento CM. Cervical cancer in Latin América. *Semin Oncol* 2001; 28(2): 188-197.
- Eluf-Neto J, Booth M, Muñoz N, Bosch FX, Meijer CJ, Walboomers JM. Human papillomavirus and invasive cervical cancer in Brazil. *Br J Cancer* 1994; 69(1):114-9.
- Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: Globocan 2008. *Int J Cancer* 2010; june 17 (epub ahead of print).
- Franceschi S, Plummer M, Clifford G, Sanjose S, Bosch X, Herrero R et al. Differences in the risk of cervical cancer and human papillomavirus infection by education level. *Br J Cancer* 2009; 101(5): 865-70.
- Girianelli VR, Thuler LCS, Silva GA. Prevalência de HPV em mulheres assistidas pela Estratégia Saúde da Família na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010; 32(1):39-46.
- Gustafsson L, Adami HO. Natural history of cervical neoplasia: consistent results obtained by an identification technique. *Br J Cancer* 1989; 60(1): 132-41.
- Hernández-Avila M, Lazcano-Ponce EC, de Ruiz PA, Romieu I. Evaluation of the cervical cancer screening programme in Mexico: a population-based case-control study. *Int J Epidemiol* 1998; 27(3):370-6.
- Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. A Wiley_Interscience Publication, 2 second edition, 2000.
- IARC Working Group on Evaluation of Cervical Cancer Screening Programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. *Br Med J* 1986; 293(6548):659-64.
- Instituto Nacional de Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis: Brasil, 15 capitais

- e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2004.
- Instituto Nacional do Câncer. Viva Mulher: câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2002.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). [homepage on the internet]. Cancer Mondial: All cancers (excluding non-melanoma skin cancer) - Incidence, mortality worldwide in 2008). Globocan 2008 – cancer fact sheet. <http://globocan.iarc.fr//factsheets/cancers/all.asp> (acessado 31/10/2010).
- Janerich DT, Hadjimichael O, Schwartz PE, Lowell DM, Meigs W, Merino MJ et al. The screening histories of women with invasive cervical cancer, Connecticut. *Am J Public Health* 1995; 85(6): 791-4.
- Jiménez-Pérez M, Thomas DB. Has the use of pap smears reduced the risk of invasive cervical cancer in Guadalajara, México? *Int J Cancer* 1999; 82:804-809.
- Lazcano Ponce E, Rojas R, López Acuña MP, López Carrillo L, Hernández Ávila M. Factores reprodutivos y riesgo de câncer cervicouterino em mulheres de la ciudad de México. *Salud Pública Mex* 1993; 35:65-73.
- Ministério da Saúde. Informações em saúde. Indicadores de saúde. Cadernos de Informações de saúde – versão maio de 2010. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rj.htm> (acessado em 15/11/2010).
- McPhee SJ, Nguyen TT, Shema SJ, Nguyen B, Somkin C, Vo P et al. Validation of recall of breast and cervical cancer screening by women in an ethnically diverse population. *Prev Med* 2002; 35(5):463-473.
- Mendonça VG, Lorenzato FRB, Mendonça JG, Menezes TC, Guimarães MJB. Mortalidade por cancer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008; 30(5):248-55.
- Mickey RM, Greenland S. The impact of confounder selection criteria on effect estimation. *Am J Epidemiol* 1989; 129:125-137.
- Organização Mundial de Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima Revisão; São Paulo: EDUSP, 1997.
- Palacio-Mejia LS, Rangel-Gómez G, Hernández-Avila M, Lazcano-Ponce E. Cervical cancer, a disease of poverty: mortality differences between urban and rural areas in Mexico. *Salud Publica Mex* 2003; 45 (Supl 3):S315-25.
- Parikh S, Brennan P, Boffetta. Meta-Analysis of social inequality and the risk of cervical cancer. *Int J Cancer* 2003; 105(5): 687-91.
- Pinho AA & França-Junior I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2003; 3(1): 95-112.
- Pinho AA, França Junior I, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de TP no município de São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(Sup 2): S303-S313.
- Quadros CAT, Victora CG, Dias-da-Costa JS. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2004; 16(4):223-232.
- Rauscher GH, Johnson TP, Cho YIK, Walk JA. Accuracy of self-reported cancer-screening histories: a meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2008; 117(4):748-57.
- Sankaranarayanan R, Ferlay J. Worldwide burden of gynaecological cancer: the size of the problem. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006; 20(2):207-25.
- Safaeian M, Solomon D. Cervical cancer prevention – cervical screening: science in evolution. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007; 34(4):739-ix.

- Sasieni PD, Cuzick J, Lynch-Farmery E, The National Co-ordinating Network for Cervical Screening Working Group. *Br J Cancer* 1996; 73(8): 1001-1005.
- Schlesselman JJ. *Case-Control Studies: design, conduct, analysis*. Oxford: Oxford University Press, 1982
- Somkin CP, McPhee SJ, Nguyen T, Stewart S, Shema SJ, Nguyen B et al. The effects of access and satisfaction on regular mammogram and TP test screening in a Multiethnic population. *Med Care* 2004; 42(9): 914-926.
- Szklo M, Nieto FJ. *Epidemiology: beyond the basics*. Gaithersburg: Aspen Publication, 2000.
- Thun MJ, DeLancey JO, Center MM, Jemal A, Ward EM. The global burden of cancer: priorities for prevention. *Carcinogenesis* 2010; 31(1): 100-110.
- Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. *Radis comunicação em saúde* 2010; 96: 12-19.
- Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26(1): 224-7.
- Weiss NS. Adjusting for screening history in epidemiologic studies of cancer: why, when, and how to do it. *Am J Epidemiol* 2003; 157:957-961.
- Weiss NS, Rossing MA. Healthy screenee bias in epidemiologic studies of cancer incidence. *Epidemiology* 1996; 7(3):319-22.
- Yang B, Morrell S, Zuo Y, Roder D, Tracey E, Jelfs P. A case-control study of the protective benefit of cervical screening against invasive cervical cancer in NSW women. *Cancer Causes Control* 2008; 19(6): 569-76.
- Zeferino LC, Bedone AJ, Faúndes A, Oyakawa N. Duração da neoplasia intra-epitelial e do carcinoma invasor do colo uterino: estudo epidemiológico. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1998; 20(10): 565-569.

VII COMENTÁRIOS FINAIS

Na atualidade, estão disponíveis diferentes recursos para o controle do CCU no mundo, como por exemplo, os testes de identificação do tipo de HPV, as vacinas profiláticas contra esse vírus, além do teste de Papanicolaou. No Brasil, os testes baseados no DNA do HPV não são ainda recomendados na rotina dos serviços públicos de saúde. As vacinas chegaram atendendo à expectativa criada depois da identificação da etiologia viral do CCU, mas cobrem apenas dois tipos de HPV envolvidos no desenvolvimento da doença, a despeito de pelo menos quinze deles serem considerados oncogênicos para o aparelho genital feminino. Como a vacina é recomendada para uso na idade reprodutiva, em termos de segurança do paciente, o conhecimento sobre o seu potencial teratogênico ainda é limitado. Além disso, não se sabe, entre outras coisas, a duração da proteção conferida e se há necessidade de uso de dose de reforço.

O Ministério da Saúde do Brasil permanece investindo no rastreamento citológico convencional com o uso do teste de Papanicolaou. Segundo as recomendações internacionais, o exame deve continuar sendo realizado pelo menos até que as taxas de incidência e de mortalidade por CCU apresentem quedas que possam ser atribuídas ao uso da vacina. Assim, discussões de fatores como, por exemplo, o acesso e utilização do exame, apontados na literatura como associados ao CCU continuam pertinentes.

Com o sentido de estudar a contribuição do teste de Papanicolaou como fator associado ao CCU, esta pesquisa evoluiu, priorizando de um lado, a qualidade das medidas. A expectativa foi obter um instrumento validado para o uso no Brasil com abrangência em questões importantes para a aderência às recomendações de prevenção e controle do CCU. A nossa decisão foi pela implementação de três etapas do processo de adaptação transcultural do questionário utilizado por Somkin *et alii* (2004) na Califórnia, EUA. Este questionário é composto por quatro conjuntos, totalizando 29 itens que buscam captar a experiência das mulheres com a utilização de serviços de saúde quando necessitam realizar o teste de Papanicolaou.

No conjunto que abarca a satisfação com o último teste de Papanicolaou, alguns fatores que podem intimidar as mulheres e impedi-las de buscar por serviços de saúde são explorados, como por exemplo, a descortesia de profissionais de saúde, a insatisfação com a qualidade de todo o processo, em especial a que envolve a entrega dos resultados dos exames, com a burocracia e dificuldade de agendamento de consultas

e de atendimento nos serviços. A experiência de dor durante o exame e o constrangimento pela situação de exposição genital são questões pessoais também valorizadas, entre outras. As questões contempladas inquiram sobre problemas, dificuldades e barreiras que nós identificamos como importantes também no cenário brasileiro.

Um outro conjunto relacionado a características de acesso aos cuidados médicos aborda os facilitadores de entrada e uso de serviços de saúde que têm sido importantes para as mulheres que demandam por exames preventivos, como por exemplo: o atendimento médico nos doze meses precedentes, a disponibilidade de seguro de saúde, de serviço de saúde que normalmente procura e de médico de referência. Também fazem parte deste bloco o conhecimento do lugar que disponibiliza os exames e a possibilidade de ter arcado com os custos para realização deles, fato que para minorias configura um importante obstáculo, mesmo quando se conta com um sistema gratuito como o SUS. Os gastos com transporte, com medicamentos, com alimentação e com a retribuição a cuidadores que assumem sob sua guarda, os filhos de mulheres que saem em busca de atendimento são algumas das despesas que envolvem o processo de acesso aos cuidados médicos, não diretamente contemplados pelo financiamento do setor saúde vigente no Brasil.

O questionário tem outras duas questões de satisfação que perpassam por problemas frequentemente vivenciados em serviços de saúde, explorando a demora para conseguir marcar consulta e para ser atendido no dia em que ela é marcada.

Um último conjunto enfoca a relação médico-paciente e procura captar a frequência com que mulheres percebem determinados comportamentos dos médicos e, assim, obter uma medida do grau de satisfação apreendido em função dessa relação. A falta de tempo disponibilizado para as consultas e o desinteresse pelo problema de saúde são queixas comuns de usuário/as de serviços de saúde no Brasil, bem como a vivência de situações de desrespeito e de discriminação. Tais atitudes afastam a paciente dos serviços de saúde e podem repercutir negativamente no trabalho que vem sendo feito para trazê-las e mantê-las no programa de rastreamento, sobretudo se considerarmos o somatório de questões pessoais como as de intimidade, de falta de tempo e de recursos que também funcionam como entraves.

Com as etapas realizadas no artigo 1, pode-se dizer que o processo de adaptação avançou, mas não foi encerrado. Uma versão de consenso do questionário, apreciada por especialistas e pelas participantes do grupo focal foi disponibilizada para avaliação

em outros cenários de pesquisa e para implementação das etapas que sucedem o roteiro proposto por Herdman *et alii* (1998), adotado no presente estudo.

Em continuidade ao processo de adaptação do questionário, a opção foi analisar as propriedades psicométricas do ESPICMG, conjunto unidimensional cujo histórico indicava que as medidas de validade e de confiabilidade eram adequadas (Somkin *et alii*, 2004). Com o uso de métodos robustos como os descritos no artigo 2, o instrumento mostrou boas propriedades psicométricas, com exceção da validade discriminante. Embora, isto constitua um empecilho para a sua aplicação imediata no cenário da pesquisa de fundo em curso, nós continuamos acreditando no potencial do instrumento. A intenção agora é dar continuidade ao processo de adaptação primeiro revisando o fraseamento dos itens. Depois, se necessário, re-especificando o modelo, de modo a suprir a insuficiência processual impeditiva de testar a possibilidade de um fator de ordem superior ou a insuficiência de itens necessários para efetivamente discriminar duas ou mais dimensões. Por fim, voltar a campo e novamente reavaliar suas medidas psicométricas.

A outra prioridade desta pesquisa foi conduzida no artigo 3, com a determinação da contribuição do teste de Papanicolaou na redução do risco do CCU e a caracterização das mulheres que desenvolveram a doença. Considerando a homogeneidade da população estudada, em termos de características sócio-demográficas, os resultados mostraram que ainda não se extraiu do TP tudo que ele pode contribuir e enfatizaram que o perfil de risco daquela população é relacionado às características sexuais e reprodutivas, mas não as de estilo de vida decorrentes do uso de pílula anticoncepcional e de tabaco.

O fato do histórico de um ou dois exames não mostrar efeito estatisticamente significativo na redução da estimativa de risco de CCU reforça a necessidade de outros estudos para avaliar o impacto das ações destinadas a superar os motivos da não aderência ao teste de Papanicolaou já identificados no país e que possam contribuir para o fortalecimento do programa brasileiro.

Além das recomendações específicas de cada um dos artigos, nós também reforçamos a importância de:

- 1) Considerar a experiência das mulheres como uma alternativa para identificar as barreiras individuais e organizacionais que estão impactando negativamente nas metas previstas pelo programa brasileiro. Neste sentido, é necessário incentivar a

realização de estudos voltados ao desenvolvimento e/ou adaptação de instrumentos ou validação daqueles já traduzidos para o português e que tenham tal abrangência.

2) Tentar atrair para o programa as mulheres não casadas, condição que se mostrou associada ao risco aumentado de desenvolver CCU. Considerando que elas são possivelmente chefes de família, responsáveis pelo próprio sustento e de seus filhos, um caminho seria o envolvimento de empregadores, principalmente da área de serviços domésticos, onde a maioria das mulheres que trabalham fora de casa assumiu executar alguma atividade ocupacional.

3) Considerar o potencial das ações multidisciplinares, reconhecendo a legitimidade e capacidade de outras vias de captação, além dos médicos ginecologistas e obstetras e de profissionais de enfermagem, já requisitados a participar do programa de controle do CCU. Mulheres adultas com mais de 40 anos são as principais vítimas deste tipo de câncer. A partir desta década de vida, elas também costumam visitar, com mais frequência especialistas para solucionar problemas de ordem cardiovascular, endócrino e osteo-muscular e ligamentoso, os quais poderiam, entre outros, serem convidados a contribuir no programa.

4) Enfatizar o papel da Atenção Primária, incrementando recursos para melhoria da qualidade da coleta, para a redução das oportunidades perdidas e para a ampliação das equipes da Estratégia da Saúde da Família, priorizando a identificação e captação das mulheres nunca antes rastreadas.

5) Envidar esforços para melhorar o seguimento, garantindo principalmente as avaliações subseqüentes necessárias aos exames alterados.

7) Investir na capacitação dos profissionais de saúde, de modo que as ações preconizadas sejam adequadamente implementadas, considerando a importância da periodicidade recomendada para realização dos exames, dos mecanismos de referência e contra-referência e dos algoritmos propostos para seguimento das lesões.

8) Dispensar mais atenção ao monitoramento laboratorial e ao controle da qualidade dos exames.

9) Considerando o CCU uma doença potencialmente evitável pelo uso de recursos que deveriam estar disponíveis nos serviços de saúde, uma última sugestão, seria tratar os óbitos por este câncer como um evento sentinela e implementar métodos de investigação semelhantes aos utilizados no monitoramento da mortalidade materna.

VIII REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agurto I, Bishop A, Sánchez G, Betancourt Z, Robles S. Perceived barriers and benefits to cervical screening in Latin America. *Prev Med* 2004; 39(1):91-98.
- Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.
- Azevedo e Silva G, Girianelli VR, Gamarra CJ, Bustamante-Teixeira MT. Cervical cancer mortality trends in Brazil, 1981-2006. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(2):2399-2407.
- Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15:25-38.
- Bingham A, Bishop A, Coffey P, Winkler J, Bradley J, Dzuba I et al. Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Publica Mex* 2003; 45 (Suppl 3):S408-16.
- Biswas LN, Manna B, Maiti PK, Sengupta S. Sexual risk factors for cervical cancer among rural indian women: a case-control study. *Int J Epidemiol* 1997; 26(3):491-495.
- Blanchard J, Lurie N. R-E-S-P-E-C-T: Patient reports of disrespect in the health care setting and its impact on care. *J Fam Pract* 2004; 53(9):721-30.
- Bosch FX, Manos MM, Muñoz N, Sherman M, Jansen AM, Peto J et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. International Biological Study on Cervical Cancer (IBSCC) Study Group. *J Natl Cancer Inst* 1995; 87:706-802.
- Boyd JT, Doll R. A study of the aetiology of carcinoma of the cervix uteri. *Br J Cancer* 1964; 13:419-34.
- Boyle P. Screening. *Eur Respir J* 2003; 21: suppl 39:3S-15S.
- Bowling A. Research methods in health, investigating health and health services. Buckingham: Open University Press, 1997.
- Bray F, Loos AH, McCarron P, Weiderpass E, Arbyn M, Moller H et al. Trends in cervical squamous cell carcinoma incidence in 13 European countries: changing risk and the effects of screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005; 14(3):677-86.
- Brown TA. Confirmatory factor analysis for applied research. New York: The Guilford Press, 2006.
- Burd EM. Human papillomavirus and cervical cancer. *Clin Microbiol Rev* 2003; 16(1):1-17.
- Castellsagué X, Muñoz N. Cofactors in human papillomavirus carcinogenesis – role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003; 31:20-8.
- Castellsagué X, Bosch FX, Muñoz N. Environmental co-factors in HPV carcinogenesis. *Virus Res* 2002; 89(2): 191-9.
- Centers for Disease Control and Prevention. Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey Questionnaire. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2002.
- Claeys P, Gonzalez C, Gonzalez M, Page H, Bello RE, Temmerman M. Determinants of cervical cancer screening in a poor area: results of a population-based survey in Rivas, Nicaragua. *Trop Med Int Health* 2002; 7(II): 935 – 941
- Cooper LA, Beach MC, Johnson RL, Inui TS. Delving below the surface. Understanding how race and ethnicity influence relationships in health care. *J Gen Intern Med* 2006; 21 Suppl 1:s21-7.
- Coordenação de Prevenção e Vigilância. Instituto Nacional de Câncer. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Nomenclatura brasileira para laudos

- cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006; 28(8): 486-504.
- Coughlin SS, Leadbetter S, Richards T, Sabatino SA. Contextual analysis of breast and cervical cancer screening and factors associated with health care access among United States women, 2002. *Soc Sci Med* 2008; 66(2): 260-75
- Currin LG, Jack RH, Linklater KM, Mak V, Moller H, Davies EA. Inequalities in the incidence of cervical cancer in South East England 2001 – 2005: an investigation of population risk factors. *BMC Public Health* 2009; 9:62.
- Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada; 2006
- Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University Press, 1973.
- Donabedian A. Aspects of medical care administration: the assessment of need. Cambridge: Harvard University Press, 1973.
- Donahue KE, Ashkin E, Pathman DE. Length of patient-physician relationship and patients' satisfaction and preventive service use in the rural south: a cross-sectional telephone study. *BMC Fam Pract* 2005; 6:40.
- Downs LS, Smith JS, Scarinci I, Flowers L, Parham G. The disparity of cervical cancer in diverse populations. *Gynecol Oncol* 2008; 109 (2 Suppl): S22-S30.
- Duarte-Franco E, Franco EL. Cancer of the uterine cervix. *BMC Womens Health* 2004; 4 (Suppl 1): S13.
- Edelstein ZR, Madeleine MM, Hughes JP, Johnson LG, Schwartz SM, Galloway DA et al. Age of diagnosis of squamous cell cervical carcinoma and early sexual experience. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009; 18(4):1010-6.
- Efron B, Tibshirani R. An introduction to the bootstrap. London: Chapman and Hall, 1993.
- Eluf-Neto J, Nascimento CM. Cervical cancer in Latin América. *Semin Oncol* 2001; 28(2): 188-197.
- Eluf-Neto J, Booth M, Muñoz N, Bosch FX, Meijer CJ, Walboomers JM. Human papillomavirus and invasive cervical cancer in Brazil. *Br J Cancer* 1994; 69(1):114-9.
- Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: Globocan 2008. *Int J Cancer* 2010; june 17 (epub ahead of print).
- Finney SJ, DiStefano C. Non-normal and categorical data in structural equation modeling. In: Hancock GR, Mueller RO (eds): *Structural equation Modeling: A second course*. Greenwich: Information Age Publishing, 2006.
- Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *J Marketing Res* 1981; 18:39-50.
- Franceschi S, Plummer M, Clifford G, Sanjose S, Bosch X, Herrero R et al. Differences in the risk of cervical cancer and human papillomavirus infection by education level. *Br J Cancer* 2009; 101(5): 865-70.
- Frederiksen HB, Kragstrup J, Dehlholm-Lambertsen G. It's all about recognition! Qualitative study of the value of interpersonal continuity in general practice. *BMC Family Practice* 2009; 10:47.
- Girianelli VR, Thuler LCS, Silva GA. Prevalência de HPV em mulheres assistidas pela Estratégia Saúde da Família na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010; 32(1):39-46.

- Giuliano A. Cervical carcinogenesis: the role of co-factors and generation of reactive oxygen species. *Salud Publica Mex* 2003; 45(Suppl 3): S354-360.
- González CA, Travier N, Lujan L, Castellsagué X, Bosch FX, Roura E et al. Dietary factors and in-situ and invasive cervical cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study. *Int J Cancer* 2010; (Epub ahead of print).
- Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Junior PRB, Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública*, 2005; 21 Sup: S109-S11.
- Gustafsson L, Adami HO. Natural history of cervical neoplasia: consistent results obtained by an identification technique. *Br J Cancer* 1989; 60(1): 132-41.
- Gustafsson L, Pontén J, Zack Matthew, Adami HO. International incidence rates of invasive cervical after introduction of cytological screening. *Cancer Causes and Control* 1997; 8: 755-763.
- Haddad S, Potvin L, Roberge D, Pineault R, Remondin M. Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Fam Pract* 2000; 17(1):21-29.
- Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Modelagem de Equações Estruturais. In: Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL (eds). *Análise Multivariada de Dados* [Tradução: Sant'Anna AS & Chaves Neto A] – 5th edição, Porto Alegre: Bookman, 2005.
- Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(4): 1083-1093.
- Hernández-Avila M, Lazcano-Ponce EC, de Ruiz PA, Romieu I. Evaluation of the cervical cancer screening programme in Mexico: a population-based case-control study. *Int J Epidemiol* 1998; 27(3):370-6.
- Herrero R, Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, Britton RC, Gaitan E et al. Screening for cervical cancer in Latin America: a case-control study. *Int J Epidemiol* 1992; 21(6):1050-6.
- Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998; 7: 323-335.
- Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. A Wiley-Interscience Publication, second edition, 2000.
- Hsu CC, Chen L, Hu YW, Yip W, Shu CC. The dimensions of responsiveness of a health system: a Taiwanese perspective. *BMC Public Health* 2006; 6:72.
- IARC Working Group on Evaluation of Cervical Cancer Screening Programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. *Br Med J* 1986; 293(6548):659-64.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso e utilização de serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2003.
- Instituto Nacional de Câncer. *Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo*/Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2010.
- Instituto Nacional de Câncer. *Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2009.
- Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. *Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2007.

- Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância; 2006.
- Instituto Nacional de Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2004.
- Instituto Nacional do Câncer. Viva Mulher. Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2002.
- International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Human Papillomaviruses, Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2007.
- International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, Appleby P, Beral V, Berrington de González A, Colin D, Francheschi S et al. Carcinoma of the cervix and tobacco smoking: collaborative reanalysis of individual data on 13,541 women with carcinoma of the cervix and 23,017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies. *Int J Cancer* 2006; 118(6):1481-95.
- Janerich DT, Hadjimichael O, Schwartz PE, Lowell DM, Meigs W, Merino MJ et al. The screening histories of women with invasive cervical cancer, Connecticut. *Am J Public Health* 1995; 85(6): 791-4.
- Jiménez-Pérez M, Thomas DB. Has the use of pap smears reduced the risk of invasive cervical cancer in Guadalajara, México? *Int J Cancer* 1999; 82:804-809.
- Kalakun L, Bozzetti MC. Evolution of uterine cervical cancer mortality from 1979 to 1998 in the State of Rio Grande do Sul, Brazil. *Cad Saúde Publica* 2005; 21(1): 299-309.
- Kjaer SK, Engholm G, Dahl C, Bock JE. Case-control study of risk factors for cervical squamous cell neoplasia in Denmark. IV: role of smoking habits. *Eur J Cancer Prev* 1996; 5(5): 359-65.
- Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York: 2nd edition The Guilford Press, 2005.
- Lazcano Ponce E, Rojas R, López Acuña MP, López Carrillo L, Hernández Ávila M. Factores reproductivos y riesgo de câncer cervicouterino em mujeres de la ciudad de México. *Salud Publica Mex* 1993; 35:65-73.
- Leal MC, Gama SGN, Frias P, Szwarcwald CL. Healthy lifestyles and access to periodic health exams among Brazilian women. *Cad Saúde Pública* 2005; 21, suppl 1: S78-S88.
- Loehlin JC. Latent variable models: an introduction to factor, path, and structural equation analysis, 4 edn.; Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ; 2003.
- Lurie N. Studying access to care in managed care environments. *Health Serv Res* 1997; 32(5):691-701.
- Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Chlabicz S. The patient's view of the acceptability of the primary care in Poland. *Int J Quality in Health Care* 2008; 20(4): 277-83.
- Marsh HW, Muthén B, Asparouhov A, Lüdtke O, Robitzsch A, Morin AJS et alii. Exploratory structural equation modeling, integrating CFA and EFA: application to students' evaluations of university teaching. *Struc Equ Modeling* 16:439-476.
- Martin-Fernández J; Cura-González MD; Gómez-Gascón T; Fernández-López E; Pajares-Carabajal G, Moreno-Jiménez B. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Aten Primaria* 2010; 42(4): 196-205.

- McCann MF, Irwin DE, Walton LA, Hulka BS, Morton JL, Axelrad CM. Nicotine and Cotinine in the cervical mucus of smokers, passive smokers, and nonsmokers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1992; 1(2):125-9.
- McPhee SJ, Nguyen TT, Shema SJ, Nguyen B, Somkin C, Vo P et al. Validation of recall of breast and cervical cancer screening by women in an ethnically diverse population. *Prev Med* 2002; 35(5):463-473.
- Mendonça VG, Lorenzato FRB, Mendonça JG, Menezes TC, Guimarães MJB. Mortalidade por cancer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008; 30(5):248-55.
- Mickey RM, Greenland S. The impact of confounder selection criteria on effect estimation. *Am J Epidemiol* 1989; 129:125-137.
- Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento “Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)” utilizado para identificar violência entre casais. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(1): 163-176.
- Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJM, Shah KV, Walboomers JMM et al. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* 2002 ; 359 (9312) : 1085-1092.
- Muthén B, Asparouhov T. Latent variable analysis with categorical outcomes: multiple-group and growth modeling in Mplus. *Mplus Web Notes* 4:1-22; 2002.
- Muthén LK, Muthén BO. *Mplus user’s guide*, 6th Edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén, 1998-2010.
- Nápoles-Springer AN, Santoyo-Olsson J, O’Brien H, Stewart AL. Using cognitive interviews to develop surveys in diverse populations. *Med Care* 2006; 44(11, Suppl 3) 3S21-S30.
- Nápoles-Springer AN, Santoyo J, Houston K, Pérez-Stable EJ, Stewart AL. Patient’s perceptions of cultural factors affecting the quality of their medical encounters. *Health Expectations* 2005; 8:4-17.
- Nascimento MI, Monteiro GTR. Características de acesso ao preventivo de câncer de colo do útero: três etapas metodológicas da adaptação do instrumento de coleta de informação. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(6):1096-1108.
- O’Donnell O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(12):2820-2834.
- Organização Mundial de Saúde. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima Revisão*, São Paulo: EDUSP, 1997.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Monitoreo de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud. Guía metodológica*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 2000.
- Palacio-Mejia LS, Rangel-Gómez G, Hernández-Avila M, Lazcano-Ponce E. Cervical cancer, a disease of poverty: mortality differences between urban and rural areas in Mexico. *Salud Publica Mex* 2003; 45 (Suppl 3):S315-25.
- Pandhi N, Saultz JW. Patients’ perceptions of interpersonal continuity of care. *J Am Board Fam Med* 2006; 19:390-7.
- Parikh S, Brennan P, Boffetta P. Meta-analysis of social inequality and the risk of cervical cancer. *Int J Cancer* 2003; 105: 687-691.
- Parkin DM. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. *Int J Cancer* 2006; 118:3030-3044.
- Penchansky R & Thomas JW. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19 (2): 127-40.

- Pinho AA & França-Junior I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2003; 3(1): 95-112.
- Pinho AA, França-Junior 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(Sup 2): S303-S313.
- Plummer M, Herrero R, Franceschi S, Meijer CJLM, Snijders P, Bosch FX et al. Smoking and cervical cancer: pooled analysis of the IARC multi-centric case-control study. *Cancer Causes Control* 2003; 14(9): 805-814.
- Prokopczyk B, Cox JE, Hoffmann D, Waggoner SE. Identification of tobacco-specific carcinogen in the cervical mucus of smokers and nonsmokers. *J Natl Cancer Inst* 1997; 89(12):868-73.
- Puentes-Markides C. Women and access to health care. *Soc Sci Med* 1992; 35(4):619-26.
- Quadros CAT, Victora CG, Dias-da-Costa JS. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2004; 16(4):223-232.
- Ramírez M, Ford ME, Stewart AL, Teresi JA. Measurement issues in health disparities research. *Health Serv Res* 2005; 40(5 pt 2): 1640-57.
- Rauscher GH, Johnson TP, Cho YIK, Walk JA. Accuracy of self-reported cancer-screening histories: a meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2008; 117(4):748-57.
- Raykov T. Analytic estimation of standard error and confidence interval for scale reliability. *Multivariate Behav Res* 2002; 37:89-103.
- Raykov T, Shrout P. Reliability of scales with general structure: point and interval estimation using a structural equation modeling approach. *Struct Equ Modeling* 2002; 9: 195-212.
- Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(4): 665-73.
- Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Rev Saúde Publica* 2000; 34(6): 610-16.
- Rose T, Olsen J. Invited Commentary: The Art of Making Questionnaires better. *Am J Epidemiol* 2006; 164: 1145-1149.
- Rosenthal GE, Shannon SE. The use of patient perceptions in the evaluation of health-care delivery systems. *Med Care* 1997; 35(11 Suppl): NS58-68.
- Safaeian M, Solomon D. Cervical cancer prevention – cervical screening: science in evolution. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007; 34(4):739-ix.
- Sankaranarayanan R, Ferlay J. Worldwide burden of gynaecological cancer: the size of the problem. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006; 20(2):207-25.
- Sankaranarayanan R, Gaffikin L, Jacob M, Sellors J, Robes S. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. *Int J Gynecol Obstet* 2005; 89, S4 - S12.
- Sasieni PD, Cuzick J, Lynch-Farmery E, The National Co-ordinating Network for Cervical Screening Working Group. *Br J Cancer* 1996; 73(8): 1001-1005.
- Schiffman M, Castle PE. Human Papillomavirus. *Arch Pathol Lab Med* 2003; 127:930-934.
- Schilling LM, Kozak K, Lundahl K, Dellavalle RP. Inaccessible novel questionnaires in published medical research: hidden methods, hidden costs. *Am J Epidemiol* 2006; 164: 1141-1144.

- Schillinger D, Bindman A, Wang F, Stewart A, Piette J. Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Educ Couns* 2004; 52:315-323
- Schlesselman JJ. *Case-Control Studies: design, conduct, analysis*. Oxford: Oxford University Press, 1982.
- Somkin CP, McPhee SJ, Nguyen T, Stewart S, Shema SJ, Nguyen B et al. The effects of access and satisfaction on regular mammogram and Papanicolaou test screening in a Multiethnic population. *Med Care* 2004; 42(9): 914-926.
- Stewart AL, Nápoles-Springer AM, Gregorich SE, Santoyo-Olsson J. Interpersonal processes of care survey: patient-reported measures for diverse groups. *Health Serv Res* 2007; 42(3 Pt 1):1235-56.
- Stewart AL, Nápoles-Springer AM, Pérez-Stable EJ, Posner SF, Bindman AB, Pinderhughes HL et alii. *Interpersonal Processes of Care in diverse populations*. *Milbank Q*. 1999; 77(3): 305-39.
- Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press, 2008.
- Szklo M, Nieto FJ. *Epidemiology: beyond the basics*. Gaithersburg: Aspen Publication, 2000.
- Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcelos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB et al. Pesquisa Mundial de Saúde 2003: O Brasil em números. *RADIS Comunicação em Saúde* 2004; 23:14-33.
- Thiede M & McIntyre. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(5):1168-1173.
- Thiede M, Akweongo P, McIntyre D. Exploring the dimensions of access. In: McIntyre D & Mooney G (ed.) – *The Economics of Health Equity*. Cambridge University Press, 2007.
- Thun MJ, DeLancey JO, Center MM, Jemal A, Ward EM. The global burden of cancer: priorities for prevention. *Carcinogenesis* 2010; 31(1): 100-110.
- Travassos C & Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Publica*; 2004, vol 20, Supl 2: S190-S198.
- Trimble CL, Genkinger JM, Burke AE, Hoffman SC, Helzlsouer KJ, Diener-West M et al. Active and Passive cigarette smoking and the risk of cervical neoplasia. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 174-81.
- Tucker LR, Lewis C. A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika* 1973; 38:1-10.
- Vaccarella S, Herrero R, Snijders PJF, Dai M, Thomas JO, Hieu NT et al. Smoking and human papillomavirus infection: pooled analysis of the International Agency for Research on Cancer HPV Prevalence Surveys. *Int J Epidemiol* 2008; 37(3):536-46.
- Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. *Radis comunicação em saúde* 2010; 96:12-19.
- Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26(1): 224-7.
- Walboomers JMM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999; 189:12-19.
- Weiss NS. Adjusting for screening history in epidemiologic studies of cancer: why, when, and how to do it. *Am J Epidemiol* 2003; 157:957-961.
- Weiss NS, Rossing MA. Healthy screenee bias in epidemiologic studies of cancer incidence. *Epidemiology* 1996; 7(3):319-22

- Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family Practice* 1998; 15:480-492.
- Wong ST, Korenbrot CC, Stewart AL. Consumer assessment of the quality of interpersonal processes of prenatal care among ethnically diverse low-income women: development of a new measure. *Women's Health Issues* 2004; 14:118-129.
- Woodman CBJ, Collins S, Winter H, Balley A, Ellis J, Prior P et al. Natural history of cervical human papillomavirus infection in young women: a longitudinal cohort study. *Lancet* 2001; 357:1831-36.
- World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. *Cervical Cancer Screening*. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Lyon, IARC Press, 2005.
- World Health Organization. *The World Health Report 2000: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Yang B, Morrell S, Zuo Y, Roder D, Tracey E, Jelfs P. A case-control study of the protective benefit of cervical screening against invasive cervical cancer in NSW women. *Cancer Causes Control* 2008; 19(6):569-76.
- Zeferino LC, Bedone AJ, Faúndes A, Oyakawa N. Duração da neoplasia intra-epitelial e do carcinoma invasor do colo uterino: estudo epidemiológico. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1998; 20(10):565-569.

ANEXOS



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

PREFEITURA DA CIDADE DE NOVA IGUAÇU

Hospital Geral de Nova Iguaçu

***Formulário para pesquisa sobre:**

SAÚDE DA MULHER NA BAIXADA FLUMINENSE

Responsáveis: Maria Isabel do Nascimento e Gina Torres Rego Monteiro

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO (CI): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nome da mulher.....

Endereço:

Bairro: Cidade:

Telefones: Res. Celular:

Outros telefones:

Local de trabalho:

Endereço do trabalho:

Bairro: Cidade:

Telefone do trabalho:

Data da entrevista |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Número do prontuário |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Número do cartão do SUS: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Município de Residência: |_|_|

Diagnóstico:

Unidade de saúde onde foi feito o diagnóstico:

Status: CASO |_|_|

CONTROLE |_|_|

Bloco A - As primeiras perguntas são **INFORMAÇÕES GERAIS** sobre a Sra.

A1 - Iniciais:

A2 - Qual a sua idade? |__|__| anos

A3 - Data do seu nascimento: |__|__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

A4 - Estado onde a Sra. nasceu:

A5 - Quanto tempo a Sra. mora no Município do seu endereço? |__|__| Anos.

A6 - Qual município a Sra. morava antes?.....

A7 - Por quanto tempo morou lá? |__|__| Anos.

A8 - Qual a cor da sua pele? |__| (1) branca (2) parda (3) negra (4) outra

A9 - A Sra. frequentou a escola? |__| (1) sim (2) não

(Se NÃO, passe para A11)

A10 - Qual o último ano e série completa que a Sra. fez? Série |__| GRAU |__|

A11 - Qual a sua ocupação?.....

A12 - Atualmente a Sra. é casada ou vive com alguém? |__| (1) sim (2) não

(Se SIM, passe para A14)

A13 - Se não, a Sra. atualmente é: |__| (1) solteira (2) separada-divorciada (3) viúva

A13 - Há quanto tempo a Sra. é viúva (ou separada)? |__|__| anos

A14 - Qual o nome da sua mãe?

Bloco B - Agora eu vou fazer perguntas sobre exames para prevenção de doenças da mulher. **Exame preventivo**, também chamado **teste de Papanicolaou**, é um exame no qual se colhe um material do colo de útero para análise em laboratório. Esse material é usado para diagnóstico de problemas que podem levar ao câncer.

B1 - A Sra. alguma vez, fez exame preventivo? |__| (1) sim (2) não

(Se SIM, passe para B3. Se NÃO, faça a pergunta seguinte e pule para o Bloco

C)

B2 - Porque nunca fez?

B3 - Em toda a sua vida, quantos preventivos a Sra. já fez? |__| exames

B4 - Quantos exames preventivos a Sra. fez nos últimos 3 anos? |__| exames

B5 - Em que mês e ano a Sra. fez o seu último exame preventivo? 99. NS/NR

Mês:..... Ano:..... ou Idade |__|__|

Unidade onde fez:

B6 - Na última vez que a Sra. fez o exame preventivo, a Sra. fez: (Leia as alternativas) |__|

(1) Como exame de rotina, não apresentando nenhum problema visível no momento do exame (passe para B8).

(2) Para checar/examinar problemas existentes ou anteriores ao momento do exame.

(3) Outros:(especifique; passe para B8).

(9) NS/NR

B7 - Que problema? (leia as alternativas) |__|

(1) Problema que pode levar ao câncer de colo do útero/ infecção pelo HPV.

(2) Corrimento

(3) Outros(especifique).

(9) NS/NR

B8 - Desde a primeira vez que a Sra. fez preventivo, com que frequência fez outros exames preventivos? (Leia as alternativas. Se a entrevistada mudou de conduta em dois ou mais períodos diferentes considere o período mais recente) |__|

(1) de 6 em 6 meses

(2) anualmente

(3) uma vez a cada dois anos

(4) uma vez a cada 3 anos

(5) uma vez a cada 4-5 anos

(6) uma vez a cada 6-10 anos

(7) Menos frequente que a cada 10 anos

(8) Só fez uma vez na vida

(9) Variável

(99) NS/NR

B9 - Na última vez que a Sra. fez o exame preventivo, a Sra. usou o Sistema Único de Saúde (SUS), quer dizer, procurou atendimento gratuito (em posto de saúde, hospital, ambulatório público? (1) sim (2) não)

*Agora eu vou fazer perguntas sobre sua satisfação com o **último exame preventivo** de câncer de colo uterino.*

B11 - A Sra. conseguiu fazer seu último exame no momento que precisou dele?

(1) sim (2) não

B12 - Se a Sra. tem criança ou qualquer pessoa para cuidar, teve alguma dificuldade para encontrar alguém para cuidar deles, quando foi fazer o seu último exame preventivo?

(1) sim (2) não

B13 - A Sra. precisou esperar muito tempo na clínica antes de fazer o exame?

(1) sim (2) não

B14 - Nesse dia, alguém da equipe médica foi grosseiro com a Sra. ou todos foram atenciosos? (1) Grosseiro (2) Atencioso

B15 - Quando fez o último exame, a Sra. teve alguma dificuldade para se fazer entender com alguém da equipe? (dialogar com a equipe)

(1) sim (2) não

B16 - A Sra. teve que dar informações para preencher muitos papéis?

(1) sim (2) não

B17 - O exame preventivo foi doloroso?

(1) sim (2) não

B18- A Sra. se sentiu envergonhada durante a realização do preventivo?

(1) sim (2) não

B19 - A Sra. ficou satisfeita com o modo com que foi entregue o resultado do preventivo?

(1) sim (2) não

B20 - Em geral, como a Sra. se sentiu com a experiência de fazer seu último preventivo?

muito satisfeita um pouco satisfeita de algum modo insatisfeita

Bloco C - As perguntas que vou fazer agora são sobre serviços de saúde que a Sra. demanda (acesso aos cuidados médicos)

C1 - A Sra. tem seguro de saúde? (1) sim (2) não

Se sim, especificar:

C2 - Tem algum lugar específico que a Sra. normalmente procura para ser atendida por um médico? (1) sim (2) não

C3 - Existe algum médico específico que a Sra. normalmente procura quando precisa fazer exame periódico (*check up*)? (1) sim (2) não

C4 - Quando a Sra. vai ao médico, quanto paga pela consulta?

(0) paga a consulta: valor: R\$ _____

(1) completa o pagamento feito pelo plano de saúde

(2) não sabe quanto paga

(3) não paga

(4) nunca foi ao médico

C5 - Mesmo estando sentindo-se bem, a Sra. procurou algum médico nos últimos 12 meses (antes de ficar doente) para fazer exame periódico? (1) sim (2) não

C6 - A Sra. sabe que lugar deveria procurar se quisesse fazer um exame preventivo de câncer de colo uterino (antes de ficar doente)? (1) sim (2) não

C7 - A Sra. gastou algum dinheiro do seu bolso quando você fez o seu último exame preventivo de câncer de colo uterino?

(0) pagou o exame: valor R\$ _____

(1) completou o pagamento feito pelo plano de saúde

(2) não sabe quanto gastou

(3) não gastou

(4) nunca fez

C8 - A Sra. sabe que lugar deveria procurar se quisesse fazer um exame de mamografia? (1) sim (2) não

C9 - A Sra. gastou algum dinheiro do seu bolso quando a Sra. fez o seu último exame de mamas?

(0) pagou o exame valor R\$ _____

(1) completou o pagamento feito pelo plano de saúde

(2) não sabe quanto gastou

(3) não gastou

(4) nunca fez exame de mamas

Bloco D - *Agora eu vou fazer perguntas sobre a maneira como a senhora é atendida no sistema de saúde*

(Escala de **satisfação com o processo interpessoal**, relação médico-paciente e de cuidados médicos em geral).

D1 - Em geral, com que frequência os médicos dão para a Sra. a informação que a Sra. precisa sobre a sua saúde?

sempre algumas vezes raramente nunca

D2 - Com que frequência os médicos dão tempo suficiente para a Sra. fazer suas perguntas?

sempre algumas vezes raramente nunca

D3 - Com que frequência os médicos escutam com paciência o que a Sra. tem a dizer?

sempre algumas vezes raramente nunca

D4 - Com que frequência os médicos perguntam se a Sra. tem alguma dúvida?

sempre algumas vezes raramente nunca

D5 - Com que frequência os médicos tratam a Sra. com dignidade?

(de maneira respeitosa/educada/atenciosa/com privacidade).

sempre algumas vezes raramente nunca

D6 - Com que frequência os médicos demonstram interesse pela Sra.?

sempre algumas vezes raramente nunca

D7 - Com que frequência os médicos aceitam as idéias que a Sra. tem sobre seus problemas de saúde?

sempre algumas vezes raramente nunca

D8 - Com que frequência a Sra. se sente discriminada por médicos?

sempre algumas vezes raramente nunca

Outras questões:

D9 - É fácil ou difícil conseguir consulta rapidamente se a Sra. estiver doente?

fácil difícil

D10 - Quando a Sra. vai a uma consulta médica, quanto tempo a Sra. espera no consultório antes de ser atendida?

tempo normal tempo longo

D11 - Antes da doença atual, qual o ano em que a Sra. foi ao médico pela última vez? _____

Bloco E - As perguntas seguintes são sobre sua **VIDA REPRODUTIVA**.

E1 - Com que idade a Sra. menstruou a primeira vez? |__|__| anos

E2 - Com que idade a Sra. teve a sua primeira relação sexual? |__|__| anos

E3 - A Sra. já engravidou alguma vez? |__| (1) sim (2) não

E4 - Com que idade a Sra. engravidou a primeira vez? |__|__| anos

E5 - No total, quantas vezes a Sra. já engravidou? |__|__| (inclui filhos paridos e abortos)

E6 - Quantos filhos a Sra. teve? |__|__| (apenas filhos paridos, nascidos vivos ou mortos)

E7 - Quantos partos normais a Sra. teve? |__|__|

E8 - Quantas cesarianas a Sra. fez? |__|__|

E9 - Quantos filhos nasceram em hospital? |__|__|

E10 - Quantos filhos nasceram em casa? |__|__|

Se a Sra. teve algum aborto, informe:

E11 - Quantos abortos a Sra. já teve? |__|__|

E12 - Quantos foram espontâneos? |__|__|

E13 - Quantos foram provocados? |__|__|

E14 - Com que idade a Sra. estava quando teve seu último parto? |__|__|

E15 - No total com quantos parceiros a Sra. teve relações sexuais até hoje (casuais ou regulares)? |__|__|__|

Se for difícil responder, estimar por uma das opções: |__|

(1) 2 a 5 parceiros (2) 6 a 10 (3) 11 a 20

(2) (4) 21 a 50 (5) 51 a 100 (6) Acima de 100 parceiros

E16 - A Sra. atualmente mantém relações sexuais? |__| (1) sim (2) não

Se sim, pergunte:

E17 - A Sra. tem algum problema na hora da relação? Qual?

.....

E18 - A Sra. já entrou na menopausa (parou de menstruar)? |__| (1) sim (2) não

Se sim, pergunte:

E19 - Em que idade a Sra. entrou na menopausa? |__|__| anos

E20 - Ao longo de sua vida, a Sra. já usou pílula anticoncepcional? |__| (1) sim (2) não

Se sim, pergunte:

E21 - Por qual razão a Sra. usou pílula anticoncepcional?

|__| para evitar filhos |__| para ter regras regulares

|__| outra razão:

E22 - Com que idade a Sra. usou pílula anticoncepcional pela primeira vez?

|__|__| anos (98) não lembro

E23 - Com que idade a Sra. usou pílula anticoncepcional pela última vez?

|__|__| anos (98) não lembro

E24 - Ao todo, durante quantos anos a Sra. usou pílula anticoncepcional?

|__|__| anos |__|__| meses (98) não lembro

E25 - Qual é o nome da pílula anticoncepcional que a Sra. tomou durante mais tempo?

.....

Bloco F – Agora vamos falar sobre **HÁBITOS DE FUMO**:

F1 - A Sra. fuma, ou já fumou, em média 1 cigarro ou charuto ou cachimbo, diariamente, pelo menos por 1 ano?

(1) sim, ainda fuma (2) nunca fumou (3) somente no passado

(Se NUNCA, passe para F5)

Por favor, descreva os períodos de sua vida em que a Sra. fumou cigarro, charuto ou cachimbo, as quantidades que fumou e outros detalhes sobre o fumo.

Por favor, tente lembrar as mudanças mais importantes quanto à quantidade e tipo de cada cigarro. Ignore mudanças que ocorreram por períodos curtos (menos de 1 ano).

(Entrevistador: evite a superposição de anos para o mesmo tipo de cigarro, por exemplo, use 30-39, 40-45 ao invés de 30-40, 40-45).

F2 - A Sra. fuma, ou já fumou, cigarro? (1) sim (2) não

Idade de início	Idade que parou	Marca	Nº/dia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>

F3 - A Sra fuma ou já fumou charuto? (1) sim (2) não

Idade de início	Idade que parou	Marca	Nº/dia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>

F4 - A Sra fuma ou já fumou cachimbo? (1) sim (2) não

Idade de início	Idade que parou	Marca	Nº vezes que enche o cachimbo por dia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>

As questões F5 a F7 são somente para NÃO fumantes:

F5 - A Sra. esteve casada (ou vivendo junto) com um fumante? (1) sim (2) não
(Se NÃO, passe para F7)

F6 - Descreva o hábito do fumo de seu esposo (ou companheiro) na sua presença:

Sua idade quando ele iniciou	Sua idade quando ele parou	Nº de horas que ele fuma em sua presença	
		Durante a semana	Final semana
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

F7 - A Sra. trabalhou em um lugar fechado onde as pessoas fumassem?

(1) sim (2) não (8) nunca trabalhei fora (9) não sei

Bloco G – A Sra agora vai nos dar algumas informações sobre seus hábitos alimentares (dieta):

Antes da Sra ficar doente, qual era a frequência com que a Sra comia os seguintes alimentos e bebidas?

	Unidade	Alimento	Nº de vezes por semana *
G1	1 copo (200 ml)	Leite	_ _
G2	1 pote (125 g)	Iogurte	_ _
G3	1 porção (1 colher pequena – de chá: 10 g)	Manteiga	_ _
G4	1 porção (2 fatias de pão = 50 g = 1 cacetinho)	Pão	_ _
G5	1 porção (4 colheres de sopa cheias)	Massa ou arroz	_ _
G6	1 porção (1 prato fundo cheio = 100 g)	Cereal de milho (fubá e etc.)	_ _
G7	1 porção (1 pedaço médio de aipim – 80 g)	Aipim	_ _
G8	1 porção (40 g ou 4 colheres cheias)	Farinha de mandioca	_ _
G9	1 porção (1 pedaço médio = 150 g)	Carne	_ _
G10	1 porção (1 pedaço médio = 100 g)	Porco	_ _
G11	1 porção (1 pedaço médio = 160 g)	Galinha	_ _
G12	1 porção (1 pedaço médio = 80 g)	Outras carnes frescas (ovelha)	_ _
G13	1 porção (1 pedaço médio = 150 g)	Peixe	_ _
G14	1 porção (2 pedaços de presunto, 4 pedaços de salame, 2 salsichas)	Presunto ou salame ou salsicha	_ _
G15	1 (unidade = 50 g)	Ovo	_ _
G16	1 porção (2 fatias médias = 50 g)	Queijo	_ _
G17	1 batata média = 80 g	Batata	_ _
G18	1 porção (1 prato pequeno cheio = 50 g)	Vegetais verdes não cozidos (saladas)	_ _
G19	1 porção (1 prato pequeno = 50 g)	Crucíferas (brócolis, repolho, etc.)	_ _
G20	1 cenoura média = 80 g	Cenoura	_ _
G21	1 tomate médio = 80 g	Tomate (fresco da estação)	_ _
G22	1 porção = 4 colheres de sopa cheias	Grãos (ervilha, feijão, lentilha)	_ _
G23	1 porção (1 prato pequeno = 50 g)	Em resumo, quantas vezes a Sra. come 1 porção de qualquer tipo de vegetal (exceto batata) por semana?	_ _
G24	1 copo (200 ml)	Suco de frutas frescas	_ _
G25	1 fruta média (150 g)	Maçã ou pêra	_ _
G26	1 fruta média (120 g)	Fruta cítrica (laranja, limão, lima) na época de colheita	_ _
G27	1 fruta média (90 g)	Banana	_ _
G28	1 fruta média (100 g)	Em resumo, quantas vezes você come 1 fruta de qualquer tipo, fresca, por semana?	_ _
G29	1 fatia ou taça (50 g)	Bolo ou doces de sobremesa	_ _

* Menos de 1 vez por semana = 98; não consome = 00

G30 - Nos últimos dois anos, a Sra. tem tomado vitaminas (remédios)?

|_|_| (1) sim (2) não (9) não sabe

Bloco H – As perguntas que irei fazer agora são sobre o **domicílio** onde a Sra. mora.

- H1 - Tipo de domicílio: |___| (1) casa (2) apartamento (3) cômodo
 (4) barraco (5) outro:.....
- H2 - Tipo de parede: |___| (1) alvenaria (2) madeira aparelhada (3) taipa não revestida
 (4) palha (5) madeira aproveitada (6) outro:
- H3 - Quantos cômodos tem este domicílio? |___| cômodos
- H4 - Quantos cômodos estão servindo permanentemente para dormir? |___| cômodos
- H5 - A água utilizada neste domicílio é proveniente de: |___| (*leia as alternativas*).
 (1) rede geral de distribuição (2) poço ou nascente (3) outro:

Bloco I – Para nossa pesquisa, é importante classificar as famílias segundo **níveis de renda**. Como já dissemos anteriormente, as informações colhidas são de uso exclusivo de pesquisa e são confidenciais.

I1- Por favor, responda-me: contando com salário, pensão, aluguel, bico, etc. em que faixa de renda sua família se encaixa? |___| (*leia as alternativas*).

- | | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| (0) A família não tem renda | (1) Menos de 1 salário mínimo (SM) |
| (2) De 1 a menos de 2 SM | (3) De 2 a menos de 3 SM |
| (4) De 3 a menos de 5 SM | (5) De 5 a menos de 10 SM |
| (6) De 10 a menos de 20 SM | (7) De 20 a menos de 30 SM |
| (8) De 30 a menos de 40 SM | (9) De 40 a menos de 50 SM |
| (10) 50 SM ou mais | (11) Não sabe / recusa. |

I2 - Agora, por favor, responda-me, qual é a renda total de sua família por mês?

R\$ _____ (Não sabe / recusa = 99999,99)

Bloco J - As perguntas a seguir são sobre *antecedentes familiares de câncer*.

J1 - Alguma parenta sua (de sangue) já teve câncer? (1) sim (2) não (9) não sabe

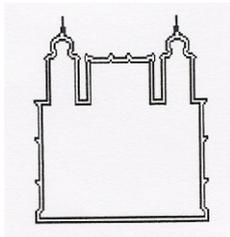
Se sim, perguntar sobre o tipo de câncer (localização) e o grau de parentesco, preenchendo o quadro seguinte:

	Grau de parentesco (*)	Vivo (1) Morto (2)	Idade ao diagnóstico	Idade atual ou quando morreu	Tipo de câncer	Classificação do tumor (CID)
J1_2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		/_/_/_/_/_/_/_/_
J1_3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		/_/_/_/_/_/_/_/_
J1_4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		/_/_/_/_/_/_/_/_
J1_5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		/_/_/_/_/_/_/_/_
J1_6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		/_/_/_/_/_/_/_/_
J1_7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		/_/_/_/_/_/_/_/_
J1_8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	/_/_/_/_/_/_/_/_

* (1) mãe (2) irmã (3) filha (4) avó (5) tia

Avaliação da entrevista (considerar: estado de saúde da paciente, disposição em colaborar, qualidade das informações, possibilidade consultas futuras, relação médico-paciente, etc.).

Entrevista feita por:



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Programa – Doutorado em Saúde Pública e Meio Ambiente

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 sala 314 Manguinhos RJ
 21041-210; atendimento ao público: 14 às 17h
 Secretaria: Maria Emilia Duarte de Oliveira
 E-mail.: cep@ensp.fiocruz.br
 Home page: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica> .

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 sala 812
 Manguinhos RJ 21041-210
 Pesquisadora: Gina Torres Rego Monteiro
 Telefone: 2598-2617
 E-mail: gtorres@ensp.fiocruz.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está sendo apresentado em conformidade com as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 ENSP-FIOCRUZ as quais regulamentam pesquisas em seres humanos e é relativo a estudo que tem como base coleta de dados, com o objetivo de analisar fatores de risco para o câncer de colo de útero.

Eu, _____, abaixo-assinado, estou sendo convidada a participar da pesquisa: “*Dieta, tabagismo e acessibilidade como fatores de risco para câncer de colo do útero: estudo caso-controle na Baixada Fluminense*”, desenvolvida pela Fundação Oswaldo Cruz e pelo Hospital Geral de Nova Iguaçu, e concordo em ser entrevistada e responder algumas perguntas para contribuir com a investigação sobre os fatores de risco para doenças do colo de útero.

Declaro, ainda, conhecer os seguintes aspectos relativos à pesquisa:

1. Que ela procura conhecer fatores envolvidos no aparecimento de doenças e sua prevenção que podem ajudar as mulheres a evitar o câncer de colo.
2. Que todas as informações prestadas são confidenciais.
3. Que a entrevista leva cerca de 1 hora, podendo ser interrompida a qualquer momento e por qualquer motivo.
4. Que se me recusar não terei prejuízo algum no tratamento que recebo.
5. Que não vou receber nenhum tipo de gratificação pela participação na pesquisa e que não estão previstas indenizações de qualquer forma.
6. Que autorizo a realização de exame ginecológico para coleta de material para exames preventivos e de HPV e coleta de sangue para exame de HIV.
7. Que se alguma coisa surgir que precise de mais cuidado serei informada, receberei assistência ou serei encaminhada para receber o tratamento.
8. Que se eu tiver algum desconforto, será passageiro, não correndo riscos para minha saúde.
9. Em caso de dúvida, posso procurar a Dra. Gina Torres (Escola Nacional de Saúde Pública – tel: 2598-2617) ou Dra. Maria Isabel do Nascimento (Hospital Geral de Nova Iguaçu – tel: 3779-9900 ramal 130 ou 3627-5355).

Nome do participante: _____

Data: ____ / ____ / _____

Assinatura do participante ou representante

Nome do entrevistador: _____

Data: ____ / ____ / _____

Assinatura do entrevistador