

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II**

SILVIA TROYAHN MANICA

**DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS E REGIONAIS NA COBERTURA DE
EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO NO RIO GRANDE DO SUL**

PORTO ALEGRE

2014

SILVIA TROYAHN MANICA

**DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS E REGIONAIS NA COBERTURA DE
EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO NO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como pré-requisito para a obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria de Lourdes Drachler.

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira.

PORTO ALEGRE

2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO/REFERENCIAL TEÓRICO	3
2 OBJETIVOS	7
2.1 Objetivo geral	8
2.2 Objetivos específicos	8
3 METODOLOGIA.....	9
3.1 Tipo de estudo	9
3.2 Campo do estudo	9
3.3 População alvo do estudo	9
3.4 População do estudo	10
3.5 Procedimentos de coleta e manejo de dados	10
3.5.1 Variáveis e medidas.....	11
3.6 Análise estatística	12
3.7 Considerações éticas.....	12
REFERÊNCIAS	14
4 ARTIGO CIENTÍFICO.....	17
ANEXOS	40

1 INTRODUÇÃO/REFERENCIAL TEÓRICO

O câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais incidente em mulheres e o sétimo na população em geral, com cerca de 528 mil novos casos e 266 mil óbitos no mundo em 2012, o equivalente a 7,5 % das mortes por câncer no sexo feminino (WHO, 2012). No Brasil foi o terceiro tumor mais incidente em mulheres e a quarta causa de mortalidade feminina por câncer naquele ano (BRASIL, 2011a). No estado do Rio Grande do Sul representa o quarto tumor mais incidente em mulheres (BRASIL, 2012a) e a quinta causa de mortalidade feminina por câncer em 2012 (RS, 2013).

Com foco na redução dessas altas taxas de incidência e mortalidade do câncer do colo do útero, a prevenção primária, realizada no período pré-patogênico, engloba a proteção específica à doença (BRASIL, 2010a) e esta é baseada principalmente no estímulo ao uso de preservativos durante a relação sexual e na vacinação contra o vírus do papiloma humano (HPV) (BRASIL, 2011b). O HPV possui 40 tipos infectantes ao trato genital inferior, sendo que 12 a 18 tipos podem ser oncogênicos para o colo do útero (IARC, 2007).

No Brasil há duas vacinas contra o HPV aprovadas e comercialmente disponíveis, a bivalente e a quadrivalente (BRASIL, 2013a), sendo esta última ofertada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013b). Um aspecto importante é que a adoção das vacinas contra o HPV não eliminam a necessidade da prevenção do câncer do colo do útero via outros métodos, visto que a vacinação não oferece proteção para cerca de 30% dos casos de câncer do colo do útero causados por outros tipos virais oncogênicos (BRASIL, 2013a).

Sendo assim, mesmo com a vacinação contra o HPV, as estratégias de prevenção secundária devem ser consideradas para que a detecção do câncer do colo do útero ocorra em estágio inicial ou subclínico. As estratégias neste nível incluem o diagnóstico precoce e o rastreamento da doença e ambas baseiam-se na premissa de que o câncer do colo do útero têm maiores chances de cura, sobrevida e qualidade de vida quando detectado precocemente. O diagnóstico precoce diz respeito à abordagem de indivíduos que já apresentam sinais e/ou sintomas de doença, enquanto o rastreamento é a ação dirigida à população assintomática (BRASIL, 2010a).

Nesse sentido, a realização periódica trienal do exame citopatológico do colo do útero tem sido adotada internacionalmente como a principal estratégia dos programas de rastreamento da doença e de suas lesões precursoras (SASLOW et al., 2012), por possuir

sensibilidade e especificidade aceitáveis, 53% e 96,3% (CUZICK et al., 2006), baixo custo, ser seguro e de fácil aceitação pelas mulheres (WHO, 2007).

No Brasil, o estímulo à realização do exame citopatológico do colo do útero, tornando-o procedimento de rotina na consulta ginecológica, foi iniciado em 1984 com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Este enfoque também foi prioridade no Programa Viva Mulher em 1996, na Política Nacional de Atenção Oncológica em 2005 e no Pacto pela Saúde em 2006, sendo recentemente reafirmado através do Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero em 2011 (BRASIL, 2011c).

No entanto, apesar de avanços na formulação de políticas e programas com foco na prevenção e controle do câncer do colo do útero no Brasil, no que diz respeito ao rastreamento da doença o país ainda enfrenta muitos desafios, pois os programas organizados de rastreamento do câncer do colo do útero ainda não foram implementados. Dessa forma, o rastreamento se dá de maneira oportunística, isto é, a partir da procura ocasional aos serviços de saúde determinada por razões diversas que não o rastreamento da doença. Essa modalidade de rastreamento é menos efetiva no impacto sobre a morbimortalidade da doença, pois não fornece controle das mulheres que realizam os exames citopatológicos do colo do útero e nem a periodicidade com que o fazem (VALE et al., 2010).

No Brasil o rastreamento do câncer do colo do útero é orientado pelas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, documento publicado em 2011 pelo Ministério da Saúde, que recomenda as seguintes ações para o rastreamento da doença: a) o método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico; b) o intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual; c) deve haver maior frequência de exames para as mulheres com exame prévio alterado e/ou infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer ou usuárias crônicas de corticosteroides; d) o início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual; e) os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem dois ou mais exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos; f) para mulheres com mais de 64 anos que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos, e interrupção dos exames se ambos forem negativos (BRASIL, 2011c).

No que diz respeito à cobertura de exames citopatológicos do colo do útero, a realização trienal do exame, preconizada pelo Ministério da Saúde, corresponde a coberturas

anuais de 33,3% da população alvo de rastreamento da doença, ou seja, mulheres de 25 a 64 anos de idade (BRASIL, 2011c). O alcance da cobertura preconizada desses exames em mulheres nesta faixa etária tem sido considerado o componente mais importante da atenção básica à saúde dessa população no que diz respeito à redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil (BRASIL, 2013a).

Nesse sentido, o SUS tem realizado o exame citopatológico do colo do útero em um contingente muito grande de mulheres, correspondendo a 8563366 exames no Brasil e 501275 exames no Rio Grande do Sul em 2012 (BRASIL, 2012b). No entanto, a grande produção desses exames na população alvo de rastreamento da doença não garante o acesso universal e equânime à sua realização. É preciso examinar se existem desigualdades consideradas socialmente injustas no acesso ao rastreamento do câncer do colo do útero no Rio Grande do Sul, como as observadas entre grupos definidos por região de moradia e condição socioeconômica (DRACHLER et al., 2003).

No que diz respeito às desigualdades regionais, a Constituição Federal e a Lei Orgânica de Saúde estabelecem a descentralização e a regionalização como princípios norteadores dos processos de reforma e organização político-territorial do SUS (LIMA; QUEIROZ, 2012). Também com este propósito, no ano de 2002, o Ministério da Saúde publicou a Norma Operacional da Assistência à Saúde, que ampliava as responsabilidades dos municípios na atenção básica, estabelecendo o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde na busca de maior equidade. Além disso, esta norma estabelece o Plano Diretor de Regionalização da Saúde como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência à saúde em cada estado brasileiro (BRASIL, 2002).

O Estado do Rio Grande do Sul, a fim de viabilizar os preceitos estabelecidos nos referidos textos legais, instituiu em 2002 o Plano Diretor de Regionalização da Saúde estadual. A descentralização da gestão e regionalização da atenção à saúde, propostas neste documento, tiveram como objetivo garantir à atenção necessária à saúde nas diferentes localidades do estado. Com este propósito, o Governo Estadual considerou a capacidade instalada, o fluxo de usuários do SUS e as condições geopolíticas de seus diferentes territórios na divisão do estado em sete macrorregiões de saúde. Estas macrorregiões representaram uma nova organização das ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar aos usuários do SUS residentes no estado (RS, 2002).

Visando avançar ainda mais neste processo de descentralização, a Portaria 4.279 de 2010 estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, regulamentando o planejamento da saúde em âmbito estadual de maneira regionalizada

(BRASIL, 2010b). Em consonância a esta legislação, em 2012 o Governo Estadual propôs a criação de trinta regiões de saúde no Rio Grande do Sul. Estas regiões de saúde passaram a ser referência para as transferências de recursos do SUS e base para o planejamento em saúde no estado desde então (RS, 2012).

No ano seguinte, a Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul propôs um novo indicador para subsidiar os gestores da saúde, o Índice de Vulnerabilidade Social Municipal-5 (IVS-5). Este índice sumariza desigualdades entre municípios por meio de cinco indicadores de vulnerabilidade obtidos em bancos de dados públicos e reconhecidos internacionalmente como os principais determinantes sociais de desfechos negativos na saúde populacional: renda familiar *per capita*, esgotamento sanitário, rede de distribuição de água, coleta de lixo e dificuldade na provisão de serviços relacionada à baixa densidade populacional. Nesse sentido, a vulnerabilidade social municipal constitui-se como um indicador das condições socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde. Este indicador considera que as chances de adoecimento não são resultantes de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos (DRACHLER et al., 2013).

Essas iniciativas de monitoramento e avaliação das desigualdades regionais e socioeconômicas e suas influências no acesso à saúde no Rio Grande do Sul representam a importância conferida às dimensões territoriais e de natureza socioeconômica na estruturação da rede de atenção à saúde no estado. Da mesma forma, a efetividade das estratégias de rastreamento do câncer do colo do útero em nível estadual dependem consideravelmente do estágio de desenvolvimento das macrorregiões e regiões de saúde do estado, bem como das particularidades territoriais e socioeconômicas destas localidades.

Outro desafio à avaliação das desigualdades socioeconômicas e regionais no acesso ao rastreamento do câncer do colo do útero pelo SUS é que a cobertura dos exames citopatológicos do colo do útero tem sido estimada tendo como população alvo todas as mulheres de 25 a 64 anos residentes nas áreas de interesse. No entanto, especialmente no Rio Grande do Sul, cerca de 25% da população é beneficiária de planos privados de saúde (BRASIL, 2012c). Assim, é provável que as taxas de cobertura desses exames pelo SUS no estado estejam subestimadas em muitos municípios, pois uma parcela relevante da população realiza esses exames por meio de planos privados de saúde ou pagamento particular.

Considerando estas questões, este estudo examina desigualdades socioeconômicas e regionais na cobertura de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos residentes no Rio Grande do Sul, no período de 2011 e 2012. O estudo estima a cobertura destes exames para o total de mulheres residentes e para as mulheres não

beneficiárias de planos privados de saúde, descrevendo a distribuição dessas estimativas de cobertura separadamente para macrorregiões de saúde, regiões de saúde e municípios agrupados de acordo com a sua vulnerabilidade social de sua população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Este estudo tem como objetivo examinar desigualdades socioeconômicas e regionais na cobertura de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos residentes no Rio Grande do Sul, no período de 2011 a 2012.

2.2 Objetivos específicos

- a) Descrever a distribuição da cobertura de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres residentes de 25 a 64 anos, separadamente para macrorregiões, regiões de saúde e vulnerabilidade social municipal.
- b) Descrever a distribuição da cobertura de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres residentes de 25 a 64 anos não beneficiárias de planos privados de saúde, separadamente para macrorregiões, regiões de saúde e vulnerabilidade social municipal.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo integra o ramo quantitativo de uma pesquisa de delineamento misto, intitulada “Uso de tecnologias de integralidade no cuidado às mulheres no âmbito da rede de atenção básica: análise de cenários em relação à consulta ginecológica” em realização pelo Grupo de Estudos em Promoção da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (GEPS/UFRGS) em parceria com o Ministério da Saúde.

Trata-se de um estudo ecológico descritivo da cobertura de exames citopatológicos do colo do útero, tendo como unidade de análise a população feminina de 25 a 64 anos de idade, residente em cada município do Rio Grande do Sul. Os estudos ecológicos utilizam como unidade de análise agrupamentos, por exemplo, serviços de saúde ou áreas geográficas delimitadas, como municípios, estados ou regiões (LOPES, 2013).

3.2 Campo do estudo

O cenário de estudo é composto por todos os 496 municípios do Rio Grande do Sul. Estes municípios foram objetos de análise para o cálculo da cobertura de exames citopatológicos do colo do útero no estado.

3.3 População alvo do estudo

A população alvo deste estudo é a população feminina de 25 a 64 anos residente nos municípios do Rio Grande do Sul. A determinação desta faixa etária deu-se pelo atendimento a recomendação do Ministério da Saúde que preconiza que o início da coleta de exames citopatológicos do colo do útero deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual e que estes devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos

apenas quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (BRASIL, 2011c).

3.4 População do estudo

A população do estudo é a população feminina de 25 a 64 anos estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para os anos de 2011 a 2012, a partir do Censo Demográfico do ano de 2010.

3.5 Procedimentos de coleta e manejo de dados

Este estudo utiliza dados secundários referentes a 2011 e 2012 coletados em bases de dados nacionais de domínio público por meio de planilhas eletrônicas do *software* Excel[®].

O número de exames citopatológicos do colo do útero realizados em usuárias do SUS foi coletado, por município de residência, no *site* do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). O número de mulheres de 25 a 64 anos residentes em cada município no período foi estimado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O número de mulheres desta faixa etária beneficiárias de planos de saúde no estado no período foi obtido, por município de residência, no *site* da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Neste estudo, os exames citopatológicos do colo do útero considerados são os exclusivamente realizados pelo SUS, seja diretamente (serviços públicos) ou mediante participação complementar da iniciativa privada (serviços privados contratados pelo SUS ou conveniados ao SUS). Não foram considerados os exames citopatológicos realizados exclusivamente na esfera privada, no campo que se convencionou nomear de saúde suplementar ao SUS, no qual as mulheres beneficiárias de planos privados de saúde tendem a realizar o exame citopatológico em serviços credenciados à sua operadora de plano de saúde.

A coleta de dados foi realizada em janeiro de 2014. Todos os dados foram exportados para o *software* IBM[®] SPSS[®] *Statistics* 20 para fins de análise estatística.

3.5.1 Variáveis e medidas

A variável dependente é a cobertura municipal de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos residentes nos municípios do Rio Grande do Sul, medida em percentagem. Este indicador expressa a produção de exames citopatológicos do colo do útero na população alvo do rastreamento da doença, sendo coberturas anuais de 33,3% dessa população o preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c).

Como neste estudo os exames citopatológicos do colo do útero analisados são os exclusivamente realizados pelo SUS, dois tipos de cobertura desses exames foram estimados:

a) Cobertura de exames citopatológicos do colo do útero realizados pelo SUS no total de mulheres residentes, calculada pela razão entre o número de exames e o número de mulheres residentes de 25 a 64 anos, indicando a percentagem dessa população coberta por esses exames.

b) Cobertura de exames citopatológicos do colo útero realizados pelo SUS em mulheres não beneficiárias de planos privados de saúde, calculada pela razão entre o número de exames e o número de mulheres não beneficiárias de planos privados de saúde de 25 a 64 anos, sendo um indicador mais fidedigno do acesso dessa população a esses exames, pois para quase totalidade dessas mulheres os serviços públicos ou privados contratados pelo SUS/conveniados ao SUS são a principal alternativa para a realização do CP.

Esses dois tipos de cobertura também foram estimados para as categorias das variáveis independentes, expressas no Quadro 01 por seus indicadores, escalas de medida e fontes dos dados:

Quadro 1 - Descrição das variáveis independentes.

Variável	Indicador	Escala de medida	Fonte dos dados
Vulnerabilidade socioeconômica da população municipal	Índice de Vulnerabilidade Social Municipal-5 (IVS-5)	Posição do município em desvios padrões da média dos municípios do Rio Grande do Sul	Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS)
Macrorregião de saúde de residência da mulher	Macrorregião de saúde do Rio Grande do Sul	Centro-Oeste Metropolitana Missioneira Norte Serra Sul Vales	DATASUS
Região de saúde de residência da mulher	Região de saúde do Rio Grande do Sul	30 regiões de saúde	DATASUS

3.6 Análise estatística

A análise estatística inclui a descrição da distribuição da cobertura de exames citopatológicos do colo do útero, no total de mulheres residentes e em mulheres não beneficiárias de planos privados de saúde, separadamente para macrorregiões de saúde, regiões de saúde e para os municípios agrupados conforme a vulnerabilidade social de sua população. Todas as análises estatísticas foram realizadas por meio do *software* IBM® SPSS® *Statistics* 20.

3.7 Considerações éticas

A pesquisa no qual este estudo se insere foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS sob número 376.543, em 11 de julho de 2013 (ANEXO A).

O presente subprojeto foi aprovado metodologicamente pelo Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO B).

Este estudo é baseado na análise de dados secundários de domínio público sobre os municípios do Rio Grande do Sul, obtidos nos *sites* do DATASUS, IBGE e ANS. Utiliza ainda dados referentes à vulnerabilidade social destes municípios obtidos junto à SES/RS, portanto, não houve coleta de dados primários em seres humanos.

Os resultados deste estudo serão divulgados por meio da defesa pública do trabalho de conclusão de curso, publicação em periódico e apresentação em encontros científicos da área.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial da União**, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Primária: Rastreamento**, n. 29, 2010a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf>. Acessado em: 15 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**, 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_prevencao_riscos_doencas.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do colo do Útero**, 2011c. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Informativo vigilância do câncer: magnitude do câncer no Brasil: incidência, mortalidade e tendência**, 2012a. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativo_vigilancia_cancer_n3_2012.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Produção ambulatorial do SUS**, 2012b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sia/cnv/qbrs.def>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Proporção da população coberta por planos privados de saúde**, 2012c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f16.def>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama**, n. 13, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf> Acessado em: 15 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vacina contra o HPV: Prevenção contra câncer de colo do útero no SUS e inovação tecnológica para o Brasil**, 2013b. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/MinSaude/vacina-contr-o-hpv-apresentao>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

CUZICK, J. et al. Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening. **International Journal of Cancer**, v. 119, n. 5, p. 1095-1101, 2006.

DRACHLER, M. L. et al. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 461-470, 2003.

DRACHLER M. L. et al. Desenvolvimento e validação de um índice de vulnerabilidade social aplicado a políticas públicas do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva (online)**. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=14867>. Acesso em: 04 jan. 2014.

INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER (IARC). **Working group on the evaluation of carcinogenic risks to humans: Human papillomaviruses**. Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, 2007. Disponível em: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol90/mono90.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2014.

LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N. O processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do Pacto pela Saúde. In: MACHADO, V. C.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. (Org). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 229-252, 2012.

LOPES, M. V. O. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p.121-132.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**, 2002. Disponível em:

<http://www.mprs.mp.br/areas/gapp/arquivos/plano_diretor_regionalizacao_saude.pdf>.

Acesso em: 04 jan. 2014.

RIO GRANDE DO SUL (RS). Resolução 555 de setembro de 2012. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul e institui as Comissões Intergestores Regionais. **Secretaria Estadual da Saúde**, 2012.

RIO GRANDE DO SUL (RS). Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2012/2015**, 2013. Disponível em:

<http://www.saude.rs.gov.br/upload/1382374302_PES%202012-2015%20FINAL.pdf>.

Acesso em: 03 jan. 2014.

SASLOW D., ET AL. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 62, n. 3, p. 147-172, 2012.

VALE, D. B. A. P. et al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 383-390, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer control: Knowledge into action - Early detection WHO Guide for Effective Programmes**, 2007. Disponível em:

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241547338_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 19 fev. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Agency for Research on Cancer (IARC). **GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence**, 2012.

Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

4 ARTIGO CIENTÍFICO

Os resultados desse estudo serão apresentados em formato de artigo científico elaborado de acordo com as normas de editoração da Revista Ciência & Saúde Coletiva (ANEXO C).

Desigualdades socioeconômicas e regionais na cobertura de exames citopatológicos do colo do útero no Rio Grande do Sul

Socioeconomic and regional inequalities in the Pap test coverage in Rio Grande do Sul

RESUMO

Estudo ecológico examina desigualdades socioeconômicas e regionais na cobertura de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos residentes no Rio Grande do Sul, em 2011 e 2012, estimando a cobertura para o total de mulheres residentes e para as mulheres não beneficiárias de planos privados de saúde. A cobertura estadual foi em média 17,3% para todas as residentes e 23,8% para as mulheres não beneficiárias de planos privados de saúde. Entre o total de residentes houve diferenças de cobertura de até 9,1% entre as macrorregiões, 16,1% entre as regiões de saúde e 10,6% entre os municípios agrupados conforme a vulnerabilidade social. As diferenças de cobertura entre os territórios ao considerar somente as não beneficiárias foram ainda maiores, 14,6% entre as macrorregiões e 25,4% entre as regiões de saúde, sendo menores apenas para os municípios agrupados pela vulnerabilidade social, cuja diferença foi de 4,6%.

Descritores: Desigualdades em Saúde; Prevenção de Câncer de Colo Uterino; Equidade em Cobertura.

ABSTRACT

It is an ecologic study focused on the socioeconomic and regional inequalities in the Pap test coverage in 25-to-64 year old women resident in Rio Grande do Sul in 2011 and 2012 by estimating the coverage for the total of resident women and for women not beneficiaries from private health plans. The state coverage reached 17.3% in average among all of the residents and 23.8% among women not beneficiaries from private health plans. Considering all of the residents, there were coverage differences up to 9.1% among the macro-regions, up to 16.1% among the health regions and up to 10.6% among the municipalities grouped according to social vulnerability. The coverage differences among the territories when considering only women not beneficiaries were even higher, i.e., 14.6% among the macro-regions and 25.4% among the health regions, being lower only among the municipalities grouped as per social vulnerability with a difference of 4.6%.

Key words: Health Inequalities; Cervix Neoplasms Prevention; Coverage Equity.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais incidente em mulheres e o sétimo na população em geral, com cerca de 528 mil novos casos e 266 mil óbitos no mundo em 2012, o equivalente a 7,5 % das mortes por câncer no sexo feminino⁽¹⁾. No Brasil foi o terceiro tumor mais incidente em mulheres e a quarta causa de mortalidade feminina por câncer naquele ano⁽²⁾. No estado do Rio Grande do Sul apresenta o quarto tumor mais incidente em mulheres⁽³⁾ e a quinta causa de mortalidade feminina por câncer em 2012⁽⁴⁾.

Internacionalmente a realização periódica trienal do exame citopatológico do colo do útero (CP) tem sido a principal estratégia de programas de rastreamento do câncer do colo do útero e suas lesões precursoras⁽⁵⁾ por ter sensibilidade e especificidade aceitáveis (53% e 96,3%)⁽⁶⁾, baixo custo, ser seguro e de fácil aceitação pelas mulheres⁽⁷⁾. No Brasil, o Ministério da Saúde preconiza a realização trienal do CP em mulheres entre 25 e 64 anos, correspondendo a coberturas anuais de 33,3% dessa população⁽⁸⁾. O Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) tem realizado este exame em um contingente muito grande de mulheres, correspondendo a 8563366 exames no Brasil e 501275 exames no Rio Grande do Sul em 2012⁽⁹⁾.

A universalidade do acesso aos serviços de saúde é um princípio fundamental do SUS, sendo preciso examinar se existem desigualdades consideradas socialmente injustas no acesso ao rastreamento do câncer do colo do útero, como as observadas entre grupos definidos por região de moradia e condição socioeconômica⁽¹⁰⁾. A identificação dessas desigualdades é um aspecto fundamental do monitoramento e avaliação das políticas de equidade à saúde das mulheres.

Um problema para a avaliação dessas desigualdades na cobertura de exames pelo SUS é que as coberturas têm sido estimadas tendo como população alvo indivíduos residentes nas áreas de interesse. No entanto, especialmente no Rio Grande do Sul, cerca de 25% da população é beneficiária de planos privados de saúde⁽¹¹⁾. Assim, é provável que as taxas de cobertura de CP pelo SUS no estado estejam subestimadas em muitos municípios, pois uma parcela relevante da população realiza esses exames por meio de planos privados de saúde ou pagamento particular.

Diante disso, este estudo estima a participação do SUS no rastreamento do câncer do colo do útero no Rio Grande do Sul através do cálculo da cobertura de CP para o total de mulheres residentes e exclusivamente para as mulheres não beneficiárias de planos privados

de saúde, conferindo-se destaque às desigualdades socioeconômicas e regionais referentes a essas taxas de cobertura no estado.

MÉTODOS

Este estudo integra o ramo quantitativo de uma pesquisa de delineamento misto, intitulada “Uso de tecnologias de integralidade no cuidado às mulheres no âmbito da rede de atenção básica: análise de cenários em relação à consulta ginecológica” em realização pelo Grupo de Estudos em Promoção da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (GEPS/UFRGS) em parceria com o Ministério da Saúde⁽¹²⁾.

Trata-se de um estudo ecológico descritivo que utiliza dados secundários referentes a 2011 e 2012, agregados por município do Rio Grande do Sul, obtidos em meio eletrônico de bases de dados nacionais de domínio público.

A população alvo do estudo é todas as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos residentes no Rio Grande do Sul neste período. Esta população foi escolhida por ser o alvo do Programa de Rastreamento do Câncer do Colo do Útero no Brasil⁽⁸⁾. Os anos de 2011 e 2012 foram selecionados, pois dados de anos posteriores não haviam sido disponibilizados na íntegra nas bases de dados nacionais de domínio público na ocasião da coleta de dados – Janeiro de 2014.

O número de CP realizados em usuárias do SUS foi coletado, por município de residência, no *site* do Departamento de Informática do SUS (DATASUS)⁽⁹⁾. O número de mulheres desta faixa etária que eram residentes em cada município no período foi estimado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽¹³⁾. O número de mulheres de 25 a 64 anos beneficiárias de planos privados de saúde no período foi obtido, por município de residência, no *site* da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)⁽¹⁴⁾.

Neste estudo os CP considerados são os exclusivamente realizados pelo SUS, seja diretamente (serviços públicos) ou mediante participação complementar da iniciativa privada (serviços privados contratados pelo SUS ou conveniados ao SUS)⁽¹⁵⁾. Não foram considerados os CP realizados exclusivamente na esfera privada, no campo que se convencionou nomear de saúde suplementar ao SUS⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, no qual as mulheres beneficiárias de planos privados de saúde tendem a realizar o CP em serviços credenciados à sua operadora de plano de saúde. Por esses motivos, dois tipos de cobertura de CP pelo SUS foram estimados. A primeira é a cobertura de CP pelo SUS no total de mulheres residentes, calculada pela razão entre o número de exames e o número de mulheres residentes de 25 a 64 anos, indicando a percentagem dessa população coberta por esses exames. A segunda é a cobertura de CP pelo SUS em mulheres não beneficiárias de planos privados de saúde, calculada pela razão entre o número de exames e o número de mulheres não beneficiárias de planos privados de saúde de 25 a 64 anos, sendo um indicador mais fidedigno do acesso dessa população a esses exames, pois para quase totalidade dessas mulheres os serviços públicos ou privados contratados pelo SUS/conveniados ao SUS são a principal alternativa para a realização do CP.

As desigualdades socioeconômicas referentes à cobertura de CP pelo SUS foram examinadas estimando sua distribuição para grupos de municípios organizados conforme a vulnerabilidade social de sua população, medida pelo Índice de Vulnerabilidade Social Municipal-5 (IVS-5), obtido junto à Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). O IVS-5 é um índice de desigualdades entre municípios que sumariza cinco aspectos da vulnerabilidade social da população: renda familiar *per capita*, esgotamento sanitário, rede de distribuição de água, coleta de lixo e dificuldade na provisão de serviços relacionada à baixa densidade populacional. O IVS-5 mede a posição do município em número de desvios padrões acima ou abaixo da média estadual. Assim, os municípios são ordenados em ordem crescente de vulnerabilidade, sendo que valores negativos indicam

menor proporção da população em vulnerabilidade social do que a média estadual (0,00) e os positivos maior proporção⁽¹⁸⁾. Nesse estudo, os municípios foram agrupados em quatro faixas de vulnerabilidade: <-0,50; -0,50 a 0,00; 0,01 a 1,00; >1,00.

As desigualdades regionais da cobertura de CP realizados pelo SUS foram examinadas estimando sua distribuição por macrorregiões de saúde e regiões de saúde do estado. As macrorregiões de saúde foram selecionadas por representarem o cenário geoeconômico do estado e as trinta regiões de saúde por representarem o cenário da organização dos serviços em redes de atenção⁽¹⁹⁻²⁰⁾, ambas obtidas no *site* do DATASUS⁽⁹⁾.

Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o *software* IBM[®] SPSS[®] Statistics 20⁽²¹⁾.

RESULTADOS

Distribuição da população

A distribuição das mulheres residentes de 25 a 64 anos de idade mostra um predomínio de residentes em municípios com vulnerabilidade relativamente baixa, com 78,1% dessas mulheres residindo em municípios cujo IVS-5 era menor do que -0,50. A macrorregião Metropolitana apresenta o maior número de mulheres dessa faixa etária (44,2% do total do estado), sendo o menor número observado nas macrorregiões Missioneira e Vales (8,2% do total do total do estado) (Tabela 1). Entre as regiões de saúde, o maior número de mulheres residentes foi observado na região Capital e Vale do Gravataí (21,7% do total do estado) e o menor número na região Campos de Cima da Serra (0,8% do total do estado) (Tabela 2).

A percentagem de não beneficiárias de planos privados de saúde também aumenta com a vulnerabilidade social municipal, variando de 66,7% em municípios menos vulneráveis (IVS-5 <-0,50) à 97,1% nos mais vulneráveis (IVS-5 >1,00). A percentagem de mulheres não beneficiárias também difere entre as macrorregiões, variando de 48,3% na macrorregião Serra à 88,5% na macrorregião Centro-Oeste (Tabela 1). Entre as 30 regiões de saúde, Caxias e Hortênsias apresentou a menor percentagem de não beneficiárias de planos privados de saúde (38,1%) e Entre Rios a maior (94,2%) (Tabela 2).

Distribuição de exames citopatológicos do colo do útero

Foram realizados no Rio Grande do Sul 1021232 exames de CP no período de 2011 e 2012. A maior produção de exames ocorreu nos municípios com menor vulnerabilidade social (IVS-5 <-0,50; n=707667 exames) e macrorregião Metropolitana (n=386521 exames). A menor produção nos municípios de maior vulnerabilidade (IVS-5 >1,00; n=50179 exames) e macrorregião Sul (n=80203 exames) (Tabela 3).

Distribuição da cobertura de exames citopatológicos do colo do útero

No Rio Grande do Sul, a cobertura de CP em mulheres residentes foi em média 17,3%. Entre as mulheres não beneficiárias de planos privados de saúde a cobertura foi 23,8%. A distribuição conforme o IVS-5 mostra que nesses dois indicadores a cobertura era maior à medida que a vulnerabilidade social municipal era mais alta (Tabela 3).

A distribuição da cobertura em mulheres residentes difere entre as macrorregiões do estado, sendo as menores taxas observadas nas macrorregiões Sul (14,4%), Metropolitana (14,8%) e Serra (15,2%) e as maiores nas macrorregiões Norte (23,5%), Missioneira (23,0%)

e Vales (21,2%). A cobertura referente às não beneficiárias de planos privados de saúde apresentou menores taxas nas macrorregiões Sul (16,9%), Centro-Oeste (20,7%) e Metropolitana (23,0%) e maiores nas macrorregiões Serra (31,5%), Norte (27,4%) e Missioneira (26,5%) (Tabela 3).

As diferenças de cobertura conforme o IVS-5 foram maiores nas mulheres residentes (mínimo 15,3%; máximo 25,9%; diferença 10,6%) do que nas não beneficiárias de planos privados de saúde (mínimo 23,0%; máximo 27,6%; diferença 4,6%) (Tabela 3).

O Figura 1 apresenta as coberturas de CP nas 30 regiões de saúde do estado. A diferença na cobertura entre as mulheres residentes foi de até 16,1%, sendo a menor cobertura observada na região Campos de Cima da Serra (11%) e a maior na região Belas Praias (27,1%). A diferença entre as não beneficiárias de planos privados de saúde foi de 25,4%, sendo a menor cobertura a da região Campos de Cima da Serra (12,9%) e a maiores a das regiões Caxias e Hortênsias (38,3%) e Uva e Vale (36,1%) (Não apresentado em tabelas).

Tabela 1 - Distribuição das mulheres de 25 a 64 anos conforme índice de vulnerabilidade social municipal e macrorregião de saúde. Rio Grande do Sul, 2011-2012.

	Mulheres de 25 a 64 anos residentes		
	Total de residentes	Não beneficiárias de planos privados de saúde	
	N	N	%
IVS-5*			
< -0,50	4620799	3081474	66,7
-0,50 a 0,00	587756	533553	90,8
0,01 a 1,00	517415	484069	93,6
> 1,00	193984	188394	97,1
Macrorregião			
Sul	558790	475485	85,1
Centro-Oeste	534274	472637	88,5
Metropolitana	2611137	1677596	64,2
Vales	487314	402254	82,5
Missioneira	483921	421055	87,0
Norte	632332	542883	85,9
Serra	612186	295580	48,3
Total do estado	5919954	4287490	72,4

*IVS-5 (Índice de Vulnerabilidade Social Municipal).

Fonte dos dados: DATASUS - IBGE - ANS - SES/RS.

Tabela 2 – Distribuição das mulheres de 25 a 64 anos conforme região de saúde. Rio Grande do Sul, 2011-2012.

Regiões de Saúde		Mulheres de 25 a 64 anos residentes		
		Total de residentes	Não beneficiárias de planos privados de saúde	
Número	Nome	N	N	%
23	Caxias e Hortênsias	306409	116620	38,1
26	Uva e Vale	95568	43181	45,2
10	Capital e Vale do Gravataí	1287522	717394	55,7
25	Vinhedos e Basalto	160867	93671	58,2
8	Vale do Caí e Metropolitana	398612	247380	62,1
7	Vale dos Sinos	424604	277349	65,3
29	Vales e Montanhas	115441	85273	73,9
17	Região do Planalto	165607	124213	75,0
13	Região da Diversidade	121800	98920	81,2
28	Região Vinte e Oito	181302	147237	81,2
30	Vale da Luz	64865	52657	81,2
1	Verdes Campos	229170	189453	82,7
9	Carbonífera/Costa Doce	203154	168850	83,1
21	Região Sul	461767	386150	83,6
16	Alto Uruguai Gaúcho	125036	105577	84,4
24	Campos de Cima da Serra	49342	42108	85,3
6	Vale do Paranhana e Costa Serra	113845	97438	85,6
14	Fronteira Noroeste	125245	107475	85,8
20	Rota da Produção	89257	79988	89,6
11	Sete Povos das Missões	152430	138008	90,5
12	Portal das Missões	82728	74939	90,6
22	Pampa	97023	89335	92,1
5	Bons Ventos	110475	101891	92,2
18	Região das Araucárias	69078	63679	92,2
4	Belas Praias	75107	69341	92,3
15	Caminho das Águas	140733	130028	92,4
3	Fronteira Oeste	240786	222723	92,5
27	Jacuí Centro	106401	98654	92,7
19	Região do Botucaraí	59744	55784	93,4
2	Entre-Rios	66036	62174	94,2
Total do estado		5919954	4287490	72,4

Fonte dos dados: DATASUS - IBGE - ANS.

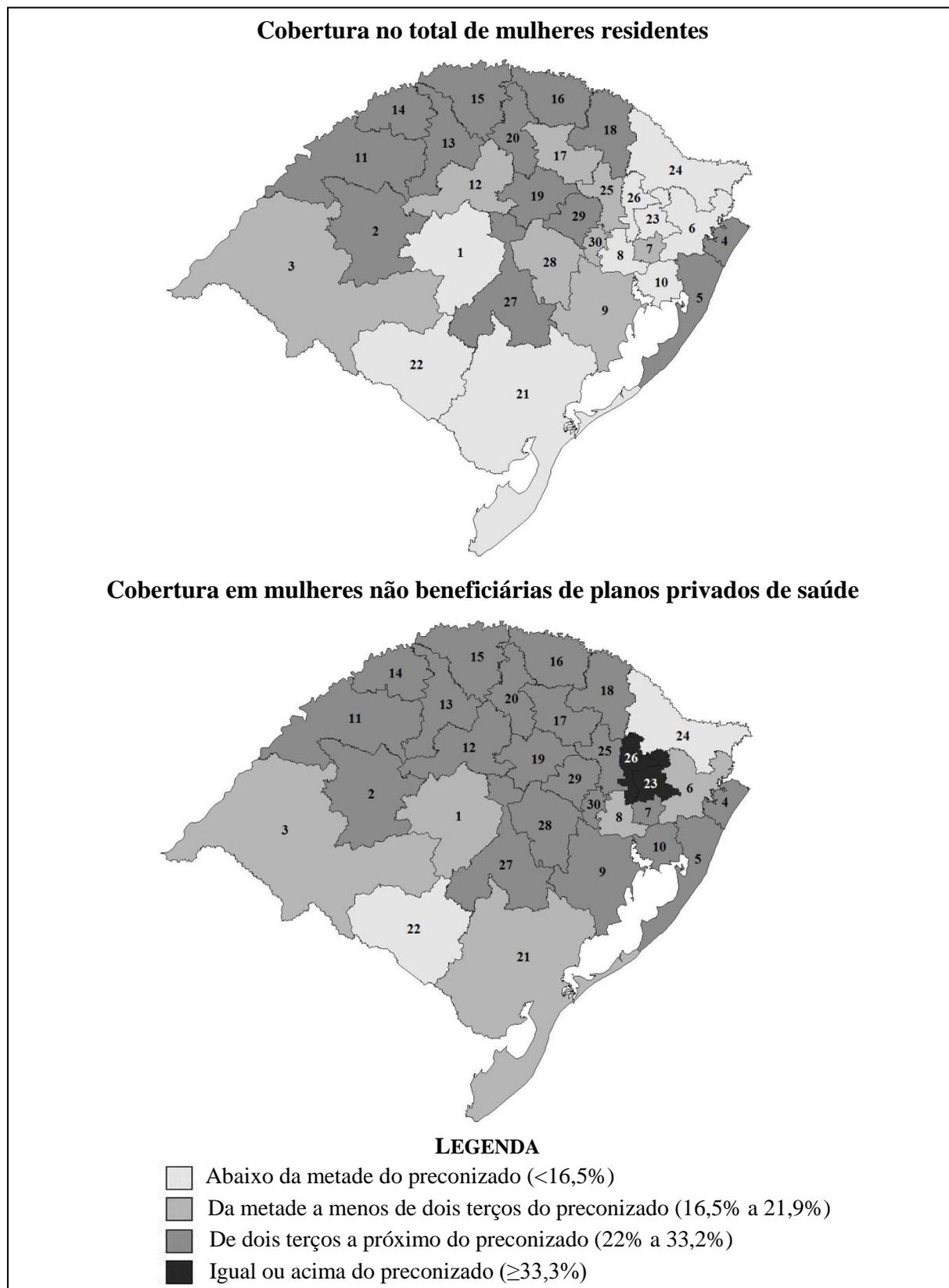
Tabela 3 – Exames citopatológicos do colo do útero realizados pelo SUS em mulheres de 25 a 64 anos conforme índice de vulnerabilidade social municipal e macrorregião de saúde. Rio Grande do Sul, 2011-2012.

	Exames citopatológicos do colo do útero realizados pelo SUS		
	Total de exames	Cobertura em mulheres residentes	Cobertura em mulheres não beneficiárias de planos privados de saúde
	N	%	%
IVS-5*			
< -0,50	707667	15,3	23,0
-0,50 a 0,00	129757	22,1	24,3
0,01 a 1,00	133629	25,8	27,6
> 1,00	50179	25,9	26,6
Macrorregião			
Sul	80203	14,4	16,9
Centro-Oeste	97836	18,3	20,7
Metropolitana	386521	14,8	23,0
Vales	103314	21,2	25,7
Missioneira	111359	23,0	26,5
Norte	148878	23,5	27,4
Serra	93121	15,2	31,5
Total do estado	1021232	17,3	23,8

*IVS-5 (Índice de Vulnerabilidade Social Municipal).

Fonte dos dados: DATASUS - IBGE - ANS - SES/RS.

Figura 1 - Cobertura de exames citopatológicos do colo do útero pelo SUS em mulheres de 25 a 64 anos conforme região de saúde. Rio Grande do Sul, 2011-2012.



*Os nomes das regiões de saúde correspondentes a cada número constam na Tabela 02.

Fonte dos dados: DATASUS - IBGE - ANS.

DISCUSSÃO

Embora a estimativa da cobertura de CP pelo SUS nas mulheres não beneficiárias de planos privados de saúde seja o indicador do acesso ao rastreamento do câncer do colo do útero mais fidedigno à realidade dessas usuárias no estado, uma das limitações deste estudo foi a avaliação do benefício de planos privados de saúde como uma variável dicotômica (possui plano de saúde ou não possui plano de saúde). Esse enfoque desconsidera que o tipo de cobertura desses planos pode variar bastante, tendo forte influência na realização de CP, mesmo entre as mulheres beneficiárias. Além disso, o número de beneficiárias de planos privados de saúde, nas bases de dados de domínio público, é baseado no número de vinculações aos planos, podendo incluir mais de um vínculo para a mesma mulher⁽¹⁴⁾.

Outro problema causado pela transversalidade dos bancos de dados de domínio público foi observado no DATASUS, que se baseia nos procedimentos (CP) e não nas mulheres, impossibilitando o acesso aos dados referentes ao cuidado prestado ao longo do tempo. Desta forma, embora o Ministério da Saúde tenha instituído diretrizes para o rastreamento do câncer do útero no Brasil⁽⁸⁾, com recomendação de diferentes rotinas de realização do CP no ingresso e na saída da mulher do programa de rastreamento, a periodicidade com que a população alvo realiza estes exames não pode ser avaliada a partir dos dados constantes no DATASUS.

Uma provável justificativa para isso é que no Brasil o programa de rastreamento organizado do câncer do colo do útero ainda não foi implementado, havendo um domínio menor das informações oriundas dos serviços de saúde, dificultando o monitoramento, planejamento e avaliação das ações desenvolvidas pelo SUS⁽²²⁾. O rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil se dá de maneira oportunística, isto é, a partir da procura ocasional dos serviços de saúde, determinada por razões diversas que não o rastreamento da doença,

representando baixa cobertura e super-rastreamento de um pequeno grupo de mulheres, o que torna o rastreamento menos custo-efetivo no impacto sobre a morbimortalidade da doença⁽²³⁾.

Apesar dos limites do estudo, dele resultaram importantes contribuições para a análise das coberturas de CP no Rio Grande do Sul, e da sua relação com as desigualdades socioeconômicas e regionais do estado. O estudo ilustra, por exemplo, o argumento de que, embora o Rio Grande do Sul seja um dos estados brasileiros mais desenvolvidos, existem desigualdades neste desenvolvimento, o que repercute no acesso das mulheres ao cuidado em saúde. Observou-se que a maioria das mulheres da população alvo do rastreamento do câncer do colo do útero no estado residem em municípios com vulnerabilidade social relativamente baixa. Além disso, os recortes territoriais próximos ao município de Porto Alegre concentram a maior parte da população de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos (macrorregião Metropolitana e região de saúde Capital e Vale do Gravataí), possivelmente porque essas localidades detêm uma matriz industrial, de serviços, ensino e qualificação diversificadas, que atrai e emprega um grande contingente dessas mulheres no estado. Essa concentração de emprego e renda também está presente no município de Caxias do Sul, configurando o denominado eixo Porto Alegre - Caxias do Sul⁽²⁴⁾, responsável pela maior percentagem de beneficiárias de planos privados de saúde do estado, nas macrorregiões Serra e Metropolitana respectivamente (51,7% e 35,8% de beneficiárias), enquanto que a média das outras cinco macrorregiões foi apenas 14,2%.

As taxas de cobertura estadual de CP pelo SUS diferiram entre todas as mulheres residentes e as mulheres não beneficiárias de planos privados de saúde. No total de mulheres residentes, a participação do SUS na cobertura de CP foi pouco mais da metade do recomendado de 33,3%. Nas não beneficiárias, embora ainda abaixo do preconizado, a taxa de cobertura estadual de CP pelo SUS apresentou um crescimento de 6,5%, o que demonstra a

fragilidade de estimativas de cobertura desses exames que não consideram a prevalência de planos privados de saúde na população.

Entre o total de residentes houve diferenças de cobertura de até 9,1% entre as macrorregiões, 16,1% entre as regiões de saúde e 10,6% entre os municípios agrupados conforme a vulnerabilidade social de sua população. As diferenças de cobertura entre os territórios ao considerar somente as não beneficiárias foram ainda maiores, 14,6% entre as macrorregiões e 25,4% entre as regiões de saúde, sendo menores apenas para os municípios agrupados conforme a vulnerabilidade social, cuja diferença foi de 4,6%.

Estes dados demonstram que embora haja desigualdades regionais na cobertura de CP em ambas as populações, o Estado do Rio Grande do Sul tem se mostrado eficiente na redução das desigualdades socioeconômicas relacionadas à realização do CP, visto que, ao considerar somente as não beneficiárias de planos privados de saúde, a cobertura de CP nos municípios agrupados de acordo com vulnerabilidade social torna-se menos desigual se comparada ao total de mulheres residentes, o que denota um SUS mais equânime à saúde dessa população. Além disso, observou-se que a cobertura de CP cresce com a vulnerabilidade social municipal, o que pode representar uma melhor distribuição de recursos do SUS por parte do Governo Estadual, priorizando os municípios com maiores carências socioeconômicas, nos quais o SUS representa a principal alternativa para a realização do CP.

As coberturas de CP das macrorregiões Metropolitana e Serra, correspondentes às mulheres não beneficiárias de planos privados de saúde aumentaram, em média, cerca de 12,2%. No entanto, nas demais cinco macrorregiões do estado esse aumento representou apenas 3,4% em média. Essa estatística revela que é inadequado assumir que todas as macrorregiões e regiões de saúde do estado, possuem 25% de beneficiárias de planos privados de saúde. Afinal esse dado é uma média e, portanto, não mede a distribuição destes planos nessas localidades. É importante destacar que nas macrorregiões Serra e Metropolitana, a

prevalência de mulheres beneficiárias é muito maior que nas outras macrorregiões, o que pode resultar numa superestimativa da necessidade de realização de CP. Em contrapartida, nas demais macrorregiões, onde a prevalência de beneficiárias é muito baixa, a necessidade destes exames pode ser subestimada.

A macrorregião Sul, é a quinta em percentagem de mulheres beneficiárias, dado que pode ser explicado pela baixa renda média domiciliar *per capita* dessa macrorregião, 20,7% abaixo da média estadual⁽²⁵⁾. Além disso, esta macrorregião apresenta as menores coberturas do estado, no total de mulheres residentes e nas não beneficiárias de planos privados de saúde. Uma hipótese para explicar este cenário é que a macrorregião Sul é caracterizada pelas grandes propriedades, fortemente ligadas à produção agropecuária, o que resulta em elevadas concentrações de renda e desindustrialização em algumas de suas localidades. Além disso, os núcleos urbanos dessa macrorregião mais distantes uns dos outros⁽²⁶⁾, o que pode dificultar o acesso das mulheres aos serviços de saúde e a realização do CP.

Conforme as regiões de saúde do estado, as maiores percentagens de beneficiárias de planos privados de saúde foram observadas nas regiões Caxias e Hortênsias (61,9%) e Uva e Vale (54,8%), ambas pertencentes à macrorregião Serra. Essa alta prevalência de planos nessas duas regiões justifica as maiores taxas de cobertura em mulheres não beneficiárias de planos do estado, com crescimento médio de 21,7% em relação à cobertura do total de mulheres residentes.

Considerando-se todas as residentes, a maior cobertura foi observada na região de saúde Belas Praias, na qual apenas 7,7% das mulheres são beneficiárias de planos privados de saúde, o que poderia explicar o pequeno aumento na cobertura referente à tal população (de 27,1% para 29,3% de cobertura). A eficiência e organização do trabalho das equipes da atenção básica podem ser apontados como aspectos possivelmente implicados com esta elevada cobertura, apesar do baixo índice de beneficiárias de planos de saúde na região.

Estudo sobre o perfil das equipes do Programa de Saúde da Família no litoral norte do estado apontou que a maioria dessas equipes apresenta um número de profissionais acima do preconizado, sendo os agentes comunitários de saúde os mais presentes⁽²⁷⁾. Os agentes comunitários de saúde podem estar associados às altas taxas de cobertura de CP observadas na região, pois são os principais mediadores entre o SUS e as usuárias, favorecendo o estabelecimento do vínculo, que no contexto do rastreamento do câncer do colo do útero representa a identificação e busca ativa das mulheres que nunca realizaram o CP ou que o fizeram há três anos ou mais⁽²³⁾.

Em contrapartida, a região de saúde Campos de Cima da Serra, com quase o dobro de beneficiárias (14,7%), apresenta as menores taxas de cobertura do estado em ambas populações, 11,0% de cobertura no total de residentes e 12,9% nas não beneficiárias de planos privados de saúde. Essas baixas taxas de cobertura de CP tendem a aumentar a incidência e mortalidade do câncer do colo do útero na região. Em 2011, Campos de Cima da Serra apresentou a maior taxa de internações por neoplasias malignas em adultos do estado⁽⁴⁾, dado que se torna ainda mais preocupante ao considerar que, no mesmo ano, o Rio Grande do Sul registrou a maior taxa do Brasil, 15,3% acima da média nacional⁽²⁸⁾. Nessa região são observadas dificuldades em nível de infraestrutura social e de recursos, com falta de profissionais em alguns níveis, entre eles os especializados na gestão da saúde, área responsável pela administração dos consórcios intermunicipais do SUS, que atualmente requerem aperfeiçoamento e ampliação, devido à capacidade instalada insuficiente para atender à todas as mulheres residentes na região⁽²⁹⁾.

Uma evidência da disparidade na cobertura de CP entre as regiões de saúde do estado pode ser constatada pelo fato de que a menor e a maior cobertura registradas, Campos de Cima da Serra e Caxias e Hortênsias respectivamente, pertencem à mesma macrorregião, a Serra, a qual apresenta a melhor cobertura macrorregional do estado em não beneficiárias de

planos privados de saúde. Tal disparidade sugere que o SUS deve considerar as diferenças socioeconômicas entre as regiões e até mesmo entre os municípios na formulação de políticas de equidade à saúde das mulheres.

CONCLUSÕES

O presente estudo estimou a participação do SUS na cobertura de CP no Rio Grande do Sul, no período de 2011 e 2012, conferindo-se destaque às desigualdades socioeconômicas e regionais referentes a essas taxas de cobertura no estado. Com o intuito de tornar essas estimativas mais fidedignas à realidade das usuárias do SUS, dois tipos de cobertura foram estimadas. A primeira para o total de mulheres residentes e a segunda exclusivamente para as mulheres não beneficiárias de planos privados de saúde.

Ao longo da análise dos dados foram trazidas várias evidências dessas desigualdades de cobertura no estado. Observou-se que as diferenças de cobertura entre os territórios (macrorregiões e regiões de saúde) foram maiores nas mulheres não beneficiárias, no entanto, nos municípios agrupados conforme a vulnerabilidade social, as diferenças entre as taxas de cobertura foram cerca da metade do observado no total de mulheres residentes. Isso demonstra que, embora haja desigualdades regionais nas coberturas de CP no estado e essas taxas tenham, em sua maioria, se mantido abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde⁽⁸⁾, o Estado do Rio Grande do Sul tem se mostrado eficiente na redução das desigualdades socioeconômicas relacionadas à realização do CP.

Acredita-se que o estudo resultou no levantamento de questões importantes sobre o rastreamento do câncer do colo do útero no Rio Grande do Sul, embora não se tenha a pretensão de esgotar o assunto. Assim, recomenda-se a realização de outros estudos que

aprofundem este tema, sobretudo pela escassa produção de conhecimento sobre a influência da prevalência de planos de saúde privados nas estimativas de cobertura de exames pelo SUS.

Além das questões específicas que emergiram da análise dos dados, também é importante destacar que foram encontradas dificuldades no acesso aos bancos de dados no que se refere à qualidade da informação neles registrada. A baixa qualidade da informação em saúde não traz problemas apenas aos pesquisadores, mas compromete de modo mais significativo o seu uso no processo de planejamento e aprimoramento das ações nesta área. Os sistemas de informação em saúde utilizados nesse estudo, DATASUS e ANS, mostraram-se operar sob a ótica fragmentadora e vertical da saúde, pouco sintonizada com a diversidade que caracteriza tal situação no Brasil, o que dificulta a formulação de políticas públicas com foco na redução das desigualdades, como as observadas neste estudo.

REFERÊNCIAS

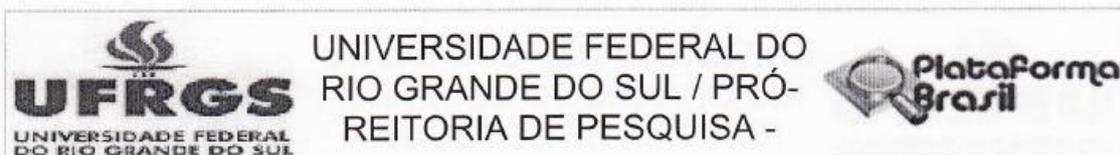
1. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. *GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012; 2012* [cited 2014 Feb 20]; Available from: <http://globocan.iarc.fr>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil; 2011* [acessado 2014 Feb 20]; Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Informativo vigilância do câncer: magnitude do câncer no Brasil - incidência, mortalidade e tendência; 2012* [acessado 2013 Feb 27]; Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativo_vigilancia_cancer_n3_2012.pdf.
4. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. *Plano Estadual de Saúde: 2012/2015; 2013* [acessado 2014 Jan 03]; Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1382374302_PES%202012-2015%20FINAL.pdf

5. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, Garcia FAR, Moriarty AT, Waxman AG, Wilbur DC, Wentzensen ND, Levi S, Spitzer M, Moscicki AB, Franco EL, Stoler MH, Schiffman M, Castle PE, Myers ER. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin* 2012; 62(3):147-72.
6. Cuzick J, Clavel C, Petry K-U, Meijer CJLM, Hoyer H, Ratnam S, Szarewski A, Birembaut P, Kulasingam S, Sasieni P, Iftner T. Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening. *Int J Cancer* 2006; 119(5):1095-101.
7. World Health Organization. *Cancer control: Knowledge into action - Early detection WHO Guide for Effective Programmes*; 2007 [cited 2014 Feb 19]; Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241547338_eng.pdf?ua=1.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*; 2011 [acessado 2014 Jan 07]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Produção ambulatorial do SUS*; 2011-2012 [acessado 2014 Jan 15]; Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qbrs.def>.
10. Drachler ML, Côrtes SMV, Castro JD, Leite JCC. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2003; 8:461-70.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Proporção da população coberta por planos privados de saúde*; 2012 [acessado 2014 Mar 03]; Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f16.def>.
12. Oliveira DLLC, Ferla AA. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Rede Governo Colaborativo em Saúde. *Uso de tecnologias de integralidade no cuidado às mulheres no âmbito da rede de atenção básica: análise de cenários em relação à consulta ginecológica*; 2013.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativas populacionais: população residente*; 2011-2012 [acessado 2014 Jan 15]; Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poprs.def>.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Beneficiários por município*; 2011-2012 [acessado 2014 Jan 15]; Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def.
15. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
16. Brasil. Lei 9.656 de 03 de Junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União* 1998; 3 jun.
17. Brasil. Lei 9.961 de 28 de Janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2000; 28 jan.
18. Drachler ML, Lobato MAO, Lermen JI, Fagundes S, Ferla AA, Drachler CW, Teixeira LB, Leite, JCC. Desenvolvimento e validação de um índice de vulnerabilidade social aplicado a políticas públicas do SUS. *Ciênc. Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2014 [acessado 2014 Jan 04]: [cerca de 8 p.]. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=14867
19. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde *Plano diretor de regionalização da saúde*; 2002 [acessado 2014 Jan 04]. Disponível em: http://www.mprs.mp.br/areas/gapp/arquivos/plano_diretor_regionalizacao_saude.pdf
20. Rio Grande do Sul. Resolução 555 de Setembro de 2012. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais. *Secretaria Estadual da Saúde* 2012; 19 set.
21. IBM SPSS Statistics [computer program]. Version 20. Somers (NY): IBM Corporation; 2010.
22. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Primária: Rastreamento*; 2010 [acessado 2014 Fev 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf
23. Vale DBAP, Moraes SS, Pimenta AL, Zeferino LC. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2010; 26:383-90.

24. Zanin V, Costa RM, Feix RD. *As aglomerações industriais no Rio Grande do Sul: identificação e seleção*. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística; 2013 [acessado 03 Mar 2014]. Disponível em: <http://www.fee.rs.gov.br/wpcontent/uploads/2014/03/20140312aglomeracoes-industriais-rs1.pdf>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Renda média domiciliar per capita segundo macrorregional de saúde*; 2010 [acessado 2014 Mai 15]; Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/rendars.def>.
26. Pinto NGM, Coronel DA. A análise do desenvolvimento econômico nas regiões do Rio Grande do Sul. *Revista de Desenvolvimento Econômico* 2013; 15(28):5-16.
27. Santos PR. *Programa de Saúde da Família (PSF) nos municípios do litoral norte do RS: perfil das equipes da população atendida, 2011 [especialização]*. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Taxa de internações hospitalares por neoplasias malignas*; 2011 [acessado 2014 Mai 15]; Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d29.def>.
29. Rio Grande do Sul. Conselho Regional de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul - Campos de Cima da Serra. *Plano estratégico para o desenvolvimento da região dos Campos de Cima da Serra 2010/2030*; 2010 [acessado 2014 Mai 10]; Disponível em: <http://www.coredeccs.com/apresentacao>

ANEXO A – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uso de tecnologias de integralidade no cuidado às mulheres no âmbito da rede de atenção básica: análise de cenários em relação à consulta ginecológica

Pesquisador: Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15125113.0.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL/COMITÊ DE ÉTICA EM

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 376.543

Data da Relatoria: 11/07/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto da Profª. Drª. Dora Lucia Leidens Correa Oliveira e Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla da Escola de Enfermagem - UFRGS. É um projeto bem elaborado, bem documentado que deve trazer uma grande contribuição para as ciências aplicadas da saúde.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisadora propõe analisar, em escala nacional e tendo como foco empírico a rede de atenção básica, os cenários da consulta ginecológica e a potencialidade deste dispositivo para produzir atenção integral, considerando as ofertas assistenciais, a organização do trabalho, a qualidade técnica e a orientação predominante em termos das naturezas tecnológicas dessas ações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A proposta segue adequadamente as orientações éticas de pesquisa, incluindo TCLE com clara explicação dos objetivos e procedimentos da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa combina técnicas qualitativas e quantitativas. Na ETAPA 1, projeta-se consulta à base de dados SUS para Identificação e análise de indicadores por meio de estudo epidemiológico. (Essa etapa será finalizada com uma oficina temática de sistematização de indicadores com representantes do Ministério da Saúde, pesquisadores especialistas das universidades e outros

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 376.543

representantes de grupos sociais.)

A ETAPA 2 envolverá entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde para chegar na construção e validação de novos instrumentos de avaliação. (Esta etapa será finalizada com uma Oficina de Validação dos Instrumentos, assim preparando o estudo para o teste piloto do instrumento. Etapa 3 envolverá entrevistas com usuários do sistema no Rio Grande do Sul para efetivar um estudo em profundidade das experiências das mulheres em consultas ginecológicas. Inicialmente será realizado um estudo piloto para testagem e aprimoramento dos instrumentos elaborados na Etapa 2, os quais serão aplicados em uma Estratégia de Saúde da Família e uma UBS da capital e de um município de pequeno porte do interior do estado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A busca pelos sujeitos de pesquisa será realizada em espaços sociais e de saúde, a partir da divulgação da pesquisa nestes cenários. Todas as usuárias só participarão da pesquisa após o aceite e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. No caso de a pessoa não poder ler e escrever, o pesquisador fará a leitura do termo, em presença de uma testemunha e a participante consentirá através de sua impressão datiloscópica.

Recomendações:

Faltava no projeto original, uma anuência dos centros e postos de saúde em que a pesquisa seria realizada particularmente na etapa 3 da pesquisa. (Etapa 1, sendo a base de dados abertos ao público geral, prescinde de aprovação pelo CEP.) No dia 12 de agosto, este relator recebeu via email (enviado pelo Comitê de Ética) um documento digitalizado do Ministério de Saúde (Diretor do Departamento de Atendimento Básico, Brasília) dando apoio a essa pesquisa -- o que representa a anuência que estava faltando.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Com a carta de apoio do MS, considera-se que o dossiê está completo e que a pesquisa cumpre com todas as exigências para aprovação por este CEP.

Cabe salientar que a presente aprovação limita-se aos ensaios piloto mencionados no projeto. Para realização de qualquer atividade após os projetos pilotos é imprescindível a reavaliação pelo CEP, mediante apresentação dos resultados obtidos nos projetos pilotos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -

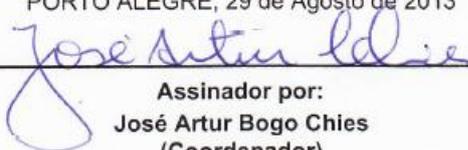


Continuação do Parecer: 376.543

Considerações Finais a critério do CEP:

Cabe salientar que a presente aprovação limita-se aos ensaios piloto mencionados no projeto. Para realização de qualquer atividade após os projetos pilotos é imprescindível a reavaliação pelo CEP, mediante apresentação dos resultados obtidos nos projetos pilotos.

PORTO ALEGRE, 29 de Agosto de 2013



Assinador por:
José Artur Bogo Chies
(Coordenador)

CAAE: 1512.5113.0.0000.5347

ANEXO B – APROVAÇÃO COMISSÃO DE PESQUISA

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Maria De Lourdes Drachler

Projeto Nº: 26194

Título: DESIGUALDADES SOCIAIS NO ACESSO AO RASTREAMENTO DO CANCER DE COLO UTERINO NO BRASIL

COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM: Parecer

Projeto faz parte de um estudo maior, delineado como estudo ecológico descritivo, aborda temática de extrema relevância na prevenção do câncer feminino no Brasil. O projeto está apoiado por literatura atual e pertinente, a metodologia está descrita em todas as etapas necessárias. Há apenas uma sugestão a ser feita com relação aos objetivos onde é utilizado verbo EXAMINAR. Sugere-se trocar por IDENTIFICAR tendo em vista que o estudo quer saber se existe desigualdade e não examiná-las. Ou substitui por identificar, ou acrescentar " examinar se existem desigualdades ou examinar a existência de desigualdades.

ANEXO C – NORMAS DE EDITORAÇÃO DA REVISTA

Ciência & Saúde Coletiva

ISSN 1413-8123 *versão impressa*
ISSN 1678-4561 *versão online*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Instruções para colaboradores](#)
- [Orientações para organização de números temáticos](#)
- [Recomendações para a submissão de artigos](#)
- [Apresentação de manuscritos](#)

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista *Ciência & Saúde Coletiva* dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos,

contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmie.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com

espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico

(<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas

seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações

devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" 11 ...

ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade..."

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o

estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos
Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese
Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal
Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 [admissions](#) annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual
HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais
Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico
CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador
Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)
Av. Brasil, 4036 - sala 700 Manguinhos
21040-361 Rio de Janeiro RJ - Brazil
Tel.: +55 21 2290-4893 / 3882-9151

 e-Mail

revscol@fiocruz.br