



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA**

CAROLINA OZAWA

**PREVALÊNCIA DE REALIZAÇÃO DE EXAME DE PAPANICOLAOU
EM DOIS INQUÉRITOS DOMICILIÁRIOS REALIZADOS NO MUNICÍPIO
DE SÃO PAULO EM 1987 E 2001/2002.**

Dissertação de Mestrado apresentada a
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Departamento de Medicina Preventiva para obtenção
do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof.Dr.Luiz Francisco Marcopito

São Paulo
2010

CAROLINA OZAWA

**PREVALÊNCIA DE REALIZAÇÃO DE EXAME DE PAPANICOLAOU
EM DOIS INQUÉRITOS DOMICILIÁRIOS REALIZADOS NO MUNICÍPIO
DE SÃO PAULO EM 1987 E 2001/2002.**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção
do Título de Mestre em Ciências

São Paulo
2010

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao meu querido Prof.Dr Luiz Francisco Marcopito, meu orientador que, foi um grande colaborador nessa caminhada.

O meu muito obrigado.

A Dra Maria Cecília Goe Porto Alves pela colaboração e assessoria técnica

Aos professores, funcionários e colegas da pós-graduação da Universidade Federal de São Paulo- Departamento de Medicina Preventiva- São Paulo que muito colaboraram com seus conhecimentos técnicos.

Aos amigos que me ajudaram e apoiaram por mais essa fase concluída na minha formação acadêmica.

Aos meus filhos, André César e Juliana pela compreensão, apoio e carinho que recebi.

DEDICATÓRIA

Imensamente aos meus pais,

Toshio e Maria Tereza,

Que com muita humildade proporcionaram aos seus quatro

filhos: Carolina, Margaret, Márcia e Marcelo,

uma educação sólida e digna para sermos

hoje, cidadãos e seres humanos merecedores de vossa admiração,

gerando uma família feliz!

Em especial, as pessoas mais importantes da minha vida

Meus queridos filhos

André César e Juliana

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa desde que citada a fonte.

São Paulo, 24 de novembro de 2010

Carolina Ozawa
email:carolina.saude@uol.com.br

FOLHA DE APROVAÇÃO

CAROLINA OZAWA

Prevalência de realização de exame de Papanicolaou em dois inquéritos domiciliários realizados no município de São Paulo em 1987 e 2001/2002.

Dissertação apresentada a
Universidade Federal de São Paulo para
Obtenção do título de Mestre

Área de concentração: Epidemiologia

Aprovado em 24/11/2010

Banca Examinadora

Profª Drª _____

Instituição _____

Assinatura _____

Profª Drª _____

Instituição _____

Assinatura _____

Profª Drª _____

Instituição _____

Assinatura _____

FICHA CATALOGRÁFICA

Ozawa,C.

Prevalência de realização de exame de Papanicolaou em dois inquéritos domiciliários realizados no município de São Paulo em 1987 e 2001/2002. 100p.Carolina Ozawa- São Paulo-2010.

Dissertação de Mestrado-Universidade Federal de São Paulo.Escola Paulista de Medicina.Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva- Departamento de Medicina Preventiva.

Título em inglês: **The prevalence of the Papanicolaou smear screening in two home surveys applied in the City of São Paulo in 1987 and 2001-2002.** Dissertation (Masters Degree) Federal University of São Paulo -São Paulo, 2010. 100p.

1-neoplasias do colo do útero 2-Inquérito de morbidade
3-esfregaço vaginal 4-prevenção de câncer do colo uterino.

Pobre é o que não tem renda, enquanto excluído, pode ser o que tem sexo feminino, cor negra, homossexual, idoso, gordo, magro, etc. A exclusão social refere-se a toda uma gama de valores culturais, resultando em abandono, perda de vínculos, esgarçamento das relações de convívio que não necessariamente passam pela pobreza.”

A educação é sim, o caminho mais curto para o conceito de cidadania a todos os cidadãos. Todavia, o processo educativo deve caminhar estrategicamente vinculado aos princípios de equidade, ou seja, da construção de uma sociedade que respeite a diversidade e que saiba conviver com as diferenças, sejam elas de religião, opção sexual, gênero e outras”
(Aldaiza Spozati, 2000)

LISTA DE ABREVIATURAS

CCU	Câncer de colo uterino
CF	Constituição Federal
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
DNCTs	Doenças crônicas não transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HPV	Vírus do Papiloma Humano
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LRF	Lei da Responsabilidade Fiscal
MSP	Município de São Paulo
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAPs	Exame de Papanicolaou
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAS	Plano de Assistência a Saúde
PNCCU	Programa Nacional de Controle do Câncer Cérvico-Uterino
PSF	Programa de Saúde da Família
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SM	Salário mínimo
SMS-SP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

ÍNDICE

1-Introdução.....	01
1.1-Financiamento da saúde.....	21
1.2- O sistema de saúde no município de São Paulo.....	27
1.3- A expansão do PSF/ESF no município de São Paulo.....	29
1.4- O país mudou?.....	33
1.5- Co-responsabilidade pela saúde e ser saudável.....	46
2- Objetivos.....	56
2.1- Objetivos principais.....	56
2.2- Objetivos secundários.....	56
3- Métodos.....	57
3.1-Sobre o inquérito domiciliário.....	57
3.1.1-Variável de interesse principal.....	58
3.1.2-Outras variáveis disponíveis e compatíveis nos dois bancos de dados.....	59
3.1.3-Comparações e procedimentos estatísticos.....	60
3.1.4-Procedimentos estatísticos não realizados.....	61
3.2-Sobre a mortalidade por câncer do colo do útero no Município de São Paulo.....	62
3.2.1-Fontes de dados.....	62
3.2.2-Taxas medianas setenais.....	62

4-Resultados	63
4.1-Composição das amostras de 1987 e 2001-2.....	63
4.2-Papanicolaou realizado “alguma vez na vida”.....	65
4.3-Tempo decorrido desde o último exame de Papanicolaou.....	68
4.4-Taxas de mortalidade por câncer do colo do útero.....	69
5-Discussão	72
6-Referências	87

RESUMO

Ozawa,C. **Prevalência de realização de exame de Papanicolaou em dois inquéritos domiciliários realizados no município de São Paulo em 1987 e 2001/2002.** Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de São Paulo-São Paulo, 2010. 100p.

O câncer continua sendo um dos grandes problemas de saúde pública no mundo. Em países menos desenvolvidos a incidência será o dobro daquela dos mais desenvolvidos (OMS). No Brasil, segundo estimativas do INCA, os cânceres mais incidentes no sexo feminino são os de mama e do colo uterino. A taxa de mortalidade por CCU não tem mostrado qualquer tendência à redução significativa até hoje.

A OMS preconiza uma cobertura de 80% do exame de Papanicolaou entre mulheres de 25 a 59 anos que seria suficiente para causar impacto nos indicadores de morbimortalidade, que podem ser observados após quatro anos de implementação das ações de detecção precoce.

O presente estudo teve como objetivo estimar mudanças na prevalência de realização de exame de Papanicolaou “alguma vez na vida” em mulheres de 15 a 59 anos residentes no município de São Paulo. Os dados estudados foram das respostas auto referidas de dois inquéritos domiciliários realizadas em 1987 e 2001/2001. Foi estudado a relação da realização dos exames de Papanicolaou com alguns atributos pessoais como faixa etária, cor da pele, estado conjugal e escolaridade e com a tendência da mortalidade por câncer do colo do útero no mesmo período.

Foram incluídas no estudo, mulheres de 15 a 59 anos, sendo 968 no primeiro inquérito e 1125 no segundo inquérito domiciliário.

A prevalência para exame de Papanicolaou realizada “alguma vez na vida” houve um aumento de 24% entre os dois inquéritos (de 68,8% em 1987 para 85% em 2001-02) e a grande maioria fez esse exame há menos de três anos da data da entrevista (88,3% para 92,7%).

A prevalência cresceu de 1987 para 2001-2002 em todas as faixas etárias a exceção feita à idade 15-19 anos. Na variável cor da pele houve aumento na prevalência, principalmente entre as mulheres com pele de cor preta (de 56,4% para 80,6%).

Em relação à vida conjugal, houve aumento na prevalência declarada com crescimento mais significativo entre as solteiras (36,8% para 61,6%).

Quanto à escolaridade, a prevalência cresceu em todas as faixas de escolaridade, sendo o aumento relativo mais pronunciado nas de escolaridades mais baixas.

Em suma, foi verificado o aumento de 24% na prevalência para realização do exame de Papanicolaou do inquérito de 1987 para o de 2001-2002, com crescimento mais significativo entre as faixas etárias de 50 a 59 anos, nas solteiras, nas mulheres de cor da pele preta e nível de escolaridades mais baixas (até 4 anos de estudo).

Palavras-chave: neoplasias do colo do útero, mortalidade, esfregaço vaginal, prevenção de câncer do colo uterino, inquérito de morbidade.

ABSTRACTS

Ozawa,C. **The prevalence of the Papanicolaou smear screening in two home surveys applied in the City of São Paulo in 1987 and 2001-2002.** Dissertation (Masters Degree) Federal University of São Paulo - São Paulo, 2010. 100p.

The cancer is still a major public health issue in the world. In the developing countries the incidence will be twice as much as in the developed countries (World Health Organization - WHO). In Brazil, INCA (National Cancer Institute) estimates that the most common types of cancer on women are breast cancer and cervical cancer and the mortality rates for Cervical Cancer are not showing any decrease tendencies till these days.

The WHO recommends an 80% coverage of the Pap Smear in women between 25 and 59 years of age, what would be adequate to cause an impact in reducing the morbidity and mortality that would be observed 4 years after implementing early detection actions.

The proposal of the present study is to estimate changes on the prevalence of the “once in a lifetime” Pap Smear screening in women between 15 and 59 years-old living in the city of São Paulo. The evaluated data were collected by self-referred answers from two home surveys performed in the years of 1987 and 2001-2002. The study verified if the screening was performed according to some personal attributes as age distribution, skin color, marital status, years of education and tendency to die from cervical cancer in the same period.

The study included women from 15 to 59 years of age, being 968 on the first inquire and 1125 on the second inquire.

The prevalence for the “once in a lifetime” Pap Smear increased in 24% between the two inquiries (from 68.8% in 1987 to 85% in 2001-2002) and the greater majority was submitted to this exam in less than three years from the survey (from 88.3% to 92.7%).

The prevalence increased from 1987 to 2001-2002 in all age distributions, except in women with ages between 15-19 years-old. In the skin-color variable, there was a greater increase in the prevalence among black women (from 56.4% to 80.6%).

When the conjugal life was considered, it was observed an increase on the declared coverage more significant among the single women (from 36.8% to 61.6%).

Considering the years of education, the coverage increased in all intervals considered, with a relatively greater improvement in women with the fewer years of education.

To sum up, it was observed a 24% increase in the prevalence of the Pap Smear on the inquires of 2001-2002 when compared to the 1987 ones, with a more significant increase among women between 50 and 59 years of age, on the single ones, on the black ones and also on the ones with the least years of education (up to 4 school years).

Key words: cervical cancer, mortality, Papanicolau (Pap) smears, cervix neoplasms prevention, morbidity survey.

1- INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 15 milhões de novos casos de câncer ocorrerão por ano no mundo a partir de 2020 e cerca de 60% desses novos casos acontecerão em países em desenvolvimento. Em países menos desenvolvidos a incidência será o dobro daquela dos mais desenvolvidos (OMS, 2006).

O Brasil com uma vasta dimensão geográfica e com suas disparidades socioeconômicas, essas diferenças também são notadas, sendo que o câncer do colo do útero é na região Norte, o mais incidente. Nas regiões Sul, Centro Oeste e Nordeste essa neoplasia ocupa a segunda posição em frequência e, na região Sudeste, a quarta posição (INCA, 2008).

Estimativa para o ano 2008 em taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres no Estado de São Paulo é de 19,2 e na capital de 24,5 (CODINHO e COSTA, 2007).

Para o ano 2010, estimativas apontam para a ocorrência no Brasil 489.270 casos novos de câncer, sendo os mais incidentes (à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma) os cânceres de próstata e de traquéia, brônquio e pulmão no sexo masculino e os cânceres de mama e de colo do útero no sexo feminino (INCA, 2010).

Quanto às taxas de mortalidade por CCU, estudo de ELUF-NETO e NASCIMENTO (2002) não mostrou qualquer tendência à redução significativa no período de 1960 a 1993 em países da América Latina e do Caribe.

Em 2005, o câncer representou 13% de todas as mortes no mundo (OMS, 2006).

No Brasil, no ano 2000, as neoplasias ocupavam o segundo lugar entre as causas de morte, sendo superadas apenas pelas doenças do aparelho circulatório e ultrapassando o total de óbitos por causas externas (CODINHO e COSTA, 2007). O câncer de colo uterino é a segunda causa de morte por câncer em mulheres, superado apenas pela neoplasia das mamas (MS, 2001).

CODINHO e COSTA (2007) remetem a um aumento nos óbitos no Brasil por neoplasias malignas de 110,3% para os homens e de 126,7% para as mulheres no período de 1980 a 2005. O percentual de óbitos por câncer para as pessoas de 40 anos e mais de idade, evoluiu de 15,3% em 1980 para 19,1% em 2005, o que representa o aumento de 3,8 pontos percentuais nos últimos 25 anos.

No período de 1980 a 1999, no município de São Paulo, a mortalidade atribuída especificamente ao câncer de colo do útero, medida pelas taxas ajustadas por idade, não registrou alterações expressivas (entre 5 e 5,5 por 100 mil mulheres), constatação que permanece válida quando se analisam as taxas específicas por idade, ou segundo as coortes de nascimento, bem divergentes quando comparadas com países da Europa Ocidental, Japão, América do Norte cujos valores variam entre 1,5 a 4 por 100 mil mulheres.(FONSECA e cols., 2004).

No município de São Paulo, as taxas de mortalidade ajustadas por idade, por câncer de colo do útero se mantiveram estáveis no período de 1980 a 2005, em torno de 5 casos por 100 mil mulheres (SES-SP, 2007; INCA, 2002-2003).

Dentre todos os tipos de câncer, o de colo uterino tem um dos mais altos potenciais de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente e tratado em estádios iniciais ou em fases precursoras (INCA, 2002-2003).

Com o objetivo de diagnóstico precoce (prevenção secundária), o rastreamento (ou screening) é usado para a realização de testes ou exames diagnósticos em populações e pessoas assintomáticas ou para identificação e controle de riscos visando como objetivo último reduzir a morbidade e/ou mortalidade da doença, agravo ou risco rastreado. (Gates,2001)

Dentre os exames disponíveis para rastreamento para o CCU, como exame de detecção precoce, o de Papanicolaou, é o de mais baixo custo e fácil realização para os técnicos de saúde na unidade básica, e tem um papel complementar para mudança nas taxas de incidência e mortalidade dessa doença (INCA, 2002-2003).

É imperativo ético ter a certeza de que os benefícios de qualquer intervenção são maiores do que os riscos. Deve-se ter em conta que podem surgir prejuízos em função do fato de pessoas assintomáticas, após a realização do rastreamento, passarem a ser catalogadas como doentes, com as implicações sociais de tais intervenções. Surgem nos rastreamentos os falsos-positivos, os efeitos físicos decorrentes do desconforto provocado pelo procedimento diagnóstico, assim como os efeitos psicológicos nas pessoas que muitas delas, passam a se sentir doentes simplesmente pela vivência dos atendimentos e exames (Norman,2009).

Até a década de 1990, tradicionalmente usado há mais de 30 anos, o exame de Papanicolaou convencional constituiu-se na principal estratégia

utilizada em programas de rastreamentos voltados para o controle de câncer de colo do útero. CAETANO e cols.(2006)

Estudos mostram dados divergentes para a sensibilidade e especificidade do exame de Papanicolaou como a metanálise realizada por FAHEY e cols. (1995) que mostrou variação de 11 a 99% (média de 58%) para a sensibilidade e de 14 a 97% (média de 68%) para a especificidade. Já a revisão sistemática realizada por NANDA e cols. (2000) mostrou variações de 30 a 80% para a sensibilidade e de 86 a 100% para especificidade.

Apesar das controvérsias, o exame de Papanicolaou foi o que apresentou a melhor razão incremental de custo-efetividade entre todas as estratégias de rastreamento, tomando como base o custo médio por caso detectado de câncer de colo do útero ou de lesão precursora, que variou entre R\$ 14.586,45 para o exame de Papanicolaou e R\$ 23.722,08 para a combinação de citologia em meio líquido com o teste de captura híbrida para o HPV coletado por profissional de saúde (INCA, 2005; CAETANO e cols., 2005).

Novas tecnologias têm se juntado ao arsenal diagnóstico disponível para rastreamento e detecção precoce desse tipo de neoplasia, que incluem a citologia em meio líquido e os testes para detecção do HPV por captura híbrida, mas hoje, apenas o exame de Papanicolaou faz parte do conjunto de procedimentos cobertos pelo Sistema Único de Saúde (CAETANO e cols, 2006),

A OMS (1998) recomenda que o exame de rastreamento para prevenção ideal do CCU seja feita anualmente por dois anos consecutivos, a partir dos 25 anos de idade e, caso esses exames sejam negativos, a cada três anos até os 60 anos de idade. Tal intervalo é variável, sendo de

um ano na Alemanha, a cada três anos na França, Itália, Estados Unidos da América, Canadá e Suécia, e de até cinco anos na Finlândia e Países Baixos (PINHO e cols., 2003).

O risco do CCU é reduzido em 84% para mulheres rastreadas a cada cinco anos e em 91% para mulheres que fazem o preventivo a cada três anos. A realização anual do exame eleva a proteção em apenas 2% (LINOS e RIZA, 2000). Há literatura médica, que mesmo com intervalos maiores, há impacto do programa de controle do CCU, desde que ocorra seguimento das mulheres com exames alterados. (NOVAES e cols., 2006)

Baseado no estudo de SAWAYA e cols., (2003) associou o risco de câncer cervical com o intervalo entre os testes de Papanicolaou, cujo resultado corroborou para o protocolo de screening do CDC-Control Center Diseases-EUA aumentando o intervalo entre os testes a cada 3 anos após 3 testes negativos consecutivos, assim focalizando recursos em mulheres que *raramente ou nunca* tenham realizado um teste de rastreamento para CCU. Estas mulheres explicam mais da metade de todos os casos de câncer cervical que ocorre nos EUA cada ano. Esse protocolo é semelhante à recomendação da Sociedade Americana de Câncer e da Força Tarefa Americana (U.S. Preventive Services Task Force).

Para ANDRADE (2001) no Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, descreve que o intervalo entre as coletas de citologias devem variar entre um e três anos baseado na presença de fatores de risco tais como início precoce da atividade sexual, história de múltiplos parceiros e nível sócio-econômico baixo. Deve ser anual se algum destes fatores estiver presente.

Estudos comparativos de tendências temporais têm mostrado redução nas taxas de mortalidade em alguns países, seguida à introdução

de programas populacionais de rastreamento. Países que rastrearam 100% da população alvo registraram queda de 80% na mortalidade em 17 anos. Em países com 5% de cobertura populacional houve queda de 10% na mortalidade por câncer de colo de útero no mesmo período (LAARA, DAY, HAKAMA, 1987).

GUSTAFSSON e cols. (1997) analisaram os dados dos registros de câncer de 17 países e observaram o comportamento da taxa de incidência do câncer de colo do útero ajustada por idade, antes e depois da introdução do rastreamento citológico. Em 11 países a redução foi de destaque, variando de 27% na Noruega a 77% na Finlândia. Nas outras seis populações a redução foi inferior a 25%.

SASIENI e ADAMS (1999) relataram queda de 25% na mortalidade por câncer de colo de útero em cinco anos após a implantação de programa de rastreamento populacional com busca ativa no Reino Unido.

A efetividade do rastreamento citológico para o câncer de colo uterino ficou fortemente evidenciada nos países nórdicos, com redução na mortalidade após a implantação do programa. Dados coletados entre 1965 e 1982 revelam que, na Islândia, Finlândia e Suécia, respectivamente, houve redução de 80%, 50% e 34% na mortalidade por câncer do colo do útero. No Reino Unido, com a introdução do rastreamento citológico em 1988, a incidência de câncer cervical invasivo diminuiu em 35% e a mortalidade em 60%. Especificamente no Reino Unido, a incidência reduziu de 11,2/100.000 em 1950 para 6,1/100.000 em 1987 e 3,7/100.000 em 1997. Há uma estimativa que sem o “screening” cervical, o número de casos de câncer cervical anualmente poderia ser 75% mais alto. Nos Estados Unidos da América a incidência de câncer cervical invasivo diminuiu de 14,2/100.000 em 1973 para 7,4/100.000 em 1994 (KOLIOPOULOS e cols, 2003).

Para a OMS (1998), uma cobertura de 80% do exame de Papanicolaou entre mulheres de 35 a 59 anos seria suficiente para causar impacto nos indicadores de morbimortalidade, que pode ser observado após 4 anos de implementação das ações de detecção precoce.

Programas de controle de câncer com níveis elevados de qualidade, cobertura e acompanhamento de mulheres com lesões identificadas de colo de útero, podem reduzir a incidência do câncer cervical em cerca de 80% (SANKARANARAYAMAN e cols., 2001).

Na Noruega, após a implantação efetiva do programa de rastreamento para o câncer de colo uterino, com aumento na cobertura, houve diminuição na incidência do câncer cervical invasivo, e com um teste normal recomenda um novo teste após três anos (NYGARD e cols., 2002).

No Brasil, o Ministério da Saúde implantou, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e, em 2004, lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, construídas a partir da proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) (INCA, 2002) e, mais recentemente, define como responsabilidade tripartite, no Pacto da Saúde, dentre várias metas, o aumento da cobertura para o exame de Papanicolaou a 80% (INCA, 2002-2003).

Até 1998 eram realizadas pelo SUS, em média, 6,3 milhões de exames por ano. Entre 1998 e 2002, período que foram realizadas duas campanhas nacionais visando ao aumento da oferta de exames de Papanicolaou na rede pública, esse número passou para 9,2 milhões. Já em 2003 e 2004 foram realizados 10,4 milhões de exames por ano (INCA, 2002).

A população-alvo da 2ª Fase de Intensificação do Programa Nacional de Controle do Câncer Cérvico-Uterino (PNCCU) foi dirigida para mulheres de 35 a 49 anos que nunca realizaram o exame de Papanicolaou na vida ou que o realizaram há três anos ou mais (INCA, 2002).

Porém, passados 24 anos do PAISM e 20 anos de SUS, a cobertura para o exame de Papanicolaou ainda está aquém da meta desejada. MARTINS e cols. (2005), numa revisão sistemática da literatura com 13 estudos transversais realizados no Brasil, mostraram que apesar de várias diferenças metodológicas, há tendência de aumento temporal no percentual de mulheres submetidas à pelo menos um exame de Papanicolaou. Dois estudos (PINOTTI e cols., 1990; NASCIMENTO e cols., 1996) realizados nos anos 1980 mostraram coberturas de 53,1 e 68,9% (pelo menos uma vez na vida) ao passo que inquérito domiciliário realizado entre 2002 e 2003 (INCA, 2005) apresentou valores que variaram de 73,4 a 92,9%, porém outros dois estudos de base populacional com abrangência nacional ocorridos em 2003 apresentaram coberturas de menos de 70% nos últimos três anos (IBGE, 2003; SZWARCOWALD e cols., 2004).

O inquérito domiciliário realizado em 2002-2003 mostrou níveis elevados de cobertura do exame citológico (acima de 73%) em todas as 15 capitais brasileiras estudadas. Entretanto, não se observa ainda queda na mortalidade por câncer de colo de útero no país (INCA, 2005).

Uma revisão sistemática da literatura (MARTINS e cols., 2005) mostrou que, em treze estudos realizados no Brasil entre 1987 e 2002, as coberturas em várias regiões variaram de 53,1% a 89% para as mulheres que “fizeram o exame alguma vez na vida”, de 60,8% a 88,8% para as que referiram tê-lo feito nos “últimos três anos”, e de 11 % a 57 % para as que referiram que “nunca fizeram” – o que revela a diversidade de perfil

populacional, das características dos serviços de saúde e políticas de saúde distintas.

Especificamente no município de São Paulo foram realizados três estudos transversais. O de 1987 (NASCIMENTO e cols., 1996) mostrou cobertura para o exame de Papanicolaou de 68,9% das mulheres que relataram tê-lo feito pelo menos uma vez na vida, e que 60,8% o fizeram nos três anos anteriores à pesquisa. No segundo estudo, em 2000 (PINHO e FRANÇA JUNIOR, 2003), 86,1% declararam ter feito o exame alguma vez na vida e 77,3% nos últimos três anos. O terceiro estudo, 16 anos após o primeiro, mostrou cobertura de 72,2% nos últimos três anos, mostrando crescimento percentual significativo no período. (DIAS da COSTA e cols.,2003).

Outras publicações mais recentes como de MULLER e cols. (2008) estudo realizado em 2003 no município de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, mostrou cobertura de 85,5% das mulheres realizaram o exame citológico nos últimos 3 anos e de ALBUQUERQUE e cols. (2009) que demonstrou no Estado de Pernambuco uma cobertura maior de 60% entre as mulheres de 25 a 59 anos em 2006. Reforçando que a diversidade de desenvolvimento e condições sócio-econômicas entre regiões do sul e nordeste do país também apresentam diversidades nas coberturas encontradas para a realização do exame de Papanicolaou.

Além das baixas coberturas para o rastreamento do CCU, as altas taxas de incidência e mortalidade na América Latina também são decorrentes da alta frequência de fatores de risco para a doença como o HPV. (ELUF- NETO e NASCIMENTO, 2002).

Sabe-se atualmente que para o surgimento do câncer de colo de útero uma condição necessária é a presença de infecção pelo vírus do

papiloma humano (HPV). A maioria dos casos de câncer de colo de útero são causados por um dos quinze tipos oncogênicos do HPV, sendo os mais comuns o HPV 16 e o HPV 18. Outros fatores que contribuem para a etiologia deste tumor são: tabagismo, baixa ingestão de vitaminas, multiparidade, multiplicidade de parceiros sexuais, iniciação sexual precoce, uso de contraceptivos orais, status socioeconômico, história reprodutiva (INCA, 2002-2003). DIAS da COSTA e cols. (2003) identificaram subgrupos da população que são particularmente vulneráveis: mulheres de classe social mais baixa, mais velhas, não brancas, viúvas ou solteiras e que não consultam o médico regularmente.

No MSP, dados do Ceinfo-ISA-Capital (2003), mostra que o tempo passado desde a última realização do exame de Papanicolaou cerca de 10% realizou há mais de 3 anos, o que se encontra em desacordo com o preconizado nos protocolos clínico-epidemiológicos. Vale observar que entre aquelas com as proporções mais altas de não realização em intervalo de tempo adequado estão os estratos de escolaridades médio e alto.

Três estudos de caso-controle conduzido na América Latina mostraram que 30% das mulheres no grupo controle nunca tinham feito o exame de Papanicolaou. A porcentagem dos casos variou de 41% a 68%. O baixo nível educacional foi uma característica mais consistente de associação com nunca ter feito o teste de rastreamento (ELUF-NETO e NASCIMENTO, 2002).

Inquérito domiciliário do INCA (2002-2003) também relaciona a realização do exame de Papanicolaou com associação positiva ao grau de escolaridade, variando de 64,5% em João Pessoa e 87,3% em Vitória.

Segundo Boletim CEinfo-ISA-Capital, em inquérito realizado no MSP em 2003, mostrou que 13,9% das mulheres com mais de 20 anos referiram

nunca ter feito exame de Papanicolaou e estas proporções diferem segundo estrato de escolaridade variando de 9,9% entre as mulheres de maior escolaridade e 16,1% entre as de menor escolaridade. A maior proporção de “*não realização do exame*” foi de 28,9% nas mulheres entre 20 e 29 anos e estas proporções vão caindo nas faixas etárias seguintes chegando a 2,1 % nas de 50 a 59 anos. Todavia, nas maiores de 60 anos e mais, o valor volta a crescer e mostra que 15,2% dessas mulheres nunca realizaram o exame de Papanicolaou. As mulheres de baixa escolaridade utilizam o SUS em unidades básicas de saúde e as de alta escolaridade os serviços privados nos consultórios particulares. 52,3% das mulheres realizam o exame Papanicolaou na rede SUS. No MSP 55,6% da população é coberta por planos de saúde individual ou coletivo (IBGE,2003).

A associação entre maior cobertura para o teste de rastreamento com maior nível socioeconômico, nível de escolaridade, nível de desenvolvimento é verificado em países como a Finlândia, Noruega, Dinamarca e Reino Unido.

No Brasil, o maior acesso ao conhecimento contribui para uma melhor performance do IDH. (PNAD,2000) Na Finlândia, o nível de alfabetização da população alcança, virtualmente, os 100%, sendo que 56% da população acima dos 15 anos conclui o ensino secundário. Países com índice de desenvolvimento humano elevado – IDH de 0,934 a 0,924 como Noruega, Finlândia, Dinamarca, Canadá, Reino Unido, EUA e Japão – com rendas *per capita* entre US\$ 20.000 e US\$ 34.310 e porcentagens de analfabetismo menores que 5% (PORTAL BRASIL, 2003) quando comparados com o Brasil, cujo IDH é de 0,792, renda *per capita* de US\$ 7.790 e índice de analfabetismo médio de 11,8% socioeconômico e educacional, verificou-se que a mortalidade e incidência por CCU são

drasticamente diferentes entre países desenvolvidos e em desenvolvimento.(KOLIPOLOS e cols.,2003)

A desinformação ou o baixo nível de escolaridade é uma barreira importante para o sucesso de projetos de prevenção e promoção de saúde que objetive contemplar grandes populações adultas, como é o caso da incorporação do exame de Papanicolaou pelas mulheres brasileiras conforme normatização preconizada no Brasil. Talvez, repensando o Brasil, a respeito da incorporação dessa atitude pelas mulheres brasileiras, não seria apenas o investimento em mais unidades básicas de saúde ou implantação de novas estratégias para aumento de prevalência para o teste de rastreamento, e sim recomeçar pelo investimento na educação, no seu mais alto nível de complexidade.

Já se sabe que a escolarização, por si só, não garante que a população mostre capacidade de processamento da informação escrita na vida cotidiana. O recente conceito de “literacia” veio permitir distinguir claramente a obtenção de graus de instrução formal e as competências reais de uso da informação nas práticas correntes (HORTA, 2004).

No Brasil como um todo, cerca de 90% dos analfabetos estão na faixa etária de 25 anos e mais. A porcentagem de analfabetismo em 2007 na faixa etária de 15 a 17 anos era de 1,7%; entre 18 e 24 anos, de 2,4%; entre o grupo de 25 a 29 anos, de 4,4%. Já entre as pessoas com 40 anos e mais, esse índice era de 17,2%, sem considerar as disparidades regionais no país: de 18,3% no Norte e 28,3% no Nordeste (IBGE, 2007; IPEA, 2007).

Em média, nos 15 países da União Européia, 46% dos indivíduos afirmam ler jornais quase todos os dias da semana. Os níveis mais elevados observam-se na Finlândia (77,8%), na Suécia (77,7%), na

Alemanha (65,5%) e no Luxemburgo (62,7%). A disparidade de valores se acentua quando comparada à circulação de jornais por mil habitantes relativamente aos países nórdicos. Em 2001 circulavam em Portugal 91,2 exemplares de jornais diários por cada 1.000 habitantes adultos, contra 705,5 exemplares na Noruega e 543,4 na Suécia. Dito isto, o fator mais frequentemente utilizado para explicar os baixos índices de leitura em Portugal tem sido o nível de analfabetismo da população, com base no pressuposto de que a variação na prática de leitura de jornais está relacionada com o nível de escolaridade e renda atingido pelos indivíduos (HORTA, 2004).

Mulheres em classe social mais baixa têm maior risco para CCU do que o grupo na classe social mais alta. Essa diferença foi observada inicialmente no século 20 (BROWN e cols, 1984).

PRADO (2002) mostrou “que os territórios do município de São Paulo estão em diferentes estágios de desenvolvimento social e que esse fato repercute em seus perfis de mortalidade”. Entre as taxas de mortalidade por câncer de mama e do colo uterino, causas importantes entre óbitos femininos, são especialmente desiguais entre as residentes nos territórios periféricos e das elites, ou seja, a magnitude do risco de morrer por esses dois tipos de câncer mostram valores menores nas moradoras de “territórios das elites”.

Ainda são escassos, no Brasil, estudos realizados sobre os fatores associados à realização ou não do exame, em especial os que procuram identificar os motivos relatados pelas próprias mulheres para a prática do exame Papanicolaou, os quais poderiam subsidiar, de maneira até regionalizada, as práticas de informação, esclarecimentos, organização dos serviços que atendem a mulher de forma integral.

Além da associação com baixo grau de escolaridade e nível socioeconômico, quais fatores ainda estariam sendo mascarados nos discursos das mulheres que não realizam o exame preventivo? Por que ficariam vários anos sem se preocuparem ou darem importância para seu auto cuidado?

NASCIMENTO e cols.(1996) e PINHO e cols.,(2003) descrevem os fatores para a “não adesão ao exame”, como: idade baixa, baixa escolaridade, nível socioeconômico, renda familiar, estado civil (como solteira, viúva), cor (negra, parda), ausência de queixas ginecológicas, vergonha ou medo, não ter consulta médica, ausência de solicitação, dificuldade de acesso. Outros estudos também elencaram os mesmos fatores já citados para a não adesão ao exame e mostram que o maior benefício será obtido quando o rastreamento for praticado em mulheres de 35 a 59 anos com periodicidade de três anos (MULLER e ROBLES, 1996; QUADROS e cols, 2004; SILVA e cols, 2006).

Fatores relacionados ao baixo impacto do exame preventivo é o uso tardio dos serviços de saúde pelas mulheres em risco por desinformação, motivos sociais, culturais ou por vergonha, como foram relatados no estudo com as mulheres japonesas de Kobe/Japão, onde 50% das mulheres não faziam o preventivo por vergonha (HERNANDEZ e cols, 1998; CHUBACI e MERIGHI, 2005).

Outro estudo mostrou que quando atingem a cobertura maior de 80%, muitas mulheres realizaram o exame a intervalos curtos, inadequados, o que também pouco contribui para a prevenção do câncer de colo de útero, além do dispêndio de recursos humanos, materiais e tempo para os serviços de saúde e para a própria mulher (OLIVEIRA e cols, 2006).

Talvez motivos relacionados à própria mulher (sua sexualidade, valores, prioridades, esquecimento, vergonha) ou motivos relacionados aos profissionais da saúde (acolhimento, vínculo, educação) ou, ainda, motivos relacionados aos serviços de saúde (acessibilidade, horário de atendimento incompatível ao do usuário) ou motivos socioeconômicos (trabalho fora, desemprego) podem, quando associados, impedir ou dificultar a mulher a buscar a realização desse exame preventivo (GREENWOOD e cols., 2006; OLIVEIRA e cols., 2006; SILVA e cols., 2006).

No MSP (CEinfo,2006) das mulheres que não realizaram o exame de Papanicolaou (32,7%) os motivos alegados para *nunca terem feito* o exame, foi a sua condição saudável considerada não ser necessário, em seguida, 13,5% consideraram o exame embaraçoso, desconfortável ou ter vergonha, outras alegaram dificuldade para marcar consulta, falta de vagas, nunca terem tido uma relação sexual ou nunca tinha ido a um ginecologista.

Entre as mulheres de alta escolaridade, o motivo mais alegado foi à condição saudável, enquanto as com menores níveis de escolaridade está a alegação de desconforto, embaraço, vergonha e nunca ter ido ao ginecologista.

Pouco conhecimento a respeito do exame preventivo, medo associado ou nenhuma manifestação de doença ginecológica também têm sido outros fatores implicados ao não comparecimento à UBS ou à Unidade de Saúde da Família para realização do exame preventivo, implicando até mesmo na falta ao retorno para buscar os resultados (GREENWOOD e cols., 2006; PINOTTI e cols., 1990).

Um estudo internacional realizado em 96 centros nacionais de tratamento de câncer mostrou que o percentual de mulheres com doença

avançada (estádios III e IV) no momento do diagnóstico vem diminuindo, passando de 51,7% em 1995 para 42,5% em 2002: uma redução relativa de 18% (THULER e MENDONÇA, 2005).

Nos países em desenvolvimento, os casos são encontrados em estádios relativamente avançados e conseqüentemente a sobrevida média é cerca de 49% após 5 anos. Nos países desenvolvidos em 5 anos a sobrevida média é de 59% a 69% (INCA, 2008).

Na Suécia, estudo revelou que mudança no programa de rastreamento do câncer de colo uterino aumentou a cobertura na faixa etária alvo em 8,4%. Naquele país, passou-se de atendimento exclusivo a demanda espontânea nos serviços de saúde para busca ativa nas mulheres de 25 a 69 anos que não haviam se submetido ao exame nos últimos três anos (NYGARD e cols., 2002).

A orientação à realização do exame de Papanicolaou é oferecida de maneira oportuna para todas as pacientes ou mulheres?

O principal local em que as mulheres realizaram seu exame de Papanicolaou é na rede do SUS, principalmente nas regiões Norte e Nordeste (INCA, 2005).

Sendo o exame de Papanicolaou um dos exames de rotina realizado e disponibilizado nas unidades básicas de saúde (UBS), e com o aumento considerável do número de equipes da Estratégia de Saúde da Família e de agentes comunitários de saúde (PSF/PACS), esse exame de rastreamento teria um incremento e incentivo à sua realização, por meio de maior vínculo com as famílias cadastradas, com maior possibilidade de informação, educação em saúde e busca ativa de modo contínuo e integral.

Com relação às questões de relevância individual das mulheres para a não realização do exame de Papanicolaou conforme recomendação do Ministério da Saúde, poderíamos supor que as políticas e intervenções nacionais para o rastreamento precoce devam estar com foco desviado da prioridade ou do público-alvo, seria a demanda espontânea uma alternativa?

Estimativas do INCA em 2001 mostraram que aproximadamente 40% das mulheres brasileiras nunca foram submetidas ao exame preventivo de Papanicolaou. Revelaram, ainda, segundo estudos do MS (1986), que apenas cerca de 7,7% das mulheres brasileiras são cobertas por programas governamentais de prevenção e controle do câncer do colo uterino e tratamento adequado e oportuno.

Uma avaliação realizada em 1984 no Brasil, evidenciou que as Secretarias Estaduais de Saúde realizaram o exame de Papanicolaou em apenas 7% das unidades da rede básica de saúde e alcançou menos de 2% de cobertura das mulheres adultas. Em 1987, a cobertura estimada para o serviço público foi de 8% das mulheres acima de 20 anos (INCA, 2003).

A importância da participação do SUS no MSP fica mais relevante nos estratos de menor escolaridade, apesar da utilização do SUS variar com o tipo de problema (necessidade) e a oferta existente. Além disso, a não cobertura da totalidade dos procedimentos nos planos de saúde, transfere para o SUS uma população maior do que se esperaria. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar, 63,9% da população do MSP são beneficiários de planos de saúde.

Em 15 anos de implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), agora Estratégia de Saúde da Família, que é visto como um modelo que visa a reverter o foco na doença, deslocando-o para a promoção da

saúde e prevenção de doença, com monitoramento e vigilância da saúde de uma população adstrita de forma integral e contínua, seria possível melhorar a adesão e informação a essa população feminina. As Equipes de Saúde da Família estabelecem vínculos com a população, possibilitando o compromisso e co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade (MS, 2004).

Observou-se que a organização na atenção à saúde, nos moldes da saúde da família, parece favorecer a realização do exame Papanicolaou, da mesma forma que se verificou associação entre a realização do preventivo e o tempo de cadastro junto ao serviço, o que sugere que aspectos relativos ao estabelecimento do vínculo das usuárias com o serviço de saúde proporcionam maior adesão ao exame (RAMOS e cols., 2006).

Faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias a serem adotadas pelos gestores e equipes da saúde local, na tentativa de minimizar o problema de não adesão ao exame de Papanicolaou, necessitando serem adaptados às realidades locais e sensíveis às múltiplas barreiras que as mulheres vivenciam no acesso aos serviços.

Por outro lado, como profissional de saúde e cidadã, a construção da autonomia dos usuários e da comunidade também deveria estar contemplada nos princípios individuais como já contempladas nos Princípios e Diretrizes do SUS, uma vez que o direito à informação sobre sua saúde, o direito à divulgação de informações quanto ao potencial do que serviços de saúde e sua utilização pelo usuário, e o controle social, ou seja, a participação da comunidade nas decisões voltadas ao serviço de saúde, viabiliza a aproximação do usuário tanto com as questões de autonomia, como com o autocuidado.

É estimado que a redução de cerca de 80% da mortalidade por CCU pode ser atingida pelo rastreamento de mulheres na faixa etária entre 25 a

65 anos com o teste de Papanicolaou e o tratamento de lesões precussoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma “in situ”. Para tanto é necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o seguimento dos pacientes em momento oportuno. (INCA, 2008).

Vários desafios são vistos para o controle do CCU de modo a reduzir ou impactar as taxas de incidência e mortalidade. Algumas barreiras de acessibilidade, talvez são intransponíveis, outras de superação, sejam elas relativas às mulheres (como a quebra de tabus, valores, mitos, vergonha, esquecimento, condição saudável), aos serviços de saúde (como a acessibilidade geográfica e física, o modelo do sistema de saúde e gestão implantado, financiamento, horário de funcionamento), aos profissionais de saúde (acolhimento, humanização, formação, educação continuada, supervisão, condições de trabalho, vínculo) e outros, como condição macro socioeconômica, transporte, trabalho, acesso a informação, educação, etc.

Pretende-se nesse estudo analisar os dados de dois inquéritos domiciliários e estimar mudanças na prevalência de realização de exame de Papanicolaou *alguma vez na vida* em mulheres de 15 a 59 anos residentes no município de São Paulo em 1987 e 2001/2002 relacionando a realização do exame com alguns atributos pessoais e com a tendência da mortalidade por CCU no mesmo período, descrevendo a realização do exame de Papanicolaou segundo a idade, escolaridade, cor da pele e situação conjugal.

1.1-O FINANCIAMENTO DA SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 definiu competências concernentes ou partilhadas pelas esferas federal, estadual e municipal para um amplo conjunto de políticas públicas que com a criação do SUS, determina que "...a saúde é direito de todos e dever do Estado"(art.196 da CF/88), obedecendo a princípios doutrinários de acesso universal, equidade e integralidade no atendimento ao cidadão, que na prática é um complexo sistema de relações intergovernamentais.

"Durante os últimos quarenta anos de luta insana por todos que defendem o direito à vida e saúde da população, sempre o embate foi entre a vontade política dos governantes e as necessidades não satisfeitas da população demonstrada nas condições de vida e saúde. Nossa luta foi em parte perdida na Constituição, pois não conseguimos garantir recursos diversificados e exclusivos para a saúde, nem fixar, no corpo constitucional quanto dos recursos deveriam ser destinados à saúde" (CARVALHO,2000).

O surgimento do papel do Estado como responsável pela provisão das necessidades sociais dos seus cidadãos se confunde com a passagem das formas de transação típicas das sociedades pré-capitalistas, onde a redistribuição da produção era baseada nas trocas locais, para uma sociedade de mercado, quando o trabalho passou a ser considerado um fator de produção, valorado pela moeda (POLANYI,1940 apud FRANÇA,2006).

O processo de (des) financiamento federal pode ser caracterizado em três fases: a que antecede a constituição, o pós-constituição e o pós-Real, assim resumido: 1-pré-constituição (1980 a 1987)- a saúde contava com recursos do Ministério da Previdência e o da Saúde, cerca de US\$ 80/habitante/ano; 2-pós-constituição (1988)- iniciou a descentralização

fiscal, recursos decresceram atingindo cerca de US\$ 44/habitante/ano em 1992; 3-pós-real- inicia-se um movimento de reposição de valores ainda que de forma gradual e tímida(MENDES E SANTOS,2000).

O avanço do processo de descentralização do SUS é inegável. O percentual de recursos financeiros descentralizados para estados e municípios subiu de 7,1% em 1993 para 34,3% em 1999. Com a Norma Operacional Básica (NOB 01/96) intensificou o processo de descentralização, sobretudo por meio dos repasses do Piso da Atenção Básica (PAB).Em 1993/1999 o montante que o MS gastou foi de 2,11% e 1,94% do PIB, em valores per capita seriam em 1993 de R\$ 102,00 e em 1999 de R\$132,90(REIS cols.,2001).

Outro estudo, mostrou que ao acompanhar os gastos federais com saúde corrigidos pela média anual do IGP-DI de dezembro de 1998, os valores per capita variou de R\$ 119,90 habitante/ano em 1995 até 1998 com R\$ 95,00 habitante/ano, sendo considerado pouco, se comparado com nosso vizinhos latino-americanos que gastaram em média, U\$ 120/habitante/ano. Os municípios paulistas “os maiores de 100.000 habitantes apresentaram um gasto médio de R\$ 88,36/habitante/ano (MENDES,2000)

O financiamento é muito pouco quando comparamos com os gastos em saúde com outros países como o Canadá, Inglaterra, Dinamarca, Suécia que tem um gasto acima de 85% em gastos públicos (Brasil participa com 43,8%), e com um gasto per capita de U\$ 1835 até U\$ 3807 na Noruega e EUA de U\$ 5635(GIOVANELLA, 2008).

A respeito dos efeitos do ajuste macroeconômico sobre políticas públicas nacionais, UGÁ (1997) observa que desde o final da década de 1970 tanto a redução dos recursos setoriais quanto a expansão das

necessidades da população devido a sua pauperização, afetou o SUS no momento da sua consolidação e marcou o início de uma trajetória de indefinições quanto ao rumo do financiamento do sistema. A gestão descentralizada do SUS ampliou os gastos em saúde nos municípios.

Na década de 1990 a política econômica esteve voltada para promoção e manutenção da estabilidade monetária com ênfase na estabilização dos preços e na elevação da dívida pública. (UGÁ,2005)

No período de 1995 a 1997, mostrou uma constante participação dos recursos municipais no gasto em saúde em relação à despesa total (11,5% em 1995, 12,4% em 1996 e 13,1% em 1997). Porém, esse aumento não significou uma ampliação em termos per capita/ano, que diminuiu de R\$ 77,70 em 1996 para R\$ 74,47 em 1997(que traduzem pela redução da receita disponível). (Mendes,2000)

A municipalização é mais ampla na atenção básica, em 2004, 97,6% das UBS estavam sob comando municipal, porém, a maior parte do financiamento (54,6% em 2001) são recursos federais. Os critérios de transferência de parte significativa de tais recursos relacionam-se a ações preconcebidas pelo MS, restringindo a autonomia de gestão municipal quanto à aplicação dos recursos conforme a necessidade de saúde da população pela qual é responsável. (Varela e Fávero,2006)

Idealizado para o enfrentamento da crise financeira por que passava o setorial saúde, foi criado em 1994 o IMPF- Imposto provisório sobre a movimentação financeira (com caráter provisório e exclusivo), o que gerou o início dos debates em torno da criação do CPMF que o substituiria com o caráter vinculativo. Esta veio a ser institucionalizada em 1996 e passou a ser cobrada em 1997 e de saída teve participação expressiva no financiamento da saúde, em torno de 28% do total de fontes que

compuseram o orçamento setorial daquele ano, chegando a 30% dos recursos alocados pela União, cuja arrecadação ficou assegurada até 2007 (França, 2006).

O CPMF apesar de ser alocado integralmente ao MS, não proporcionou uma elevação dos recursos, pelo menos na dimensão esperada, em decorrência da redução da participação de outras fontes, e além disso, foi visível o distanciamento entre a arrecadação e a aplicação da CPMF em saúde: em 1997, com 75,16% da arrecadação, em 2000 diminuiu para 48,66% chegando em 2004 para apenas 40,77% para a saúde (UGÁ, 2005).

“- O CPMF foi proposto como recurso adicional e provisório, enquanto não se fizesse a reforma tributária, e nunca como recurso substitutivo das fontes de que o Ministério dispunha” (ADIB JATENE, 1999).

Numa outra tentativa mais abrangente de regularização do financiamento do setor saúde foi a Emenda Constitucional, a EC 29, que modificou os artigos 167, inciso IV e 198 da CF, que vinculou percentuais das receitas tributárias de competência dos estados e municípios e corrigir pela variação do PIB os valores a serem empenhados nos exercícios subsequentes. A EC 29 indexa as despesas da União à evolução do PIB. Pela primeira vez, se estabelece a co-participação das três esferas de gestão com valores mínimos para a garantia do fluxo de recursos (FRANÇA, 2006).

Segundo CARVALHO (2000), quem mais tem que contribuir é exatamente a União, pois é a única esfera de governo que arrecada diretamente contribuições sociais para garantir saúde, previdência e assistência social. Estados e municípios vão retirar de suas receitas gerais. Qual a desvantagem maior da EC 29? “Foi exatamente a capacidade que

teve de desonerar a União e jogar a bomba no colo dos estados e municípios.” Fixou minimamente os recursos da União e onerou, compensatóriamente (jamais no mesmo patamar de recursos) os Estados elevando de 10 para 12% e os municípios de 10 para 15%.É o que se conseguiu e o que devemos que garantir que pelo menos a EC 29 sejam recursos mínimos e que a totalidade desses recursos sejam colocados no Fundo de Saúde e que este fundo esteja permanentemente aberto ao acompanhamento e fiscalização do conselho de Saúde(inclusive por meio eletrônico seguindo a Lei da Responsabilidade Fiscal)

A Lei da Responsabilidade Fiscal (LC Nº 1 DE 4/05/2000, que entrou em vigor em 20/10/2000) pretende reforçar os mecanismos de responsabilidade na gestão administrativa dos “dinheiros públicos”, aumentar em quantidade e qualidade o controle financeiro de bens, recursos e dispêndios públicos.

“ É preciso que o cidadão compreenda que a decisão do prefeito de construir essa ou aquela obra pública, dar prioridade a esse ou aquele projeto, não diz respeito à “sua” administração ou ao projeto político de “seu”partido, mas sobretudo à coletividade administrada.A sociedade deve ser co-responsável no sentido de ser ouvida para o emprego e gestão dos recursos públicos”(FIGUEREDO,2001).

A LRF não será mais possível realizar despesas sem a correspondente receita (limites orçamentários) e percentuais máximos de gastos com pessoal determinado aos três poderes da república.

VARELA E FAVÉRO (2006) no estudo que mostrou como os governos locais direcionam os recursos para a fração saúde, indicou que quanto maior os recursos próprios alocados, maior a probabilidade de o município gastar mal os recursos públicos, ou seja, serem ineficientes. Por

outro lado, quanto maior a atenção dada à política de saúde, mais eficiente o município.

FRANÇA (2006) descreve *eficiência* como que está relacionado à capacidade dos mecanismos institucionais de financiamento das ações públicas de saúde a produzirem os efeitos desejáveis, isto é, gerarem um fluxo de recursos com volume compatível com o esperado da sua aplicação.

Novamente, a co-responsabilidade dos órgãos de controles internos e externos deverão aparelhar-se para possibilitar a verificação da boa execução orçamentária em seu conjunto

Ponto a destacar no sistema complexo de gestão da política de saúde é a criação do Conselho de Saúde em cada uma das três esferas de governo que representam mecanismos de controle social e instituição de um sistema de gestão compartilhada (VARELA E FÁVERO,2006).

“A LRF é em síntese imperfeita, complexa, imprecisa, porém o seu propósito é elevado”(FIGUEREDO,2001).

1.2-O SISTEMA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

A complexidade do município de São Paulo é compreensível por ser a sede da maior região metropolitana do país, com população residentes estimada em 11.057.629 habitantes (IBGE,2008), possuindo uma das principais referências nacionais para saúde por causa da grande quantidade e complexidade de serviços e estabelecimentos de saúde instalada em seu território.

Conta hoje com 18 hospitais, 16 prontos socorros e pronto atendimento, 23 ambulatórios de especialidade, 434 unidades básicas de saúde, 115 AMA-assistência médica ambulatorial, entre outros serviços especializados, totalizando 848 estabelecimentos de saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO,2010).

O MSP detem o 3º gasto público em ações, serviços e estabelecimentos de saúde, atrás apenas dos gastos totais do Ministério de Saúde e do Estado de São Paulo (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS,2009).

O processo histórico da gestão municipal, não foi uma das mais tranquilas.

No final da década de 1980, se identifica a primeira tentativa de implantar uma política de saúde alinhada ao SUS, se promoveu uma reorganização da SMS-SP, descentralizando suas atribuições político-administrativas em 10 administrações regionais de saúde e 32 distritos de saúde, que em virtude da concomitante descentralização orçamentária e financeira, ganharam relativa autonomia e agilidade para gastos, inclusive contratação de pessoal. Porém, esse processo foi interrompido no início da

década seguinte, ficando a maior parte da década de 1990 fora do SUS, retornando somente a partir de 2001. (PINTO,2009;SPEDO,2009)

Com uma sustentação jurídico-legal ainda frágil e em uma situação política complexa e desfavorável na sua relação com as esferas Federal e Estadual de governo, a gestão municipal implantou uma política de saúde orientada pelos princípios e diretrizes constitucionais do SUS, que inicialmente prática foi de apenas 18% (50) das UBS foram municipalizadas.

No período de 1993 e 1996, uma nova política pública foi implantada: PAS- Plano de Atendimento a Saúde, quando a maioria dos serviços de saúde, de caráter assistencial vinculadas a SMS-SP foram passadas para administração para cooperativas privadas de profissionais de saúde, organizadas exclusivamente para esse fim, à exceção das 50 UBS municipalizadas. (PINTO,2009)

Em 2001, mais uma vez, a retomada da reconstrução do SUS no município, assumindo uma nova gestão, com compromisso de extinguir o PAS e priorizando três linhas de trabalho:

- 1-reincorporação do município ao SUS
- 2-reorganização administrativa da SMS-SP
- 3-expansão do PSF

Com essa alternância de governos, com políticas públicas de saúde, distintas e divergentes, qualquer programa ou estratégia de prevenção, promoção da saúde e implementação da Atenção Primária, realmente seria comprometida, na tentativa de buscar avanços em indicadores de saúde, dos mais básicos como a cobertura ao exame de Papanicolaou, assim como na organização da assistência de referência e contra-referência para atendimento aos casos diagnosticados como CCU.

A extinção do PAS foi concluído em junho de 2001, a municipalização de 141 UBS e 12 ambulatórios de saúde mental, e em abril de 2002, municipalização de outras 59 UBS com cerca de 200 equipes do PSF-Qualis, e em 2003, acontece à habilitação do município na Gestão Plena da Atenção Básica. (PINTO,2009;BARATA,2004)

1.3-A EXPANSÃO DO PSF NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

No Brasil, a origem do PSF remonta criação do PACS em 1991 como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde, com o desafio de consolidar como um novo modelo de Atenção Primária à Saúde, mediante cadastramento das famílias e a vinculação dos usuários com acolhimento pela equipe multiprofissional(MS,2004).

O PACS/PSF busca consolidar um novo modelo de atenção ao introduzir conceitos que visam uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, dentre as quais, o enfoque familiar, menos reducionista, multidisciplinar, e a integração com a comunidade, buscando imprimir uma atenção continuada, integral, intersetorial e resolutive, com base nos princípios da promoção da saúde. (VIANA E DAL POZ,1998, FAUSTO ,2005)

O PSF alcança ao final de 2002 níveis de cobertura nacional em torno de 30% com extensão do programa para as regiões sul e sudeste, visando alcançar as grandes cidades.

As dificuldades na consolidação do programa nos grandes municípios comprometem às possibilidades de mudança no modelo de atenção, dado o papel que estes municípios assumem nas redes regionais e estaduais de atenção. (AQUINO,2006)

No MSP, em 1996, a Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo elaborou o Projeto Qualidade Integral em Saúde (Qualis) cujo objetivo era iniciar a implantação do PSF. Seu Início foi na zona leste e posteriormente se estendeu às zonas norte e sul da cidade- a SES estabeleceu parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina. Na zona leste da cidade, o Projeto Qualis expandiu-se rapidamente, haja vista que, em 2001, a região contava com 28 unidades de saúde, 96 equipes de saúde da família e uma população cadastrada de mais de 300 mil habitantes (Bourget,2005,2006).

O Projeto Qualis enfrentou as contradições e dificuldades para o desenvolvimento em área metropolitana, principalmente pelas questões culturais que envolvem as críticas de vários setores, organizados ou não, que afirmavam que o PSF se resume a “medicina pobre para pobre”

No MSP, em dezembro de 2000, haviam 159 ESF cadastradas e uma cobertura estimada em 5,5%,que eram denominadas PSF-QUALIS(Programa Saúde da Família Santa Marcelina). A meta proposta em 2001 era de expandir a cobertura para 60% da população. De 2001-2004 e 2005-2008, o PSF foi identificado como política priorizada na SMS-SP, atingindo uma cobertura de 48,5% da meta proposta, implantando 850 ESF e cobertura de 26,6%, quando a prefeitura firmou convênio com 12 entidades de tradição no gerenciamento dos recursos humanos do PSF.(PINTO,2009;SOBRINHO E CAPUCCI,2003).

As coberturas da ESF no MSP foram de 13,4% em 1999, de 25,8% em 2001 e 28,6% em 2002 (MS,2004).

Entende-se que o acesso, a atuação da equipe e a qualidade dos serviços de saúde são determinantes fundamentais das condições de saúde da população. O uso de indicadores para avaliação de ações descentralizadas e a análise interdistrital pode contribuir na promoção da equidade por meio do diagnóstico precoce dos principais problemas de saúde. Acreditamos que a equipe multidisciplinar do PSF tem a oportunidade de controle, educação em saúde, prevenção e promoção da saúde, inclusive com foco na prevenção do CCU, através da busca ativa, campanhas educativas, assistência, diagnóstico precoce às mulheres das suas famílias cadastradas, porém as equipes precisam ter capacitação em saúde, com educação continuada. DI LORENZO (2006) mostrou que os percentuais de capacitação em saúde da mulher estão baixos, não ultrapassando na média 40% das equipes. Os profissionais que apresentaram maior frequência de capacitação nessa área são os ACS, cerca de 42%, já para os enfermeiros, cerca de 40% e apenas de 35% dos médicos e dos auxiliares de enfermagem realizaram esta capacitação.

A população que frequenta as unidade de saúde, seja UBS ou PSF, é relativamente jovem, ambos os sexos em idade produtiva e as mulheres em idade fértil, sugerindo especificidade na oferta e organização da assistência à saúde, bem como em relação aos juízos de valor que expressam (ELIAS et al,2006).

A opinião dos usuários é comparativamente mais favorável ao PSF em todos os estratos de exclusão. O PSF também foi considerado a melhor alternativa de porta de entrada nos estratos de menor exclusão, enquanto nos de maior exclusão, o indicado como o mais favorecido foi o modelo tradicional (UBS), possivelmente pela maior densidade de equipamentos de

saúde existentes nas regiões de menos exclusão, o que permite ao usuário a composição de serviços, sendo os índices alcançados inversamente proporcionais aos das situações de exclusão, isto é, quanto maior a exclusão, menor o índice de aprovação ao PSF (ELIAS cols., 2006).

O enfoque familiar e orientação comunitária apresentam escores mais altos nas unidades do PSF, enquanto nas UBS que obtiveram os escores mais baixos, onde na avaliação dos usuários o enfoque familiar e a orientação comunitária ocorrem “quase nunca”. (ELIAS cols.,2006)

Temos ainda no MSP, outra diversidade na assistência à saúde, com alta concentração tecnológica, na cobertura de 47,2% da população por planos de saúde, na grande rede de serviços público e privadas, somando mais de 5000 estabelecimentos de saúde, dos quais 183 hospitais(CEINFO,2005).

O PSF no MSP alcançou em 2002-2003 coberturas de mais de 70% em distritos do Jardim Angela, Jaguará, Vila Curuça e Pari. O de Vila Curuça alcança 100% de cobertura da população (144.266). Nos 50% dos distritos apresentaram coberturas residuais para o PSF, isto é, abaixo de 10% da população total (BOUSQUAT et al 2006). Na grande São Paulo em 1998 a cobertura no PSF era de 0,98% e em 2003 de 17,22%.

O estrato 1 (mais periférico) é o único no qual o PSF está implantado em todos os distritos, sendo o de maior cobertura média(40% da população total e 56% da população alvo).É aquele que concentra as experiências mais antigas do PSF no MSP(mais madura é a Vila Curuça) (BOUSQUAT et al 2006).

Quando se tem o PSF/PACS a população acaba se tornando “dona” do programa e realmente participando, sentindo que o serviço é dela(DUARTE,2002).

1.4- O PAÍS MUDOU?

Entendendo o processo saúde–doença como causa multifatorial e multicausal segundo FRANCO(1991), NUNES(1998),CARVALHO(2000), ressaltam a importância da organização social na resultante sanitária em um dado território e uma época específica com determinantes como fatores sócio-econômico, renda, emprego, organização de produção interferem positiva e negativamente na saúde como cultura e valores, ambiente de trabalho, cidadania. Assim como escolaridade, saneamento básico, lazer, educação, as mudanças ou melhoria desses indicadores teoricamente influenciariam na qualidade de vida das pessoas.

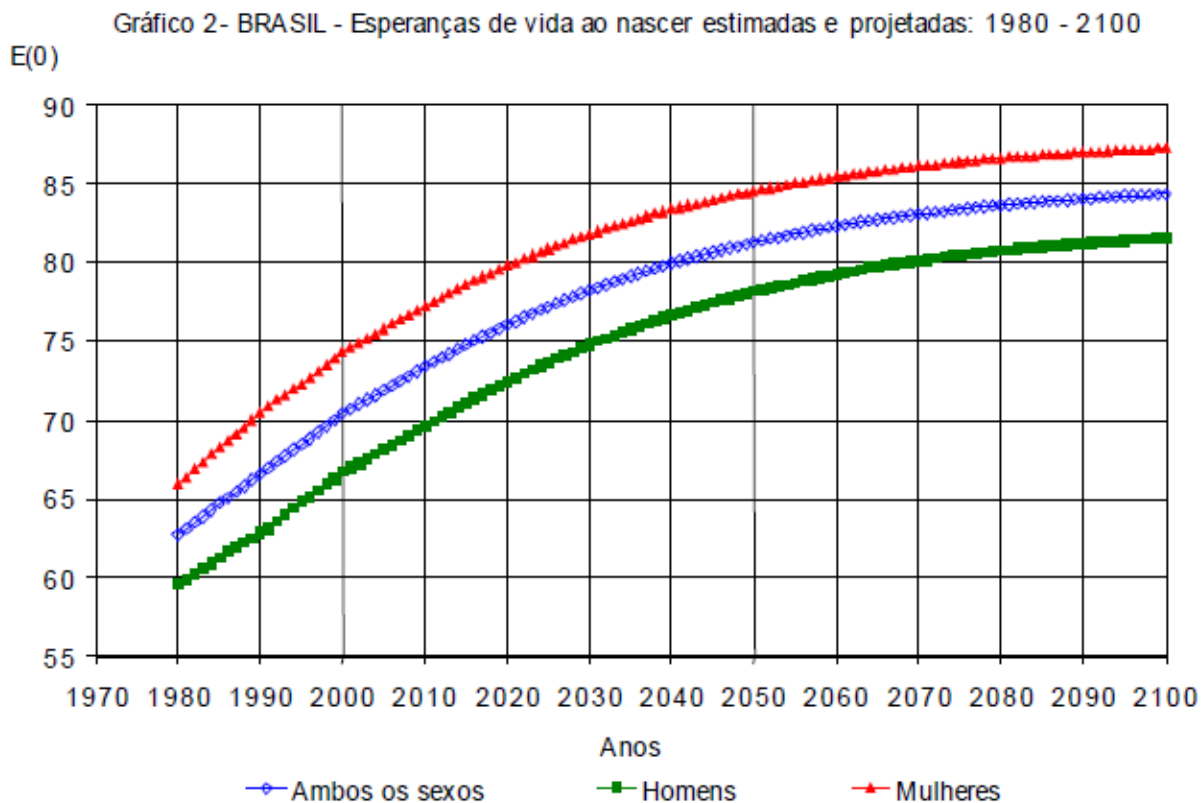
A população do Brasil no ano de 2000, foi estimada em 171,3 milhões de habitantes, que coloca o Brasil em 5ª posição do ranking dos 192 países. Em 2050, a estimativa indica 259,8 milhões de habitantes, que colocaria o Brasil em 6ª posição do ranking mundial. De 1970 para 2004, em 34 anos, a população brasileira praticamente dobrou (IBGE,2004).

Desde os anos de 1960 que a taxa de crescimento da população brasileira vem experimentando um decréscimo, intensificando-se juntamente com as quedas da fecundidade. Em 1950-55 eram 6,15 filhos, em 1985-1990 era de 3,10 filhos, 2000-2005 de 2,35 filhos e 2005-2010 de 2,25 filhos. Contudo, se o ritmo do crescimento populacional atingir 1,85 filhos por mulher (previsão para 2035-2040), ficaríamos abaixo do nível de reposição em razão das rápidas transformações verificadas no padrão reprodutivo da sociedade brasileira (IBGE,2004).

SANTOS (1978) em seu estudo, que foi um dos pioneiros para avaliar a situação dos níveis de sobrevivência no início do século XX no Brasil. É indiscutível a melhora nos níveis de sobrevivência da população brasileira no período de 1930 até 2005. As diferenças regionais já se refletiam nos níveis de sobrevivência. O Nordeste, já em 1940 se mostrava com incrementos bem menores em relação a região Sul, enquanto a esperança de vida era de 36,7 anos contra 49,2 anos no Sul.

Os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população, repercutiu no sentido de elevar a expectativa de vida ao nascer, tanto que 40 anos mais tarde passamos para 62,6 anos (em 1980) e em 2000 ultrapassou os 70 anos, e em 2050 alcançaremos o patamar de 81,3 anos, basicamente o mesmo nível atual do Japão. No ano de 2000 cabiam às mulheres esperança de vida de 74,29 anos (IBGE, 2004).

Como consequência da generalização dos serviços de saúde e saneamento e do aumento da escolarização, começa a ocorrer uma redução significativa nos padrões históricos da desigualdade regional diante da morte no país. No período de 1980 a 2005 o Brasil alcançou ganhos na expectativa de vida de 8,7 anos para os homens e 10,2 anos entre as mulheres (IBGE). Em São Paulo, em 2004, a expectativa de vida ao nascer das mulheres era de 77,2 anos.



O MSP também mudou. Segundo SEADE (2000), alguns dados relevantes para o nosso estudo merecem destaque:

1-Em 1991, as brancas tinham 6,9 anos de estudo contra 4,9 para as negras. Em 2000, foram de 8,1 anos de estudo para as brancas contra 6,2 anos para as negras. No grupo de "12 anos e mais de estudos", as brancas são 17,8% e as negras 4,2%.

2- No período de 1991 a 2000, em ambos os anos, as negras apresentaram taxas superiores de analfabetismo, sendo 13,7% em 1991(as brancas 6,5%) e 8,2% em 2000(as brancas 3,9%).

3- O IPRS- Índice Paulista de Responsabilidade Social de 1992 a 2000, nos três grupos "riqueza, longevidade e escolaridade", o MSP apresentou crescimento. No grupo riqueza foi de 61 para 70, para longevidade de 56 para 65 e escolaridade de 58 para 90.

Em 1992 o MSP pertencia ao Grupo 2 que indica alto nível de riqueza e indicadores de educação, longevidade inadequados. A partir de 1997 e 2000, foi classificado com Grupo 1 que indica que o MSP tem alto nível de riqueza e indicadores de educação e longevidade altos:

4- Indicador de escolaridade: foi 58(baixa), 79 (alta) e 90(alta) para os anos de 1991,1996 e 2000 respectivamente.

5-indicador de riqueza: foi de 61-69-70 para os três anos citados, equivalem a alta riqueza que compõem o consumo anual de energia elétrica no comércio, agricultura, em serviços e residencial, rendimento médio do emprego formal (R\$ 814,40 para R\$ 989,80).

6-Os chefes de família sem instrução baixou de 9,4% para 6,45%.

Numa avaliação para o "mapa de exclusão" de SPOZATI, os distritos foram classificados nos intervalos de -1 a 1, sendo zero definido como o padrão básico de inclusão social, avaliados em quatro indicadores:

1-Autonomia- avalia a renda dos chefes de família e oferta de empregos

2-Qualidade de vida- mede o acesso a serviços como saneamento, saúde, educação além da densidade habitacional e conforto domiciliar.

IPRS:Índice paulista de responsabilidade social=é calculado a partir de três dimensões -riqueza-longevidade-escolaridade- que sintetizam um conjunto de indicadores específicos referidos a cada dimensão, variando de 0 a 100, IPRS sendo que 100 expressa o município com maior índice de riqueza.O IPRS objetiva a análise da situação socioeconômica dos municípios paulistas.

3-Desenvolvimento humano- considera o nível de escolaridade dos chefes de família, longevidade, mortalidade infantil e juvenil e a violência.

4-Equidade- grau de concentração de mulheres na condição de chefes de família.

O que mostrou esse mapa de exclusão, de acordo com esses critérios para o MSP: (FAPESP,2003)

1-O pior lugar para se viver no MSP é o Jardim Angela com índice -1 e o melhor, Moema com índice +1.(Padrão desejável é a Vila Jaguará)

2-76 dos 96 distritos foram considerados excluídos

3- A zona Leste perdeu para a Sul a condição de região mais carente da capital (na Sul a exclusão se intensificou).

4-De 1996 a 2001 a população do MSP registrou crescimento de 2%, especialmente no distrito de Anhanguera que aumentou 129,96% e Pari decresceu 27,54%, sugerindo uma intensa migração intra-urbana dos distritos centrais em direção as áreas periféricas, mais carentes de equipamentos e serviços públicos para atender às demandas da população.

5-O índice de autonomia mostrou a impressionante desigualdade na oferta de emprego entre os vários distritos. O da Sé, de baixa densidade de moradores concentra a maior taxa distrital com 6,80 empregos por habitantes, em contraponto com Anhanguera com taxa de 0,18 vaga por habitante. A falta de emprego obriga deslocamento diário dos trabalhadores/moradores.

6- 32% da população economicamente ativa estão fora do mercado de trabalho

7- A menor renda familiar correspondente a 4,64 salários mínimos está no distrito de José Bonifácio e a maior, quase 41 salários mínimos em Moema. O padrão básico de renda, base para a construção do índice de exclusão, foi de 14 salários mínimos encontrado no Bom Retiro.Por esse critério, 20 distritos tiveram nota positiva e 54 notas negativas.

8- O déficit de vagas nas creches públicas e privadas cresceu 34% desde 1991, porém ainda insuficientes. As vagas nas escolas de ensino fundamental não atendem à demanda em pelo menos 13 regiões da cidade, chegando a um déficit de 76,19% na República.

9- Não existem unidades de saúde em 10 distritos. Nas áreas centrais o déficit chega a 100%. Noutras 76, a cobertura está abaixo do padrão básico de uma unidade de saúde para cada grupo de 20 mil habitantes. A pior situação é a do Campo Limpo. Já no Jaguará ou na Ponte Rasa há superávit.

10- Chefes de família sem instrução baixou de 9,47% para 6,45% (em 1996). Uma redução de quase 32%. Ainda assim, em 47 distritos, o percentual de chefes de família analfabetos superava a média dos municípios.

11- Nível universitário cresceu 13,85% no conjunto do MSP.

12- Os índices de longevidade também são positivos. Houve redução do número de anos potenciais de vida perdidos.

13- A taxa de homicídios cresceu 11,33% entre 1996 e 1999, sendo que na Sé houve um salto de 37,52% para 93,47%.

Quanto aos investimentos na saúde, segundo DATASUS entre os anos de 2000 a 2002, o orçamento do MSP foi de R\$ 76,47 para R\$ 138,05 habitante/ano, cujos recursos próprios foram de 12,35% a 17,16 % do orçamento municipal (EC 29).

No Brasil, o setor privado ainda participa em 56% do gasto em saúde. A participação do setor público no gasto nacional em saúde é de apenas 44%, enquanto na Inglaterra, Dinamarca e Suécia é respectivamente 86%, 83% e 85% público e financiado majoritariamente com impostos gerais (UGÁ, 2008).

O gasto federal per capita diminuiu sensivelmente no início dos anos 90, sendo em 1989 foram destinados US\$ 81 per capita para atenção à saúde, em 1990 de US\$ 66, em 1992 de US\$ 45(foi o mínimo que chegou) e 1993-1997 com CPMF, passando de US\$ 85 a US\$114.

Desde 2000, a saúde tem representado menos de 17% do orçamento da seguridade social e cerca de 5% da despesa total efetiva federal. A Emenda Constitucional nº 29 vincula recursos da diferentes esferas do governo a serem obrigatoriamente gastos em ações e serviços públicos de saúde:

- União- no ano 2000-o montante empenhado no exercício de 1999, acrescido de no mínimo, 5% do ano de 2001 a 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal ao PIB
- Estados- 12% do produto da arrecadação dos impostos
- Municípios- 15% do produto da arrecadação dos impostos.

Participação das esferas de governo no gasto público em saúde-Brasil- 1980-2003 (Siops,2003):

- Federal- 75% em 1980 e 51% em 2003
- Estadual- 18% em 1980 e 23% em 2003
- Municipal- 7% em 1980 e 26% em 2003

Os municípios tem sido os grandes financiadores dos gastos com a saúde

Segundo amostra do VIGITEL, mostra coberturas mais baixas nas capitais nordestinas, podem estar relacionados com os valores per capita alocados pelo gasto municipal (que é mais elevado quando comparado com o gasto estadual) sendo R\$ 107,22 em regra nos municípios mais ricos da região Sudeste e coberturas mais baixas

com valores per capita alocados menores nos municípios nordestinos com R\$ 49,81.

Quanto à oferta de serviços, no Estado de São Paulo, 39,9% da população tem coberturas dos contratos com planos de seguros de saúde (BAHIA E SCHEFFER,2005).

Em 2002 existiam no país 40.976 unidades de saúde sem internação, sendo 79% integrantes do SUS com atendimento ambulatorial, sendo a maior parte correspondente a serviços de atenção primária. (IBGE,2002)

Em 2005, IBGE em censo-Pesquisa de Assistência Médico Sanitária (AMS,IBGE ,2002) mostrou a existência de 55.328 unidades de saúde sem internação, sendo 78% integravam o SUS(maioria posto de saúde e centros de saúde).

A quantidade de consultas médicas realizados pelo SUS cresceu em 14%, levando a uma pequena elevação da concentração de consultas médicas por habitante/ano de 2,2 em 1996 para 2,5 em 2003 e 2005. O SUS financia 73% das consultas médicas no Brasil (IBGE,2006).

Verificamos que vários autores demonstraram que cobertura para o exame de papanicolaou tem aumentado a cada ano cuja análise vem girando em torno da acessibilidade aos serviços. Por outro lado, o Brasil de “subdesenvolvido” passamos a classificar como “em desenvolvimento”.O que teria mudado no perfil de vida dos brasileiros, o cuidado a saúde e a prevenção de doenças teria alcançado uma grau de importância , o que estaria levando as mulheres a procurarem os serviços da atenção básica para a realização do preventivo ?

Nos dados do PNAD 2007/2009, a taxa de analfabetismo 1992-2007 reduziu no Brasil de 17,2 % a 10% da população de 15 anos e mais chegando em 2009 com 9,6%. Porém mantendo as diferenças regionais para o Nordeste de 32,7% para 20,0% e no Sudeste de 10,9% para 5,8% nesse período. Nos níveis mais altos, de 25 a 29 anos de 10,0% a 4,4 % e de 40 anos e mais foram de 29,2% a 17,2 %, ou seja, a população brasileira tem se escolarizado de forma bem significativa. O número médio de anos de estudo passou de 5,2 para 7,3 anos, e novamente as diferenças regionais :no sudeste de 5,9 para 8 anos e no Nordeste, de 3,8 para 6 anos. O percentual de pessoas com 11 anos ou mais de estudos foi de 14,1% em 1992 para 33,3% em 2009. A taxa de escolarização de pessoas de 15 a 17 anos de idade aumentou de 59,7 para 85,3%.

A evolução no Estado de São Paulo dos recursos orçamentários para educação entre 1997 e 2005 elevaram-se, em termos nominais, em mais de 92%.

A população paulista de 15 anos e mais, a média de anos de estudo passou de 6,2 anos em 1993, para 7,9, em 2004, aproximando-se da escolaridade equivalente à conclusão do ensino fundamental. E para os de 40 anos e mais foi de 6,4 anos de estudo em 2004.

A faixa etária de 25 a 29 anos atingiu 8,9 anos de estudo e de 30 anos ou mais, de 6,5 anos. Ambas as faixas etárias mais velhas, tiveram um aumento nesses 15 anos.

Quanto a raça/cor, as mulheres de cor branca apresentam maior números de anos de estudos, merecendo destaque para 11 anos e mais de estudos, onde as brancas são 17,8% e as negras (preta/parda) são 4,2%. As

brancas se mantem com maior anos de estudos em relação as negras, com média de 8 anos e 6,4 anos respectivamente (IBGE,2003).

Quanto mais exclusão social, mais fracasso escolar e vice-versa. A não conclusão das oito séries que compõem o ensino fundamental (por abandono, por incapacidade, etc) não é associação entre fracasso escolar e “incompletude” (SPOZATI,2000).

SPOZATI propõem pensar a antinomia fracasso/sucesso escolar tendo por horizonte o não-fracasso, o que não significa, necessariamente, o sucesso, mas sim um indicador de inclusão social. Assim como o conceito de “pobre”, não se pode definir o pobre sem também construir sua antinomia, que não é rico, mas o não-pobre.

O Relatório Mundial do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF,1999) aponta que no Brasil, uma criança tem 40% de chances de seus pais terem um padrão instrucional de menos de 4 anos de estudo, 21% de chances de nascer em lares cujos pais são analfabetos e 59% de chances de concluir o ensino fundamental(8ª série) embora 95% tenham chance de acesso a esse nível de ensino.

Quanto a situação conjugal, segundo PNAD (2009) no Brasil haviam 45,5 do total da população casadas maiores de 15 anos e 42,8% de solteiros.

Na região Sul e Sudeste, os respectivos percentuais foram 48,2% e 49,7% para pessoas casadas que foram maiores que os de solteiros (38,9% e 37,9%), enquanto nas outras regiões do país, a percentagem de solteiros são maiores que as pessoas casadas. A maioria das pessoas viúvas estão na população feminina sendo que o percentual de viúvas (9,4%) foi

mais de quatro vezes superior aos de viúvos(2,2%) em razão da maior expectativa de vida das mulheres.

O PNAD 1981-2009 mostra que a condição de vida da população brasileira tem mudado: de 1981 para 2009 houve avanços:

- abastecimento de água= de 60,1% para 85,3%
- esgotamento sanitário= de 38,9(1992) para 53,3%
- destino do lixo coletado= de 49,2% para 89,4%
- iluminação elétrica= de 74,9% para 99,1%
- telefone= de 19%(1992) para 84,9%
- geladeira= de 56,6% para 93,9%
- televisão= de 71,5% para 96,0%
- nível de ocupação na semana de referência (pessoas 10 anos ou +)= de 43,4% para 46,8%
- contribuintes de instituto de previdência em qualquer trabalho= de 43,6% para 54,1%.
- rendimento real médio mensal de trabalho das pessoas ocupadas (R\$)= de 901 para 1111
- índice de Gini da distribuição do rendimento real médio de trabalho das pessoas ocupadas, com rendimento de trabalho= de 0,564 para 0,518(MSP em 2003 índice Gini de 0,45)

A partir dos anos 40 do século XX, nota um consistente declínio dos níveis gerais de mortalidade. Em duas décadas, as taxas brutas de mortalidade recuaram de um patamar de 21 para 10 óbitos por 100 mil habitantes, cujos fatores poderiam ser o impulso dado ao sistema de saúde pública, à previdência social, à infraestrutura urbana, e à

(Índice de Gini=é uma medida de grau de concentração de uma distribuição, cujo valor varia de zero (a perfeita igualdade) até um (a desigualdade máxima).

regulamentação do trabalho nas principais regiões do País, a partir dos anos 30 (IBGE,2009).

No Estado de São Paulo, entre 1997 e 2005 (SEADE) cresceram os dispêndios nominais em todas as áreas de atuação do governo no campo social, das quais saúde (231%), educação (92%), habitação (95%). Houve redução da proporção de pessoas com renda “per capita” inferior a meio salário mínimo, assim como do desemprego.

A renda domiciliar per capita média no ESP, em 2004, correspondia a R\$ 590, enquanto a brasileira equivalia a R\$ 459. Após um período de importantes ganhos reais, em especial nos quatro anos seguintes a implementação do Plano Real, esse indicador referido ao Brasil ou ESP, reduziu-se para um patamar mais baixo entre 1999 e 2002 e diminuindo ainda mais em 2003 e 2004, quando atingem valores acima mencionados (rendimentos per capita SP R\$ 506(1993) para 590(2004).

Porém, mais preocupante que o nível da renda é sua distribuição, a parcela da renda apropriada pela metade mais pobre da população paulista manteve-se praticamente estacionada em torno de 15,5%.

Apesar disso, foi obtido algum progresso na redução dos níveis de pobreza absoluta: em 1993 a parcela da população paulista com renda domiciliar per capita inferior a meio salário mínimo era de 17,5% contra 11,7% em 2004.

Aquela com renda familiar per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo passou de 4,2% em 1993 para 2,7% em 2004. Tais resultados mostram a nítida correlação entre esses indicadores com a conjuntura econômica nacional, ou seja, em anos que a economia nacional mostra-se pouco

dinâmica, os níveis de pobreza se elevam e ocorre o contrário quando melhora o desempenho da economia (IBGE,2009).

Como indicam as informações apresentadas, o combate ao desemprego, à pobreza e à desigualdade é uma tarefa de difícil execução, sobretudo devido a sua forte relação com a dinâmica macroeconômica do país.

Todos esses avanços favorecem a melhoria na qualidade de vida, estimulando a procura aos cuidados a saúde. Porém, os serviços de saúde não se atentaram a pensar na acessibilidade das mulheres que trabalham.

A PNAD 2007 revela que 53,7% das mulheres “só trabalha”(sendo destas 46,7% com carteira assinada).Se o foco é aumentar cada vez mais a cobertura para o exame papanicolaou ou buscar as mulheres que nunca fizeram o exame ou deixam de fazer por mais de 3 anos, os serviços precisam repensar a acessibilidade quanto aos horários de funcionamento das unidades de saúde, pois geralmente, seus horários de trabalho coincidem com os horário de funcionamento e encerramento das atividades.Portanto, qual seria a opção das mulheres que trabalham em horário comercial? A ampliação do horário de funcionamento para o terceiro turno e funcionamento aos sábados já seria mais uma oportunidade para essas mulheres “cumprirem” uma das metas preconizadas pela OMS para prevenção do CCU.

A maioria da população paulista (74%) não possuem planos de saúde, portanto depende integralmente do SUS para ter acesso aos serviços de saúde e quase a totalidade dos segmentos mais pobres(92%) dependem exclusivamente do SUS.Apenas 20% mais ricos que dispõem de planos de saúde.

Mesmo com tamanha dimensão da clientela potencial do SUS, quando a população procurou 1º atendimento, quase todas (96%) foram atendidas na primeira vez que o procuraram.

Quanto à acessibilidade aos serviços, as mulheres de baixa escolaridade utilizam o SUS em unidades básicas de saúde e as de altas escolaridade os serviços privados nos consultórios. (FONSECA e cols.2010). DONNINI(2008) da população com ensino fundamental completo, com mais anos de estudo, o índice de realização do Papanicolaou era de 87%. Destas, 43% foram atendidas pelo SUS e 57% não foram atendidas pelo SUS no Estado de São Paulo, esses valores mostram que ou uma parcela da população ainda não tem acesso ao exame no SUS, ou que não sabem distinguir se foi ou não atendida pelo SUS, refletindo na falta de informação ou esclarecimento da população.

Os óbitos provocados pelas neoplasias tem aumentado consideravelmente: passaram entre 1979 e 2003 de 10,4% para 15,9% no Brasil e de 11,2% para 17,1% no Estado de São Paulo.

1.5-CO-RESPONSABILIDADE PELA SAÚDE E SER SAUDÁVEL

“Saúde para todos no ano 2000”, como postulou a Declaração de Alma-Ata e ratificaram as Cartas das Conferências internacionais, não se efetivou.

Desde o final do século XVI, todas as nações da Europa já se preocupavam com o estado de saúde das populações, encarando-o como aspectos políticos, econômico e científico.

Saúde é direito de todos e dever do Estado. (CF,1988)

Saúde é o estado de completo bem estar físico, mental e social”. A diferença entre o “potencial” em Ottawa e o “completo” de Alma-Ata sugere importantes implicações conceituais, que envolve setores da sociedade além do setor médico e dos demais profissionais de saúde (MARCONDES,2004).

CARVALHO (1998) pondera sobre a ampliação do conceito de saúde e revela-se contraditório por supor um “completo estado de bem estar”, o que por definição é impossível de acontecer, mais uma vez que bem estar físico, mental e social são estados de equilíbrio instável, que se definem na medida do dinamismo e dos conflitos de sociedades concretas. Isto também exemplifica o caráter processual da saúde e da doença.

O conceito de “Saúde” constituiu um dos pontos cegos paradigmáticos da ciência epidemiológica. Não é surpresa uma ausência de uma “teoria científica da saúde”. (ALMEIDA FILHO,2000)

Saúde não é o oposto lógico da doença, e por isso, não poderá de modo algum ser definida como “ausência de doença”. Ou ainda recorrendo a Cangulherm, devemos admitir que o oposto lógico da patologia não será de modo algum a saúde. Saúde no nível individual devemos considerar que: a)nem todos os sujeitos sadios acham-se isentos de doenças e b) nem todos os isentos de doenças são sadios (ALMEIDA FILHO,2000)

Ainda ALMEIDA FILHO (2000) propõe no máximo que a ciência epidemiológica tem se permitido consiste em definir Saúde como atributo do grupo de não-doente, entre os expostos e os não-expostos a fatores de

risco, em uma população definida, e propõe incluir estratégias da epidemiologia para a contagem de indivíduos sadios (indicador de “salubridade”), onde contar-se-iam sadios para o cálculo de um certo risco de saúde. Seria um movimento no sentido de definir pragmaticamente saúde como vida com saúde, ou seja, anos vividos com funcionalidade produtiva e social.

O conceito de saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986) “ênfatisa o recurso social e pessoal, bem como a capacidade física. A saúde seria o maior recurso pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Condições e recursos para se ter saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade”

Para a OMS, “a saúde seria condicionada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, que podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. Dessa forma, a promoção da saúde deveria atuar sobre os determinantes da saúde e objetivar condições cada vez mais favoráveis de saúde, assumindo dois compromissos básicos: equidade e intersetorialidade. Saúde é um conceito positivo, visto como um recurso diário de vida e não objetivo de viver.

Na CARTA DE OTTAWA (1986) a “promoção da saúde (PS) é o processo que articula saberes técnicos e populares e mobiliza recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o enfrentamento dos problemas e sua resolução. A PS é um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria efetiva de sua qualidade de vida e de saúde, e incluiria uma maior participação no controle deste processo”. Destacando os papéis da PS: de defesa da causa da saúde (*advocacy*), da capacitação individual e social para a

saúde(*empowerment*), da mediação entre os diversos setores envolvidos, e de incluir a informação e oportunidade de escolha para promover saúde(*enable*).

Para OMS, a promoção de saúde não é só responsabilidade do setor saúde, mas vai além do saudável, é o estilo de vida e bem estar.

Dissemina-se uma proposta de reorientação para prática centrada no conceito da PS, com seus componentes de *accountability*, *advocacy* e *empowerment*, *enable* dos usuários, buscando constituir um novo paradigma para a atenção à saúde, onde a relação profissional/cuidador versus cliente/usuário seja menos assimétrica e mais humanizada baseada na continuidade da ação e na responsabilidade (MS,2006).

O movimento de renovação do conceito de PS segue duas posturas: a reativa- no sentido de impedir que as políticas públicas provoquem danos à saúde e seus efeitos sobre a saúde da população e a proativa- no sentido de que as políticas públicas promovam as condições para a saúde. (BUSS et al,1998)

Em 30 de março de 2006, o MS aprova a Política de Promoção da Saúde através da Portaria nº 687/2006 com objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde, relacionadas aos seus determinantes e condicionantes-modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais e outros, como incorporar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades a toda e qualquer ordem (étnicas, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual), envolvendo a educação continuada aos trabalhadores de saúde, aumentando a resolutividade do sistema,

preservação do meio ambiente, educação sustentável, estimular modos de viver não violentos.

Para a OPAS (2004) a estratégia que orienta a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco associados, aqui incluído o câncer cérvico-uterino dentre as quatro doenças de maior impacto para a saúde pública, deve ser de abrangência intersetorial : saúde, educação, agricultura, pecuária, desenvolvimento urbano e meio ambiente, etc envolvendo assim, diferentes instituições da sociedade pública, privada e civil

Nesse contexto amplo de co-responsabilidade entre o setor público, com as políticas públicas implantadas e financiamento, o usuário/cliente com sua autonomia e responsabilidade de buscar saúde e o profissional de saúde de prestar serviços e acolher esse usuário, não se torna uma prática das mais fáceis de serem executadas e convergirem para a promoção da saúde através da utilização dos serviços de saúde.

A utilização dos serviços de saúde corresponde a todos os contatos diretos com todos os profissionais de saúde envolvidos na realização de procedimentos preventivos, diagnóstico, terapêuticos ou de reabilitação. Contatos iniciais com os serviços de saúde são mais influenciados por características das pessoas, enquanto os cuidados subseqüentes- a continuidade do cuidado- dependem mais das características dos profissionais de saúde (TRAVASSOS E CASTRO,2008).

TRAVASSOS E CASTRO ainda citam como relevante na utilização de serviços de saúde em geral é a “*necessidade*”. Necessidade aqui entendida como o desejo de obter cuidado, que poderá implicar ou não a decisão de procurar serviços de saúde para obtenção de atendimento. Acesso é o fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada no

serviço. A necessidade de saúde percebida pelos indivíduos difere da necessidade de saúde diagnosticada pelos profissionais de saúde. Muitas das queixas trazidas ao sistema de saúde não tem uma causa orgânica precisa, mas derivam do modo de viver a vida em todas as suas dimensões.

No VIGITEL-BR, no triênio de 2007-09, quando a população (maiores de 18 anos) foi questionada da “auto-avaliação do estado de saúde”, tem se revelado fortemente correlacionado com medidas objetivas de morbidade e de uso de serviços, constituindo-se um preditor poderoso da mortalidade independentemente de fatores médicos, comportamentais e psicosociais. No entanto, esse fator preditor apresenta limitações, sendo fortemente influenciado por contextos sociais e culturais.

O VIGITEL-BR mostrou que quando auto-avaliados o estado de saúde como “*ruim*”, tivemos:

2007-no sexo masculino- de 2,2, % em Curitiba a 6,6% em Salvador, no sexo feminino- foi 3,6% em Belo Horizonte e 9,6% em Manaus. Em São Paulo foi de 3,1% e 5,2% respectivamente.

2008- no sexo masculino- de 1,1% em Palmas e 6,4% em Manaus, no sexo feminino- 2,8% em Vitoria e 10,0% em Porto alegre. Em São Paulo foi 3,1% e 5,3% respectivamente.

2009- no sexo masculino- de 1,1% no Distrito Federal e 6,0% em Macapá, no sexo feminino- foi de 3,5% em Campo Grande e 9,2% em Manaus. Em São Paulo foi de 2,8 % e 6,6% respectivamente.

Em suma, em São Paulo nos três anos, os homens se auto-avaliaram com “*condição ruim de saúde*” variando de 3,1%,3,1% e 2,8% e as mulheres entre 5,2%,5,3% e 6,6% , ou seja, mais mulheres se auto avaliaram como *condição ruim de saúde* de forma crescente com o

passar dos anos, diferentemente dos homens que diminuíram essa auto avaliação de *condição de saúde ruim*.

O indivíduo a partir de então, decidido a obter cuidado de saúde pela necessidade, as políticas públicas precisam garantir a acessibilidade/aceso, entendendo acesso/acessibilidade para indicar o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde e necessidade de saúde (TRAVASSOS E CASTRO,2008).

TRAVASSOS E CASTRO (2008) apresentam três dimensões de acesso: disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade. Informação é um elemento essencial que atravessa as três dimensões e que possibilita que as pessoas façam suas escolhas.

Essas dimensões e suas inter-relações são abordadas como barreira de acesso, sendo as mais importantes a disponibilidade ou a presença física de serviços e recursos humanos, que representa condição absolutamente necessária à utilização. Porém, a mera disponibilidade de recursos não garante o acesso. Barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, idade, cultural, tempo, meio de locomoção entre outras, expressões características de oferta que, de modo inter-relacionado, atuam facilitando ou obstruindo a capacidade das pessoas de utilizarem serviços de saúde. (TRAVASSOS E CASTRO,2008).

Pela necessidade segue o desejo de obter cuidado de saúde, na tentativa de acesso aos serviços e continuidade de tratamento dentro do sistema, que dependem da facilidade ou não de superarem as barreiras de acesso, do acolhimento e vínculo recebido dos profissionais de saúde.

OLIVEIRA E PINTO (2007) mostrou nos relatos expressos pelas mulheres, que elas procuram os serviços de saúde “para achar algo que impeça a doença de aparecer”, ou seja, alguma ação que evite, interceda, até mesmo estacione o processo de adoecimento, mostrando que a compreensão popular das práticas de saúde, contribuem para as mesmas realizarem o exame de Papanicolaou na ESF. Os sentimentos apresentados foram a necessidade de se auto cuidar, o medo do resultado e a vergonha. Mas, a conversa e a escuta foram apontadas como instrumentos fundamentais do profissional de saúde em todos os encontros com as mulheres, tanto nas UBS como nos próprios domicílios das famílias dessas mulheres.

A atenção médica eficaz não está limitada ao tratamento da enfermidade em si; deve considerar o contexto na qual a doença ocorre e no qual o paciente vive. Além disso, raramente às enfermidades existem de forma isolada, especialmente quando apresentados ao longo da vida (Starfield, 2002).

A formação de recursos humanos que considerem as práticas correntes de saúde e não somente aquelas centradas no hospital, que reconheçam o processo de determinação social da enfermidade e não apenas sua causa biológica, que valorizem a adoção de estilos de vida saudáveis e não a ênfase em prescrições terapêuticas, e onde os estudantes das profissões de saúde assumam posturas ativas em sua aprendizagem, inclusive mediante processos que se prolonguem por toda a vida. (MS, 2002)

O fundamento para a política de recursos humanos de saúde deve ser a própria política nacional de saúde, o exemplo é a concentração nas grandes cidades, contrastando com a dificuldade de provisão dos serviços em áreas rurais ou isoladas ou ainda em pequenos municípios e até de

médio porte. A falta de estímulos funcionais e sociais para os profissionais de saúde se contrapõe às vantagens e diferenças financeiras vigentes nos grandes centros urbanos. Várias regiões do país não conta com oferta regular de serviços de saúde e profissionais habilitados (MS,2002).

A defasagem entre “o que se ensina” nos cursos de graduação em saúde e a “realidade observada” no cotidiano dos serviços de saúde, ou no seio das comunidades é um importante problema na formação dos profissionais que em breve estarão acolhendo o usuário que se viu com necessidade de procurar serviços de saúde. Aqui também não podemos de enfatizar a constituição do corpo docente das escolas universitárias que também mantem a defasagem do que se ensina com a realidade observada, enfatizando a especialização. O ensino com visão sobre os sistemas públicos de saúde, assistência centrada na pessoa e de forma longitudinal e integral é ainda minoria, estabelecendo um diálogo com a comunidade da qual faz parte (CAMPOS E AGUIAR,2008).

O chamado currículo integrado articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade, de modo que representa uma possibilidade adequada para a formação em saúde. A OPAS reconhece o potencial educativo nos espaços de trabalho e a indissociabilidade entre a gestão do trabalho e a gestão do conhecimento, portanto formar profissionais de saúde sob a perspectiva da integralidade implica na reorganização dos serviços e na análise crítica dos processos de trabalho, entendendo a complexidade do processo saúde-doença como multicausal e multifatorial, valorizando o desenvolvimento de ouvir e dialogar na visão generalista, implantação de educação permanente e valorização da co-responsabilidade (ARAUJO,2007).

Por outro lado, o papel da sociedade também deve ser rediscutida e elaborada numa nova visão de reduzir as práticas de saúde às práticas

médicas, valorizando outras ações de cuidados ao usuário através da equipe multiprofissional.

A educação permanente nos serviços de saúde é outra ferramenta, que visa à capacitação que parte da reflexão sobre o que acontece no serviço e sobre o que precisa ser transformado, com o objetivo de mudar o processo de trabalho e melhorar a assistência prestada a quem necessita de saúde e quer o cuidado de saúde.

2- OBJETIVOS

2.1 – Geral

Estimar mudanças na prevalência de realização de exame de Papanicolaou *alguma vez na vida* em mulheres de 15 a 59 anos residentes no município de São Paulo em 1987 e 2001/2002, relacionando a realização do exame com alguns atributos pessoais e com a tendência da mortalidade por CCU no mesmo período.

2.2- Específicos

2.2.1- Descrever a realização de exame de Papanicolaou segundo a idade, escolaridade, cor da pele e situação conjugal.

2.2.2- Estimar variação porcentual na prevalência de realização de exame de Papanicolaou *alguma vez na vida* no período de 1987 e 2001/2001.

2.2.3- Descrever a tendência da mortalidade por CCU no período entre 1980 a 2007.

3- MÉTODO

3.1- Sobre o inquérito domiciliário

Foram analisados os dados coletados em dois estudos transversais. Os dados foram os coletados na “Pesquisa dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis-DCNTs” realizado pela Divisão de Doenças Crônicas não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica e Instituto da Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Os dois inquéritos domiciliários foram realizados em 1987 e 2001/2002. Foi aplicado questionário estruturado em domicílios no município de São Paulo com amostragem probabilística, em mulheres de 15 a 59 anos de idade, sendo 969 no primeiro inquérito e 1.125 no segundo, em duas áreas escolhidas do município de São Paulo.

A finalidade dessa pesquisa foi de acompanhar a ocorrência de algumas DCNTs, como a hipertensão arterial, obesidade, tabagismo e outras questões, entre elas a realização do exame de Papanicolaou.

Nos dois inquéritos domiciliários no MSP as áreas foram escolhidas dentro de uma divisão de áreas sócio-ambientais homogêneas proposta por Spozati (1996), sendo classificadas em áreas de pior condição, condição má, média-baixa, média-alta e melhor condição, e selecionados os seguintes distritos do MSP:(Anexo 1)

1987-Jardim Ângela, Brasilândia, Pedreira, Itaquera, Sé, Jabaquara, Freguesia do Ó, Jaraguá, Cangaíba, Santa Cecília, Tucuruvi, Barra Funda, Butantã, Santo Amaro.

2001/2002- Guaianases, Jardim Angela, Vila Curuça, Jardim São Luís, Pedreira, Itaquera, Campo Limpo, Tremembé, Cangaíba, Belém, Barra Funda, Cursino.

Os croquis dos 42 setores censitários desses distritos foram preparados a partir das descrições do Censo/IBGE.

Os domicílios rastreados excluídos foram porque residiam pessoas fora da faixa etária de interesse (15 a 59 anos), porque estavam desocupados em relação à época do arrolamento e outras que recusaram-se a participar do estudo. Com o desenrolar do estudo, foram excluídas as áreas homogêneas 1 e 2 (as mais favorecidas) devido as altas cifras de recusa (acima de 40% em doze setores visitados) que correspondia a apenas 11,4% da população de 15-59 anos de idade do MSP. Temendo pela falta de representatividade da amostra no que se refere às duas camadas mais favorecidas, decidiu-se que elas seriam excluídas. Para substituí-las numericamente, optou-se pela inclusão de mais quatro distritos das áreas sócio-ambientais homogêneas 3 a 6 (condição média-alta, média-baixa, má e pior condição).

Foram comparadas as respostas auto referidas às questões comuns ao item “exame de Papanicolaou” nos dois inquéritos.

3.1.1- Variável de interesse principal

No questionário de 1987 havia duas perguntas (d10 e d11) sobre citologia ginecológica, assim fraseadas:

<p>10- A Sra. já fez exame para prevenção de câncer ginecológico (teste de Papanicolaou)?</p> <p>1- Sim</p> <p>2- Não (passe p/ pergunta 12)</p> <p>9- NS/NQR</p>	<p>11- Quando foi a última vez que fez?</p> <p>1- Há menos de 1 ano</p> <p>2- De 1 a 3 anos atrás</p> <p>3- De 3 a 5 anos atrás</p> <p>4- Há mais de 5 anos</p> <p>9- NS/NQR</p>
---	--

Das 969 mulheres entrevistadas, uma escolheu a opção 9 (NS/NQR), de maneira que o número analisável de mulheres nesse inquérito cai para 968.

No questionário de 2001/2002 havia apenas a seguinte pergunta:

G40- Quando foi a última vez que fez exame para prevenção de câncer ginecológico (teste de Papanicolaou)?

0- Nunca fez.

1- Há _____ [anos] [meses] [semanas] [dias]

A formatação da resposta permite calcular o tempo decorrido desde o último exame (se realizado) para cada mulher – o que propicia várias maneiras de categorização de tempo (inclusive naquelas categorias de 1987). Todas as 1.125 mulheres do segundo inquérito responderam a essa pergunta.

As respostas 1 às questões d10 (do primeiro inquérito) e g40 (do segundo inquérito) foram consideradas como “sim” a “ter feito Papanicolaou alguma vez na vida”.

3.1.2 – Outras variáveis disponíveis e compatíveis nos dois bancos de dados:

- **idade**, em anos completos na data da entrevista. A variável idade foi agrupada nas seguintes categorias: 15-19, 20-29, 30-39, 40-49 e 50-59 anos.

- **cor da pele** que predomina na aparência e auto referida, embora existam quatro opções idênticas nos dois inquéritos, na pesquisa de 1987 a 5a. opção é “não classificável” – enquanto na pesquisa de 2001/2 essa opção é “Outra: _____”. Nas tabulações aparecem as categorias branca, parda, preta, amarela e outra.

- **situação conjugal**. No primeiro inquérito as opções “casada” e “amigada” estão incluídas com “ou” numa única resposta, mas aparecem como respostas individualizadas no segundo inquérito. Para finalidade de tabulação, a situação conjugal foi reagrupada em três categorias: vida conjugal atual (que inclui “casada” e “amigada”), vida conjugal pregressa (que inclui “viúva”, “separada”, “desquitada” e “divorciada”) e solteira.

- **escolaridade** [Coletada em cinco categorias no primeiro inquérito (1- não completou o primário ou o nível I do 1o. ciclo; 2- o primário – 4 anos ou o 1o. ciclo – nível I – 4 anos; 3- o ginásio – 5 a 8 anos, ou o 1o. ciclo – nível II 5– 8 anos; 4- o colegial –9 a 11 anos, ou o 2o. ciclo – 9 a11 anos; e 5- universidade – 5 anos ou mais) e coletada como número de anos completos de escola no segundo inquérito – o que permite várias maneiras de categorização]. Nas tabulações, essa variável aparece categorizada em: < ciclo I (menos que quatro anos), ciclo I (até quatro anos completos), ciclo II (de 5 até 8 anos completos), 2o. grau (de 9 até 11 anos completos) e 3o. grau (universitário completo).

3.1.3 – Comparações e procedimento estatístico realizados

Um aspecto de relevância faz referência à comparação da evolução em dois momentos pontuais, sem utilizar um número maior de observações. Ainda que se possa estimar o erro envolvido na determinação de cada observação, a avaliação sómente com dois pontos fica mais

vulnerável ao efeito do acaso. A variação na disponibilidade para participação na pesquisa em momentos diferentes, da mesma forma, pode interferir negativamente na avaliação comparativa.

Foram comparadas as porcentagens de “sim” como resposta à pergunta sobre a realização, alguma vez na vida, do exame de Papanicolaou nos dois inquéritos, inclusive dentro de cada categoria das variáveis faixa etária, cor da pele, situação conjugal e escolaridade. A partir dessas cifras foram calculadas as variações percentuais de 1987 para 2001-2. Foi aplicado o teste exato de Fisher em cada uma das comparações entre as amostras, consideradas como devidas ao acaso as diferenças que ocorreram com probabilidade $(p) \geq 5\%$.

Foram também comparadas as porcentagens de exames de Papanicolaou realizados há menos de três anos nos dois inquéritos, usando as mesmas técnicas.

3.1.4– Procedimentos estatísticos não realizados

Como ambos os inquéritos foram realizados com amostragem complexa (seleção dos participantes a partir de conglomerados: sorteio de setores censitários, de quarteirões, de ruas, de domicílios, e de moradores), haveria a necessidade de corrigir o erro padrão das estimativas feitas a partir dos dois inquéritos pelo chamado “efeito da amostra” [ou, em inglês, *sampling effect* (COCHRAN, 1975)]. Isso não foi possível de ser feito porque os planos amostrais dos dois inquéritos não foram recuperados. Assim, os valores de p (probabilidade de as diferenças observadas terem ocorrido por acaso) que aparecem na seção *Resultados* podem ser

menores do que aqueles que seriam obtidos com a adoção da correção para o *sampling effect*.

3.2 – Sobre a mortalidade por câncer do colo do útero no município de São Paulo

3.2.1– Fontes de dados

A partir de dados disponíveis no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde e dados da população feminina residente estimada pelo IBGE (DATASUS, 2010) foi possível calcular as taxas anuais de mortalidade (por 100 mil habitantes) por câncer do colo do útero, por faixa etária (15-19, 20-29, 30-39, 40-49 e 50-59 anos), no município de São Paulo, de 1980 a 2007.

3.2.2– Taxas medianas septenais

As taxas de mortalidades desses 28 anos foram divididas em quatro conjuntos de sete anos consecutivos, e as medianas de cada conjunto foram calculadas.

Optamos pelo conjunto de sete anos numa série histórica de 28 anos de modo a coincidir com os anos iniciais de cada inquérito realizado (1987 e 2001/2001).

4- RESULTADOS

Foram comparadas as respostas da realização do exame de Papanicolaou de 968 mulheres entrevistadas no inquérito domiciliário de 1987 e de 1.125 mulheres entrevistadas no inquérito de 2001-2, todas com idade entre 15 e 59 anos no MSP.

4.1- Composição das amostras de 1987 e 2001-2

A Tabela 1 mostra a composição por faixa etária das amostras dos dois inquéritos. Nota-se que a amostra de 2001-2 é mais idosa que a de 1987, com 42,6% de mulheres de 40 a 59 anos – contra 30,3% em 1987.

Tabela 1–Distribuição etária das amostras dos inquéritos de 1987 e 2001-2 das mulheres do município de São Paulo.

Faixa etária (anos)	1987		2001-2	
	Número	%	Número	%
15 a 19	93	9,6	98	8,7
20 a 29	291	30,1	258	22,9
30 a 39	291	30,1	290	25,8
40 a 49	167	17,3	272	24,2
50 a 59	126	13,0	207	18,4
Total	968	100,0	1.125	100,0

A Tabela 2 traz a composição por cor da pele das mulheres na amostras dos dois inquéritos. Observa-se que a amostra de 2001-2 tem porcentagem de cor parda e preta (33,0%) maior que a de 1987 (23,8%).

Tabela 2 – Distribuição da cor da pele das mulheres nas amostras dos inquéritos de 1987 e 2001-2, município de São Paulo.

Cor da pele	1987		2001-2	
	Número	%	Número	%
Branca	717	74,1	740	65,8
Parda	192	19,8	268	23,8
Preta	39	4,0	103	9,2
Amarela	19	2,0	11	1,0
Outra	1	0,1	3	0,3
Total	968	100,0	1.125	100,0

A Tabela 3 mostra a vida conjugal das mulheres nas amostras dos dois inquéritos. Nota-se que na amostra de 2001-2 há muito menor porcentagem de mulheres com vida conjugal atual (48,7%), quando comparada à amostra de 1987 (65,8%).

Tabela 3 – Distribuição da situação conjugal das mulheres nas amostras dos inquéritos de 1987 e 2001-2, município de São Paulo.

Situação conjugal	1987		2001-2	
	Número	%	Número	%
Vida conjugal atual	637	65,8	548	48,7
Vida conjugal progressa	97	10,0	199	17,7
Solteira	234	24,2	378	33,6
Total	968	100,0	1.125	100,0

A Tabela 4 traz a escolaridade das mulheres nas amostras dos dois inquéritos. Observa-se que a porcentagem de mulheres com 2º. e 3º. graus completos aumentou de 24,3% na amostra de 1987 para 43,0% na de 2001-2.

Tabela 4 – Distribuição da escolaridade das mulheres nas amostras dos inquéritos de 1987 e 2001-2, município de São Paulo.

Escolaridade	1987		2001-2	
	Número	%	Número	%
< ciclo I	197	20,4	124	11,0
ciclo I	350	36,2	284	25,2
ciclo II	186	19,2	233	20,7
2o. grau	159	16,4	376	33,4
3o. grau	76	7,9	108	9,6
Total	968	100,0	1.125	100,0

4.2– Papanicolaou realizado “alguma vez na vida”

De 1987 para 2001-2 houve aumento de 24% na porcentagem de realização (alguma vez na vida) do exame de Papanicolaou (de 68,8 para 85,0%) no total de mulheres de 15-59 anos de idade.

A Tabela 5 mostra a cobertura declarada do exame Papanicolaou nos inquiridos de 1987 e de 2001-2, por faixa etária. Exceção feita à idade 15-19 anos (em que a variação observada deve ter ocorrido por acaso), houve crescimento de 15 a 28% nas quatro faixas etárias de 20 a 59 anos.

Tabela 5 – Respostas positivas sobre a realização (alguma vez na vida) de exame Papanicolaou, total de entrevistas e porcentagem de “sim”, de acordo com a faixa etária das entrevistadas, e porcentagem de variação de um inquirido para o outro, município de São Paulo, inquiridos domiciliários de 1987 e de 2001-2.

Faixa etária (anos)	1987			2001-2			p*	% de variação
	Sim	Total	%	Sim	Total	%		
15 a 19	12	93	12,9	17	98	17,3	0,426	•
20 a 29	192	291	66,0	209	258	81,0	< 0,001	+23
30 a 39	240	291	82,5	275	290	94,8	< 0,001	+15
40 a 49	129	167	77,2	259	272	95,2	< 0,001	+23
50 a 59	93	126	73,8	196	207	94,7	< 0,001	+28
Total	666	968	68,8	956	1.125	85,0	< 0,001	+24

*Valor de p pelo teste exato de Fisher.

• Não calculada porque o valor de p sugere que a variação ocorreu por acaso.

Com relação à cor da pele, a Tabela 6 mostra que as mulheres com pele de cor preta foram as que tiveram o maior crescimento em cobertura declarada do exame de Papanicolaou (+43%), aumentando de 56,4% em 1987 para 80,6% em 2001-2. As brancas e pardas tiveram crescimento semelhante (+23 e +22%). Nas outras duas categorias a variação observada deve ter ocorrido por acaso.

Tabela 6 – Respostas positivas sobre a realização (alguma vez na vida) de exame Papanicolaou, total de entrevistas e porcentagem de “sim”, de acordo com a cor da pele das entrevistadas, e porcentagem de variação de um inquérito para o outro, município de São Paulo, inquéritos domiciliários de 1987 e de 2001-2.

Cor da pele	1987			2001-2			p*	% de variação
	Sim	Total	%	Sim	Total	%		
Branca	497	717	69,3	629	740	85,0	< 0,001	+23
Parda	136	192	70,8	231	268	86,2	< 0,001	+22
Preta	22	39	56,4	83	103	80,6	0,005	+43
Amarela	11	19	57,9	10	11	90,9	0,100	•
Outra	0	1	-	3	3	100,0	0,250	•
Total	666	968	68,8	956	1.125	85,0	< 0,001	+24

*Valor de p pelo teste exato de Fisher.

• Não calculada porque o valor de p sugere que a variação ocorreu por acaso.

No que se refere à vida conjugal, a Tabela 7 mostra que as mulheres solteiras foram as que tiveram o maior crescimento em cobertura declarada do exame de Papanicolaou (+67%), aumentando de 36,8% em 1987 para 61,6% em 2001-2. Aquelas com vida conjugal, atual e pregressa, tiveram crescimento semelhante (+23 e +22%), atingindo cobertura maior que 95%.

Tabela 7 – Respostas positivas sobre a realização (alguma vez na vida) de exame Papanicolaou, total de entrevistas e porcentagem de “sim”, de acordo com a situação conjugal das entrevistadas, e porcentagem de variação de um inquérito para o outro, município de São Paulo, inquéritos domiciliários de 1987 e de 2001-2.

Situação conjugal	1987			2001-2			p*	% de variação
	Sim	Total	%	Sim	Total	%		
Vida conjugal atual	504	637	79,1	533	548	97,3	< 0,001	+23
Vida conjugal pregressa	76	97	78,4	190	199	95,5	< 0,001	+22
Solteira	86	234	36,8	233	378	61,6	< 0,001	+67
Total	666	968	68,8	956	1.125	85,0	< 0,001	+24

*Valor de p pelo teste exato de Fisher.

Quanto à escolaridade, a Tabela 8 mostra que a cobertura declarada do exame Papanicolaou cresceu de 1987 para 2001-2 em todas as faixas de escolaridade, sendo o aumento relativo mais pronunciado nas categorias de escolaridade mais baixas.

Tabela 8 – Respostas positivas sobre a realização (alguma vez na vida) de exame Papanicolaou, total de entrevistas e porcentagem de “sim”, de acordo com a escolaridade das entrevistadas, e porcentagem de variação de um inquérito para o outro, município de São Paulo, inquéritos domiciliários de 1987 e de 2001-2.

Escola- ridade	1987			2001-2			p*	% de variação
	Sim	Total	%	Sim	Total	%		
< ciclo I	130	197	66,0	112	124	90,3	< 0,001	+37
Ciclo I	237	350	67,7	254	284	89,4	< 0,001	+32
Ciclo II	122	186	65,6	181	233	77,7	0,008	+18
2o. grau	112	159	70,4	304	376	80,9	0,012	+15
3o. grau	65	76	85,5	105	108	97,2	0,004	+14
Total	666	968	68,8	956	1.125	85,0	< 0,001	+24

*Valor de p pelo teste exato de Fisher.

• Não calculada porque o valor de p sugere que a variação ocorreu por acaso.

4.3– Tempo decorrido desde o último exame de Papanicolaou

Entre as mulheres que declararam ter feito o exame de Papanicolaou alguma vez na vida, a grande maioria (88,3% em 1987, e 92,7% em 2001-2) fez esse exame há menos de três anos da data da entrevista (Tabela 9).

Tabela 9 – Tempo decorrido desde o último exame Papanicolaou, município de São Paulo, inquéritos domiciliários de 1987 e de 2001-2.

Há	1987		2001-2	
	Número	%	Número	%
< 3 anos	588	88,3	886	92,7
≥ 3 anos	78	11,7	70	7,3
Total	666	100,0	956	100,0

4.4– Taxas de mortalidade por câncer do colo do útero

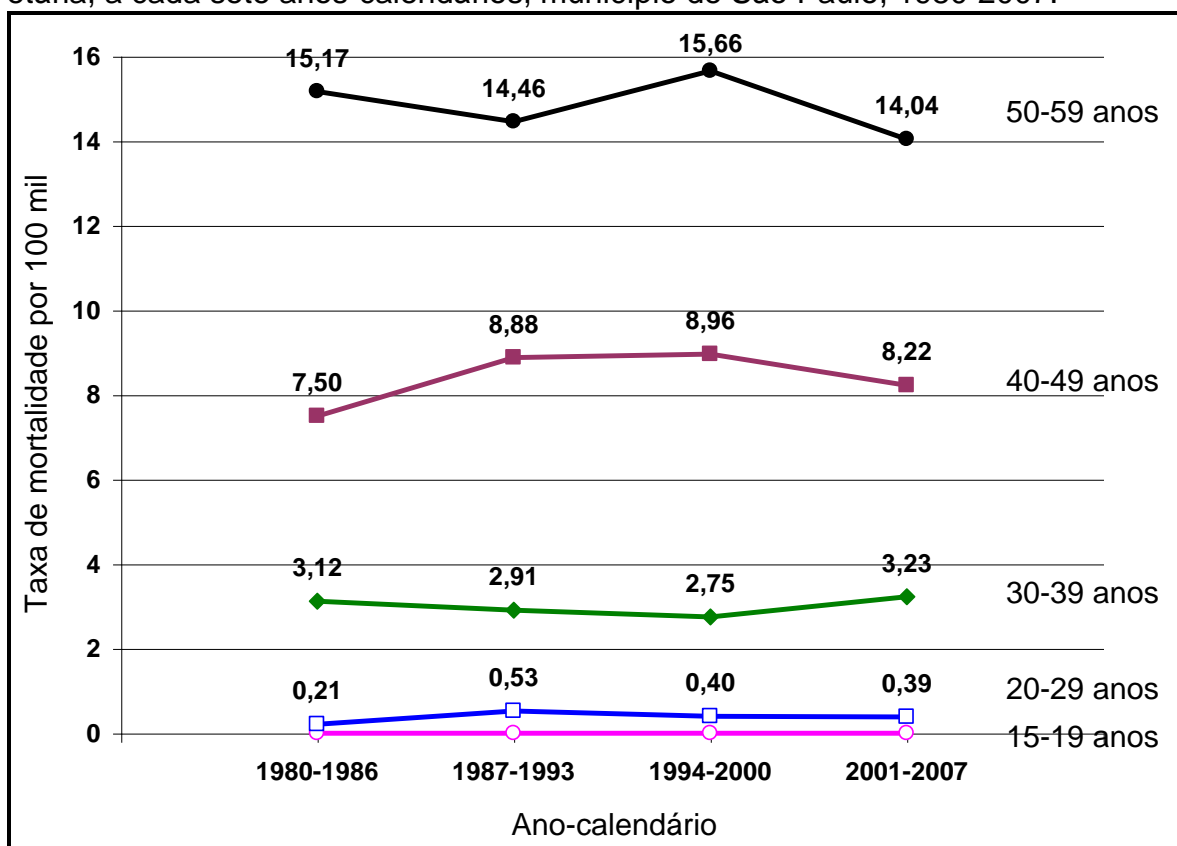
Na Tabela 10 mostram-se as taxas anuais de mortalidade por câncer do colo do útero, por faixa etária, em mulheres residentes no município de São Paulo, de 1980 a 2007. Observa-se que, na faixa etária 15-19 anos, a mortalidade é nula em praticamente todos os anos, aumentando consistentemente com o aumentar da idade. Considerado o período como um todo, as taxas são bastante instáveis ano a ano, e não se observa nítida tendência de ascensão nem de declínio.

Tabela 10 - Taxas anuais de mortalidade (por 100 mil habitantes) por câncer do colo do útero, por faixa etária, em mulheres residentes no município de São Paulo, 1980-2007.

Ano- calendário	Faixa etária (anos)				
	15a19	20a29	30a39	40a49	50a59
1980	0,0	0,1	2,4	12,1	15,3
1981	0,0	0,1	3,1	6,7	18,4
1982	0,0	0,3	3,6	6,9	14,9
1983	0,0	0,5	2,5	12,3	13,8
1984	0,0	0,3	3,3	6,8	16,5
1985	0,0	0,2	2,4	9,1	15,2
1986	0,0	0,2	3,4	7,5	15,0
1987	0,0	0,3	3,3	8,9	11,7
1988	0,0	0,8	2,6	8,9	16,5
1989	0,0	0,4	4,0	8,1	10,9
1990	0,0	0,6	2,6	8,9	17,8
1991	0,0	0,4	3,8	10,1	13,6
1992	0,0	0,5	1,4	8,3	14,5
1993	0,0	0,8	2,9	7,0	15,6
1994	0,2	0,1	2,7	8,9	15,1
1995	0,0	0,4	4,0	7,4	17,2
1996	0,0	0,2	3,2	10,5	15,3
1997	0,0	0,4	2,5	8,2	17,7
1998	0,0	0,2	2,0	11,2	17,1
1999	0,0	0,5	3,4	9,3	14,3
2000	0,0	0,6	2,4	9,0	15,7
2001	0,0	0,3	3,2	8,2	16,2
2002	0,0	0,4	3,3	7,2	16,3
2003	0,0	0,2	3,5	7,5	14,0
2004	0,0	0,2	2,5	8,8	12,7
2005	0,0	0,8	3,2	8,6	16,8
2006	0,0	0,7	2,2	8,6	10,8
2007	0,0	0,7	2,4	6,8	11,8

A Figura mostra a variação na taxa mediana de mortalidade por câncer do colo do útero, por faixa etária, a cada conjunto de sete anos consecutivos. Também não se observa nítida tendência de ascensão nem de declínio ao longo de todo o tempo de observação.

Figura1 – Taxas medianas de mortalidade por câncer do colo do útero, por faixa etária, a cada sete anos-calendários, município de São Paulo, 1980-2007.



5- DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo estimar se houve mudanças nas porcentagens de respostas auto referidas por mulheres de 15 a 59 anos quanto à realização do exame de Papanicolaou “alguma vez na vida” e associação com outras variáveis como faixa etária, cor da pele, situação conjugal e escolaridade em dois inquéritos domiciliários realizados no MSP em 1987 e 2001-2.

Considerando os aspectos metodológicos, de recuperar dados secundários de informações disponibilizados pela SES/SP que realizou os inquéritos em 1987 e 2001-2, perdendo sua atualidade gradativamente, e que as áreas comparadas foram setores escolhidos nos dois períodos, verificamos em vários outros estudos valores semelhantes ao encontrado nesse estudo, que indicam o aumento das coberturas para o exame de Papanicolaou em várias regiões do país: PINOTTI e cols.,(1980); SZWARCOWALD(2003); PINHO E FRANÇA JUNIOR(2003); INCA(2004));DIAS DA COSTA (2003);NASCIMENTO(1996),HACKENHAAR(2006);OLIVEIRA (2006); ;QUADROS(2004);AMORIM(2006),VIGITEL-BR(2007);ALBUQUERQUE(2009)

SOBERON (1988) descreve cobertura potencial como as possibilidades de oferta e cobertura real (utilização de serviços), resulta do trabalho efetivamente realizado, ou seja, à proporção da população que efetivamente se beneficiou de determinada intervenção.(apud: ALBUQUERQUE, 2009). Entendemos nesse estudo, como cobertura real o acesso a realização do exame de Papanicolaou referidos pelas mulheres de 15 a 59 anos. O resultado no primeiro inquérito (1987) foi de 68,8% com aumento de 24% para o ano de 2001-2 que foi de 85%, com

aumento significativo entre as solteiras, nas de cor da pele preta e nas categorias de escolaridade mais baixa. A maioria referiu à realização do exame há menos de três anos da entrevista. Por outro lado, nos inquéritos de 1987 encontramos 31,2% das mulheres e 15% no inquérito de 2001-2 que não se beneficiaram ou não tiveram acesso, por diversos motivos a essa intervenção: exame de Papanicolaou.

Os últimos dados do Vigitel-BR que trata da “vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais brasileiras”, também foram encontrados aumento de coberturas referidas acima de 90%, sendo em 2007 de 90,3% em Porto Alegre, em 2008 de 92,7% em São Paulo (em nosso estudo no inquérito de 2001-2 o MSP apresentou 85% de cobertura) e em 2009 de 90,6% em Curitiba. Por outro lado, em contraste com as maiores coberturas nas capitais mais “desenvolvidas”, encontramos as menores coberturas em 2007 em Teresina com 68,2%, em Belém com 74,8% em 2008 e em Maceió uma cobertura de 61,1% (a menor encontrada nesse estudo) no ano de 2009. Assim como já mostraram outros estudos, apesar de as coberturas aumentarem significativamente, ainda existem mulheres “perdidas”, ou por perda de oportunidades, mesmo frequentando serviços de saúde público ou privado, seja por desconhecimento, vergonha, falta de acessibilidade aos serviços de saúde, etc. Aumentando o rol das mulheres não cobertas corroboram as mulheres que realizaram o exame há mais de três anos, que encontram-se em desacordo com protocolos oficiais.

A vigilância permanente e busca ativa dessas mulheres para realização do exame de Papanicolaou conforme protocolo preconizado pela OMS e MS favorece o aumento da prevalência do exame de Papanicolaou e mais ainda, favorece a busca das mulheres “não cobertas”. Através da equipe multiprofissional, onde destacamos a importância do agente comunitário de saúde como profissional

primordial, na condição de aumentar a busca ativa para todas as mulheres cadastradas de sua micro-área, com condição de conhecer e detectar as principais barreiras de acesso que dificultam essas mulheres a chegarem aos serviços de saúde, de modo a fazer diagnóstico precoce e promover saúde.

É nosso ponto de vista, pela prática vivida, que a ESF é a chave da organização, hierarquização e acessibilidade primeira aos serviços de saúde no SUS, onde cada equipe da ESF tem a atribuição e capacidade de fazer a vigilância de todos os membros das suas famílias cadastradas, inclusive, com foco na população alvo desse estudo, que são as mulheres de 15 a 59 anos.

Porém, este é apenas o início do processo de acesso para a realização do exame de Papanicolaou, quando o gestor local da área de atuação da ESF e gestor municipal, tem a atribuição de monitorar, avaliar e intervir na eliminação das barreiras de acesso para essas mulheres, implementando o diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

A Organização Mundial da Saúde (1998) recomenda para impactar o perfil epidemiológico do CCU deve-se garantir uma cobertura de rastreamento mínimo de 80% a 85% da população feminina de 35 a 59 anos, com qualidade na realização dos exames citológicos e garantir tratamento oportuno e seguimento das pacientes. Para impactar nas taxas de incidência e mortalidade por CCU, esses fatores citados deveriam estar assegurados pelos gestores nos três níveis de competências de gestão e financiamentos definidos por lei, portanto, o impacto nos indicadores citados, não termina no rastreamento dos mulheres.

Para VIEIRA-DA-SILVA (1995), avaliar a cobertura de uma intervenção constitui um pré-requisito para avaliação de outras

características, já que para discutir qualidade, impacto e satisfação do usuário é preciso que as ações e serviços sejam previamente ofertados à população.

Cabe ao Estado nas três esferas de governo garantir “saúde como direito de todos e dever do Estado”, onde competências foram definidas desde a CF 88, além de outros aportes financeiros destinados a saúde como o IMPF/CPMF e outros instrumentos de controle do financiamento como a EC 29 e a LRF.

O avanço do (des)financiamento federal e avanço no processo de descentralização do SUS é inegável, que a despeito dos efeitos do ajuste macroeconômico sobre as políticas públicas nacionais, o investimento para a saúde tem aumentado, mais as custas dos recursos próprios dos municípios, porém nem sempre usados de forma eficiente. Por isso, a sociedade deve ser co-responsável no sentido de ser ouvida para o emprego e gestão dos recursos públicos, representando mecanismos de controle social e instituição de gestão compartilhada.

Considerando todas as adversidades de implantação do SUS no MSP e a complexidade de gestão da saúde em município de grande porte, sede pólo de região metropolitana, quando da efetiva implantação do SUS em 2001, a prevalência para o exame de Papanicolaou já atingia 85% das mulheres na faixa etária de 15 a 59 anos em nosso estudo. A implantação do PSF-Qualis iniciado em 1996 pela SES-SP e em parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina, estava expandindo rapidamente até 2001, implantando 850 ESF e cobertura de 26,6% da população. Acreditando na proposta e filosofia do PSF/ESF como atendimento integral, contínuo, com vínculo e humanização, o que pode, em parte, ter colaborado no aumento de prevalência para realização do exame Papanicolaou.

Outro ponto que poderíamos supor favorecendo os aumentos de prevalência para realização do exame de Papanicolaou foi a condição macro-econômica-social que mudou no Brasil e no MSP nos últimos 16 anos: as famílias ficaram menores, a expectativa de vida aumentou, as taxas de analfabetismo diminuíram, o nível de escolaridade aumentou, apesar de mantidas as diferenças regionais e de raça (cor parda-preta). Também, os IPRS mostraram que melhorou nos três indicadores: escolaridade, riqueza e longevidade.

O PNAD-1981-2009, reforça que a condição de vida da população brasileira melhorou com acesso maior nas condições básicas de abastecimento de água, esgoto, lixo, iluminação, assim como no acesso aos bens de consumo como televisão, telefone, geladeira. O rendimento real médio aumentou, com Índice de Gini de 0,564 para 0,518.

Refletindo com SPOZATI, que propõe pensar a antinomia, fracasso e o não fracasso (o que não é o sucesso); o “pobre” (não se pode definir o pobre sem também construir sua antinomia) que não é o rico, mas o não-pobre. Nessa linha de pensamento, porém mais simplista, questiono onde estariam as mulheres “não cobertas ou excluídas” do exame de Papanicolaou?

Nos resultados do inquérito de 2001-02, nas mulheres entre 15 a 59 anos de idade, cuja prevalência foi de 85% no MSP restariam outras 15% que referiram “nunca fez” o exame, ou seja, para o referido ano restariam 542.624 mulheres “*não cobertas*”. Se estimarmos para o ano de 2010, seriam 554.765 mulheres entre 15 a 59 anos “*não cobertas*” para o exame de Papanicolaou, com base nos dados do nosso estudo. Além disso, no presente estudo, 7,3% das mulheres quando realizaram o exame, realizaram em desacordo com os protocolos oficiais preconizados, feitos

com intervalo maior que três anos, teríamos outras 224.465, que também seriam consideradas “não cobertas”.

Para os dados mais recentes do Vigitel-Br-2009 (para as capitais brasileiras nas mulheres de 25 a 49 anos) cuja cobertura referida foi de 92,7%, as outras 7,3% restantes seriam 212.387 sem a realização do exame de Papanicolaou ou “não cobertas” ou excluídas desse processo. O descaso ou abandono dessas mulheres pelas políticas públicas implantadas nos serviços de saúde, pode em parte, explicar o diagnóstico tardio e a manutenção das taxas de mortalidade, uma vez que a esperança de vida das mulheres ultrapassa os 70 anos.

Para a concretização desse primeiro acesso, barreiras devem ser superadas a começar pela presença física dos serviços de saúde e recursos humanos disponíveis, assim como as barreiras geográficas, locomoção, tempo, informação, horários de funcionamento, assim como superação de barreiras individuais como vergonha, medo, tabus, desconforto e até o preconceito de gênero dos profissionais que colhem o exame

Além da complexidade de gestão de um município de grande porte, corrobora a situação encontrada no mapa de exclusão de Spozati, que o MSP possui, assim como todo o país, as diversidades entre regiões mais carentes, como o Jardim Ângela, existe uma migração intra-urbana dos distritos centrais em direção às áreas periféricas, é um município com uma impressionante desigualdade na oferta de emprego (a menor renda familiar está no distrito de José Bonifácio), as vagas nas escolas fundamentais não atendem a demanda.

Destaque merece aos 10 distritos do MSP que não existem unidades de saúde. Nas áreas centrais chega a um déficit de 100% àquela época.

Noutros 76 distritos, a cobertura está abaixo do padrão básico de uma unidade de saúde para cada grupo de 20 mil habitantes. A pior situação é a do Campo Limpo, já em outras regiões há superávit. Essa condição é uma das barreiras de acesso que as mulheres enfrentam quando da procura para a realização do exame de Papanicolaou, que é primeira condição, ter o espaço físico da unidade de saúde.

Se considerarmos que os investimentos para a saúde estão em acordo com o preconizado na EC 29 e a gestão com obediência a LRF e com eficiência, o gestor poderia repensar e reorganizar a acessibilidade/acesso a essas mulheres não cobertas/excluídas, uma vez que as mulheres de mais baixa renda e escolaridade utilizam mais o SUS.

Uma vez a mulher atingindo o serviço de saúde, cujo desejo de obter cuidado de saúde é individual, a continuidade desse cuidado, depende da facilidade ou não de superar as barreiras de acesso, do acolhimento e vínculo recebido e estabelecido com os profissionais de saúde. Profissional esse que deve considerar o contexto na qual a doença ocorre e no qual o paciente vive, pois raramente as doenças aparecem de forma isolada ao longo da vida.

A formação de recursos humanos que considerem às práticas que reconheçam o processo de determinação social das enfermidades, que valorizem a adoção de estilos de vida saudáveis, com estudantes das áreas da saúde que assumam posturas ativa em sua aprendizagem, reduzindo a defasagem entre “o que se ensina” com a “realidade observada”. A educação permanente aos profissionais nos serviços de saúde é outra ferramenta que pode favorecer a mudança no processo de trabalho e melhorar a assistência e acolhimento para quem necessita e busca o cuidado de saúde.

Vínculo e acolhimento com a equipe de saúde pode favorecer a aderência aos serviços de saúde, com busca ativa, das mulheres faltosas ao exame de Papanicolaou, principalmente na ESF onde a equipe multiprofissional mantém total conhecimento de suas famílias cadastradas.

O fundamento para a política de recursos humanos de saúde merece repensar na concentração nos grandes centros e pouco nas áreas mais isoladas ou mais periféricas. Talvez faltem estímulos funcionais e sociais para os profissionais de saúde que se contrapõem às vantagens e diferenças financeiras vigentes nos grandes centros urbanos ou nos menos periféricos. Assim, de nada resolveria a transposição das barreiras de acesso, sem recursos humanos habilitados e satisfeitos em abarcar suas responsabilidade de assistência, prevenção, e promoção de saúde, educação, informação com acolhimento, vinculo e humanização.

RIBEIRO e cols., (2006) mostrou com os dados do PNAD-2003 que a falta de vagas ou de médicos foram às principais causas do não atendimento revelando a importância das barreiras existentes na organização e oferta de serviços de saúde.

Achado de ALBUQUERQUE(2009) que o fato de morar em domicílio cadastrado pelo PSF não influenciou a cobertura do exame de Papanicolaou, e recomendou que os gestores interviessem mediante processos sistemáticos de monitoramento e avaliação visando à melhoria de atenção à saúde prestada, fortalecendo e qualificando as ações de promoção da saúde.

A co-responsabilidade pela saúde, entre Estado e cidadão, passa pelo conceito de quando e como me sinto saudável. Quais seriam os motivos que impulsionam as mulheres a ter, buscar e cuidar da sua saúde com foco na prevenção e promoção de saúde? RIBEIRO (2006) descreve que a doença foi o motivo mais freqüente para a procura de serviços de saúde, porém esse motivo foi mais indicado pelos usuários do SUS.

A promoção de saúde não é atributo isolado do setor saúde, mas vai além de saudável, é o estilo de vida e bem estar, sem a culpabilização da população diante do não cuidado com a sua saúde, que poderá implicar ou não a decisão de procurar serviços de saúde para obtenção de atendimento.

Se as condições de vida, pelos indicadores aqui citados, mostram, em parte, que está ocorrendo uma melhora gradativamente, o que caberia ao cidadão, no caso, as mulheres, a se sentirem saudáveis ou não? Qual a importância da promoção da saúde na sua própria saúde em relação a todos outros fatores ou condicionantes de sua vida, como emprego, habitação, estudo, renda, filhos, etc.?

Dados de incidência de câncer, disponíveis no Brasil são provenientes de registros populacionais cuja implantação na maioria das vezes, se deu há poucos anos e, portanto, não permitem que se construam séries históricas até o momento, por isso, os dados sobre mortalidade por câncer tem sido usado como alternativa viável frente à realidade das informações sobre incidência não serem representativos no país. Essa estratégia se mostra pouco capaz de permitir a real compreensão da magnitude do problema (INCA,2008;IBGE,2009).

A tendência de aumento de prevalência para realização do exame de Papanicolaou, verificado há mais de décadas, não vem acompanhada da

diminuição significativa da mortalidade por CCU no MSP. Como se mostrou na figura 1, não se observa nítida tendência de ascensão e nem de declínio ao longo dos 28 anos observados no MSP, apesar de mudanças ou implementações nas políticas públicas de saúde voltadas para prevenção como duas campanhas nacionais (1998 e 2002) para coleta de exame de Papanicolaou.

É de conhecimento que a implantação do exame de Papanicolaou, com coberturas acima de 80% reduzem a taxa de incidência e mortalidade para CCU.(LAARA,DAY,HAKAMA,1987). Porém qual o dado disponível no país para que possamos realmente mensurar a incidência para CCU após todas as intervenções e políticas públicas para saúde da mulher e significativa mudança nas condições de vida do brasileiro? Passados mais de 30 anos de implantação do exame de Papanicolaou, ficaremos ainda realizando estudos em várias partes do país detectando o já conhecido e demonstrado em vários estudos: a cobertura aumenta e a mortalidade não demonstra nenhuma redução significativa.

O conceito de equidade afirma que é preciso tratar diferentemente os diferentes ou ofertar mais aos mais necessitados.

O SUS deve buscar a promoção da equidade num contexto articulado com acesso, qualidade e humanização, devendo atingir não só os grupos de mulheres “acessíveis”, mas as “excluídas” ou “não cobertas” ou menos incluídas: as mulheres jovens, mais velhas, solteiras, negras, e de menor nível de escolaridade, assim como as que se consideram “saudáveis (as de maior escolaridade) e as que realizaram com intervalo de tempo superior a três anos.

Enfim, a vida do brasileiro está mudando. Porém acreditamos que com a melhoria de todos os fatores que contribuíram para a melhoria de

vida, a aderência aos serviços de saúde depende da acessibilidade oportuna aos cidadãos, com uma equipe multiprofissional que promova a saúde com acolhimento e vínculo, com capacitação permanente dos profissionais. Destacamos que autoridades, gestores de saúde, profissionais de saúde e comunidade tenham claro que existe um grupo de excluídos desse processo, por desinformação, por falta de acesso e oportunidade, por vergonha, por tabus, valores, motivos religiosos, culturais.

Conforme o INCA(2002) merecem mais vigilância as mulheres vulneráveis: baixo nível sócio-econômico, multiplicidade de parceiros sexuais, início precoce da atividade sexual, infecção por papiloma vírus humano (HPV), tabagismo e idade entre 40 e 60 anos e preconiza:

- 1-oferecer rastreamento com exame de Papanicolaou a mulheres a partir de 18 anos ou com vida sexual ativa em qualquer idade
- 2-periodicidade do rastreamento será a cada três anos, após 2 exames normais consecutivos com intervalo de 1 ano
- 3-mulheres em grupo de risco (HIV ou imunodeprimidos) realizar rastreamento anual.

Muito há para se fazer para ampliar a adesão das mulheres ou diminuir as taxas das mulheres “não cobertas” para o exame de Papanicolaou garantindo o acesso oportuno para as mulheres rastreadas com lesões alteradas com alto potencial de malignidade e tratamento correto:

-fiscalizar e garantir o financiamento mínimo para o setor saúde, garantindo acesso/acessibilidade de acordo com as necessidades individuais no cuidado a saúde, em todos os níveis de atenção a saúde.

-informação, conscientização quanto aos seus direitos e deveres de cidadão, conforme definido na CF88.

-facilitação de acesso/acessibilidade e ampliação de oportunidade, seja no setor público ou privado: não perder oportunidades.

-focar nas mulheres de maior vulnerabilidade: jovens adolescentes, solteiras, mais velhas, negras e de menor nível de escolaridade.

-implantação de vacina contra HPV no calendário oficial, visto a associação já conhecida entre CCU e HPV.

-ampliação da ESF com proposta de atenção integral e contínua, centrada nas pessoas, com Educação, aconselhamento, vínculo e acolhimento. A ESF tem maior controle de suas famílias cadastradas, com busca ativa podem fazer uma vigilância constante à saúde das mulheres de sua micro-área, área e promover saúde.

-desmistificar a condição “saudável”, principalmente nas mulheres com mais anos de estudo

-defender a criação dos conselhos de saúde e sua atuação, a fim de fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros com eficiência nas políticas de saúde, nos níveis de prevenção, promoção da saúde, diagnóstico precoce, tratamento oportuno.

-repensar a formação dos profissionais de saúde entre o que se ensina e o que a sociedade apresenta, inclusive incluindo aqui os próprios docentes.

-repensar o acolhimento na primeira porta de entrada ou primeiro acesso ao serviço de saúde, em não perder oportunidade, repensando no horário de

funcionamento das unidades de saúde de acordo com a sua demanda, pois mais mulheres em idade produtiva, estão entrando no mercado de trabalho, aumentando o número de chefias de família mulheres, e coincidentemente, seus horários de trabalho, da grande maioria, é o mesmo de funcionamento das unidades. Talvez o terceiro turno ou abertura aos sábados possam facilitar o acesso.

-a sociedade geral também deve ser estimulada a discutir e elaborar uma nova visão de reduzir práticas médicas em cuidados ao cidadão através da equipe multiprofissional

-como política pública para recursos humanos, a implantação de estímulos funcionais e sociais para os profissionais de saúde para atuarem e fixarem em áreas periféricas e as de mais difícil acesso ,e até em municípios de médio porte

-implantação e/ou implementação de indicadores em todo o país, que proporcionem a avaliação da evolução da incidência do CCU nos próximos anos.

As taxas medianas de mortalidade por CCU no MSP, por faixa etária, a cada sete anos consecutivos, não se observou tendência de ascensão nem de declínio ao longo do tempo de observação, apesar do aumento de cobertura para o exame de Papanicolaou. Estamos ainda distantes para construção de uma série histórica de base populacional que permita conhecer a real incidência do CCU no Brasil.

As faixas etárias que pareciam ter tido discreta redução nas taxas medianas de mortalidade, no período de 1997 a 2007, apesar da oscilação, foram as de 40-49 anos e 50-59 anos, também foram as que tiveram a maior variação e aumento da prevalência para o exame de

Papanicolaou entre os dois inquéritos, atingindo taxas de cobertura acima de 94% entre as mulheres.

Nesse processo de aumento de prevalência para o exame de Papanicolaou e não alteração nítida das taxas de mortalidade por CCU, achamos ser relevantes: iniciativa do gestor na implementação das políticas públicas para saúde da mulher da prevenção, da promoção da saúde, com diagnóstico precoce e tratamento oportuno, uma acessibilidade disponível para a realidade de vida atual das mulheres, uma formação dos profissionais de saúde da graduação a educação continuada voltada para a realidade da comunidade que assiste e essencialmente o despertar das mulheres para a necessidade do cuidado para com sua saúde, com informação e educação.

A melhoria da saúde não está desvinculada do desenvolvimento macro-econômico-social do país, porém não se esgotam apenas com essas características pois os problemas da oferta e organização dos serviços merecem destaque na facilitação ao acesso para o exame de Papanicolaou e tratamento oportuno, desobstruindo os “gargalos” de acesso para os serviços de média e alta complexidade.

A responsabilidade pela “saúde para todos” e financiamento gira pelas três esferas de governo :Federal, Estadual e Municipal, perpassando pela nossa responsabilidade de cidadão , com mobilização social e fiscalização da aplicação dos recursos financeiros com eficiência, implementando políticas de educação permanente aos funcionários e condição digna de trabalho, cabe às universidades a formação adequada à realidade do país e da população, incluindo aqui a forma de seleção dos docentes , e ao cidadão a co-responsabilidade de promover a sua saúde, de valorização do seu auto-cuidado.

Nesse estudo, houve um aumento da prevalência de 24% no período de 1987 a 2001-2 (68,8% para 85%) nas respostas referidas para realização do exame de Papanicolaou, havendo aumento em todas as faixas etárias, com aumento significativo na faixa etária de 20 a 29 anos e nas acima de 40 anos, nas mulheres de cor da pele preta, solteiras e aumento mais pronunciado nas de escolaridades mais baixas.

No período estudado, houve aumento na proporção de mulheres que fazem o exame de Papanicolaou, consistente com vários outros trabalhos feitos no Brasil, de 1980 a 2009, supondo que houve uma extensão do acesso aos serviços básicos de saúde para esse grupo de mulheres, com destaque para as mulheres com maior vulnerabilidade transpondo as várias barreiras de acessibilidade.

A ausência de queda da mortalidade por CCU denota que houve somente um aumento no acesso não acompanhado de um Programa de saúde efetivo (cobertura) que levaria, conforme demonstram exemplos dos países nórdicos, a uma queda da mortalidade por CCU. A queda da mortalidade vai além da realização de exame de detecção precoce e rastreamento, e envolve entre outras questões, a busca ativa das mulheres, o tratamento adequado e imediato de todas aquelas diagnosticadas, aqui complementado com acesso aos serviços de alta complexidade.

Os resultados aqui demonstrados nos permitem supor que no MSP, no período de 1987 e 2001/2002 houve sim um aumento no acesso das mulheres mais vulneráveis na faixa etária de 15 a 59 anos, nas solteiras, nas de cor da pele preta e nas de nível de escolaridades mais baixas.

6- REFERÊNCIAS

Albuquerque KM et al. Cobertura do Teste de Papanicolaou e fatores associados à não realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25 Suppl(2):S301-9.

Almeida Filho N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Rev. Bras. Epidemiol.* 2000; 3(1):4-20.

Amorim VMSL et al. Fatores associados à não-realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22:2329-38.

Andrade JM et al. Rastreamento, diagnóstico e tratamento do carcinoma do colo do útero. Projeto Diretrizes- Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2001. 18p.

Aquino R. Programa de saúde da família: determinações e efeitos de sua implementação nos municípios brasileiros [Tese de doutorado]. Bahia(BA): Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2006. 173p.

Araujo D et al. Formação de professores de saúde na perspectiva da integralidade. *Rev. Baiana*. 2007; 31(suppl1):20-31.

Barata LRB, Tanaka OU, Mendes JDV. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do SUS. *Epidem. e Serv. Saúde*. 2004; 13(1):15-24.

Bahia L e Scheffer M. Planos e seguros privados de saúde. In: Giovanella L.(org). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro(RJ): Editora Fiocruz; 2008. p.1112. il., tab., Graf.

Bourget MMM-(org). Guia para o planejamento local. São Paulo(SP): Ed. Martinari; 2005.

Bourget MMM.(org)- Programa de Saúde da Família:Saúde bucal.São Paulo(SP):Ed.Martinari:2006.

Bousquat A,Cohn A,Elias PE. Implantação do Programa de Saúde da Família e exclusão sócio espacial no Município de São Paulo,Brasil. Cad.Saúde Pública.2006;22(9):1035-1043.

Brown S, Vessey M, Harris R. Social class, sexual habits and cancer of the cervix. Community Med. 1984; 6(4):281-6.

Buss PM et al. Promoção da Saúde e a Saúde pública-contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina.Rio de Janeiro.ENSF,1998, (mimeo): 203p.

Caetano R, Vianna CMM, Thuler LCS, Girianelli VR. Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. Physis: Rev Saúde Coletiva. 2006; 16(1): 99-118.

Campos FE, Aguiar RAT. A formação superior dos profissionais de saúde. In: Giovanelli L (org). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro (RJ):Editora Fiocruz,2008.1112p.il.,tab.,Graf.

Carvalho AI (org). Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde. Rio de Janeiro. FIOCRUZ.Brasília UnB,1998.57p

Carvalho G. Financiamento da saúde no Brasil: o Estado da arte em 2000. Conferência Nacional de Saúde [internet].2000 [Acesso em:9 jan 2009] Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/Brasil-2000.htm>.

Ceinfo.Boletim CEinfo-Isa-Capital- Série Destaques Temáticos.[internet] 2000 [Acesso em 29 ago 2010] n.1 Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidades/secretarias/saude/arquivos/morbidade/Boletim-Isa-C>.

Ceinfo.Boletim CEinfo-Isa-Capital-SMS. [internet]. 2005. [Acesso em 18 jun 2009] Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidades/secretarias/saude/arquivos/morbidade/Boletim-Isa>

Ceinfo.Boletim CEinfo-Isa-Capital-SMS.[internet]. 2006. [Acesso em 18 jun 2009] Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidades/secretarias/saude/arquivos/morbidade/Boletim-Isa>.

Chubaci RYS, Merighi MAB. Exame para detecção precoce do câncer cérvico-uterino: vivência de mulheres das cidades de Kobe e Kawasaki, Japão e São Paulo, Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2005; 5(4): 471- 81.

Cochran WG - Sampling techniques, 3rd. ed.New York: John Wiley & Sons; 1977. 428 p.

Codinho RE, Costa MR. Tendência da mortalidade da população paulista por neoplasias malignas. [internet]. 2007 [Acesso em: 02 mai 2008] Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/sp/demog>.

Departamento de Informática do SUS – Informações de saúde. [internet]. [Acesso em: 30 set 2010] Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.

Departamento de informática do SUS: Sistema de Informações sobre orçamentos públicos em Saúde. [internet] 2003 [Acesso em:31 ago 2009] Disponível em : <http://www.siops.datasus.gov.br>.

Di Lorenzo RAV. Caracterização da implantação das equipes de saúde da família no Estado de São Paulo: limites e possibilidades. [dissertação Mestrado].São Paulo(SP):Universidade de São Paulo. 2006. 274p

Dias-da-Costa JS, Olinto MT, Gigante DP, Menezes AM, Macedo S, de Borba AT, da Motta GL, Fuchs SC. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Publica 2003;19(1): 191-7.

Donnini OA. Atenção ao câncer na região metropolitana de São Paulo. Seminário realizado no Observatório de Saúde da Região Metropolitana de Saúde. [internet] 2008 [Acesso em:25 jun 2009]. Disponível em: <http://www.funfap.sp.gov.br/index.asp?link=escola/observatório/câncer/OBapres.asp&linktifhg>.

Duarte JES. Avanços e desafios do SUS: o papel do município e da academia. Saúde Soc. 2002;11(11):37-52.

Elias PE et al. Atenção básica em saúde: Comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Cienc.saúde coletiva 2006;11(3):663-641.

Eluf-Neto J, Nascimento CMR. Cervical câncer in Latin America. Sem Oncol 2002; 28(2): 188-97.

Scorel S et al. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo de atenção básica no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington-DC; 2007; 21(213): 164-176.

Fahey MT, Irwig L, Macaskill P. Meta-analysis of Pap test accuracy. Am J Epidemiol .1995; 141(7): 680-9.

Fapesp. Fundação de Amparo a pesquisa do Estado de São Paulo. Mapa de exclusão. Edição impressa 83. Janeiro 2003.p.2-4.[internet] 2003 [Acesso em:27 jun 2010] Disponível em: <http://www.revistapesquisafapesp.br>.

Fausto MCR. Dos programas de medicina comunitária ao sistema único de saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira. [tese Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2005.

Feuwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface-comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, 2005; 9(18): 489-506.

Figueredo M.A Lei da responsabilidade fiscal: notas essenciais e alguns aspectos da improbidade administrativa. Revista Diálogo Jurídico, Salvador. CAJ-Centro de Atualização Jurídica, 1(9).2001 [internet] [Acesso em: 20 ago 2010]. Disponível em : <http://www.direitopublico.com.br>.

Fonseca LAM, Ramacciotti AS, Eluf-Neto J. Tendência da mortalidade por câncer do útero no Município de São Paulo entre 1980 e 1999. Cad Saúde Pública. 2004; 20(1): 136-42.

Fonseca LAM, Eluf Neto J, Wunsch Filho V. Tendência da mortalidade do câncer nas capitais dos Estados do Brasil, 1980-2004. Rev. Assoc. Med. Bras. 2010; 56(3): 309-312.

França JRM. A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004. [Dissertação Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz; 2006. 124p

Gates TJ. Screening for câncer: evaluating the evidence. Am. Fam. Physician. 2001; 63: 513-22

Giovanella L (org). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 1112p. il.; tab.; Graf.

Greenwood AS, Machado MFAS, Sampaio NMV. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame de Papanicolau. Rev Lat Am Enfermagem. 2006; 14(4): 503-9.

Gustafsson L, Pontén J, Zack M, Adami HO. International incidence rates of invasive cervical cancer after introduction of cytological screening. Cancer Causes Control. 1997; 8(5): 755-63.

Hackenhaar AA, Cesar JA, Domingues MR. Exame citológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não-realização. Rev. Bras. Epidemiol. 2006; 9: 103-11.

Hernández-Avila M, Lazcano-Ponce EC, de Ruíz 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.

Horta A. Leitura de jornais: aspectos de uma prática minoritária. Artigo apresentado em: Sociedades Contemporâneas: Reflexividades e Ação. 5º Congresso Português de Sociologia, 2004.

Hosmer DW, Lemeshow S - Applied logistic regression. New York: John Wiley and Sons, 2000. 373 p. ISBN 04713563282000

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa Assistência médico sanitária-MAS. [internet] 2002 [Acesso em:12 mai 2009] Disponível <http://www.ibge.gov.br>.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2003. [internet] 2003 [Acesso em:09 fev 2009] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude>.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050-Revisão 2004. [internet] 2004 [Acesso em:12 jun 2008] Disponível: <http://www.ibge.gov.br>

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Cidades: São Paulo(SP) .[internet] [Acesso em: 25 jul 2008] Disponível <http://www.ibge.gov.br/cidade.sat>

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Indicadores sóciodemográficos e de saúde no Brasil.2009. [internet] 2009 [Acesso em: 25 set 2010] Rio de Janeiro(RJ) 2009.p152. Disponível em: <http;www.ibge.gov.br>.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). Estimativa 2008 - Incidência de câncer no Brasil.[internet] 2008 [Acesso em:09 set 2008] Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. INCA, 2003.[internet] 2003 [Acesso em:19 mai 2008] Disponível em: <http://www.inca.gov.br/regpop/2003>.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis - Detecção precoce do câncer de colo de útero e mama. INCA,2002-2003. [internet] 2002-2003 [Acesso em:09 mar 2008] Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inqueritos/docs>.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). Custo-efetividade no rastreamento do câncer cérvico uterino no Brasil: um estudo exploratório. INCA, 2005. [internet] 2005 [Acesso em: 20 mai 2008] Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/HPV/relatorios>.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). Viva a Mulher: Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. – 2ª fase de intensificação: passo a passo para a estruturação da rede municipal de assistência à saúde. Brasília, DF: INCA, 2002. 78p. [internet] 2002 [Acesso em:20 mai 2008] Disponível em: http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). PNAD 2007: Educação e juventude.2007.16p.[internet] 2007 [Acesso em: 30 mar 2009] Disponível em http://www.ipea.gov.br/apresentação_educacao_juventude

Kish L - Muestreo de encuestas. Mexico (DF): Editorial Trillas; 1972. ISBN:0471109495

Koliopoulos G, Martin-Hirsch PPL, Paraskevidis E, Arbyn M, Kyrgiou M, Prendiville WJP. HPV testing versus cervical cytology for screening for cancer of the uterine cervix (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. No.: CD004709. DOI: 10.1002/14651858.CD004709.

Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. Lancet 1987; 1(8544): 1247-9.

Linos A, Riza E. Comparisons of cervical cancer screening programmes in the European Union. Eur J Cancer. 2000; 36(17): 2260-5.

Marcondes WB. A convergência da referencia na promoção da saúde.Saúde e sociedade. 2004;13(1):5-13.

Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolau no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. Rev Bras Ginecol Obstetr .2005; 27(8): 485-92.

Mendes EV. O SUS que temos e o SUS que queremos. In: Brasil, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Assistência de Média e alta complexidade no SUS. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. Brasília: Conass, 2007. p.28-61.

Mendes NA, Santos SBS. Financiamento descentralizado da saúde: A contribuição dos municípios Paulistas. Saúde e Sociedade. 9(1/2):111-125, 2000.

MS. Ministério da Saúde (BR). Controle do câncer cérvico uterino e de mama. Brasília, DF: Centro de documentação do Ministério da Saúde; 1986. 29 p. tab. (Série A: Normas e Manuais Técnicos, 28).

MS. Ministério da Saúde (BR). Manual de procedimento do sistema de informações sobre mortalidade [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde; 2001. 36p. [Acesso em: 22 fev 2008] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal>.

MS. (Ministério da Saúde (BR). Política de recursos humanos em saúde. Brasília, DF: 2002. [internet] 2002 [Acesso em: 22 fev 2010] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>.

MS. Ministério da Saúde (BR). Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Ed. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.

MS. Ministério da Saúde (BR) Departamento de Atenção Básica). Atenção Básica e a Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 3p. [internet] 2004 [Acesso em: 09 jul 2008] Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica>.

MS.Ministério da Saúde(BR).Saúde da família no Brasil:uma análise de indicadores selecionados:1998-2004.Brasília,2006.200p. [internet] 2006 [Acesso em:22 fev 2010] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal>

MS.Ministério da Saúde(BR).Política Nacional de Promoção da Saúde.Brasília- 3ªed. 2010 60p (Série B-Textos básicos de saúde)(série Pactos pela Saúde,2006;v7). [internet] [Acesso em:22 fev 2010] Disponível: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

MS.Ministério da Saúde(BR).Vigitel Brasil 2007-2008-2009-Vigilância de Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.Brasília,MS.2009.p112.;ll.:(Série G-Estatística e informação em Saúde). Disponível: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Muller AB, Robles SC. Taller centroamericano sobre la detección del cancer de cuello uterino. Bol Oficina Sanit Panam. 1996;121(6): 589-602.

Nanda K, McCrory DC, Myers ER, Bastian LA, Hasselblad V, Hickey JD, Matchar DB. Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. Ann Intern Med 2000; 132(10): 810-9.

Nascimento CM, Eluf-Neto J, Rego RA. Pap test coverage in São Paulo municipality and characteristics of the women tested. Bull Pan Am Health Organ 1996; 30(4): 302-12. Erratum in: Bull Pan Am Health Organ 1997; 2(2):106.

Norman AH,Tesser CD.Prevenção quaternária na atenção primária à saúde:um necessidade do sistema único de saúde.Cad.Saúde pública,Rio de Janeiro. 2009;25(9):2012-2020.

Novaes HMD;Braga PE;Shout D. Fatores associados a realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras-PNAD 2003.ciência e Saúde Coletiva,2006;11(4):1023-35.

Nygård JF, Skare GB, Thoresen SO. The cervical cancer screening programme in Norway, 1992-2000: changes in Pap smear coverage and incidence of cervical cancer. J Med Screen. 2002; 9(2): 86-91.

Oliveira MM,Pinto IC. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do câncer do colo uterino na estratégia de saúde da família em uma distrital de saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo,Brasil.Rev.Saúde matern.Infantil.Recife.2007;7(1):31-38.

Oliveira MMHN; Silva AAM, Brito LMO, Coimbra LC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. Rev Bras Epidemiol. 2006; 9(3): 325-34.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Estatísticas em saúde - mortalidade. [internet] [Acesso em: 01 dez 2008] Disponível em: <http://www.who.int/whosis/shostat/2006>

OMS (Organização Mundial da Saúde). Cytological screening in the control of cervical cancer: technical guidelines .Geneve: WHO; 1998; 52p. [internet] [Acesso em:17 set 2008] Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications>

OMS (Organização Mundial da Saúde). Manual on the prevention and control of common cancers. Chapter 2, National Cancer of control programmms. Geneve: 1998 p. 8-31.[internet] [Acesso em:17 set 2009] Disponível em:http://www.wpro.who.int/manual_on_the_prevention.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Health promotion. [internet] [Acesso em 17 set 2009] Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/milestones_health_promotion.

OPAS (Organização Panamericana de Saúde).Doenças Crônicas não transmissíveis.[internet] [Acesso em: 25 jul 2010] Disponível em:<http://new.paho.org>

Pinho AA, França Junior R. 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; 391: 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(Supl 2): S303-13.

Pinotti JA, Fagundes A, Hardy EE, Simões IR, Osis MJD, Souza TR, Moraes TM. Avaliação da assistência ginecológica no Estado de São Paulo. Rev Ginecol Obstet. 1990; 1(1): 7-21.

Pinto NRS, Tanaka OU, Spedo SM. Política de saúde e gestão no processo de (re) construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(4).

PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Educação e Juventude. [internet] [Acesso em: 17 jun 2010] Disponível www.ipea.gov.br.

PNAD. Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios. indicadores de domicílios particulares permanentes no Brasil. [internet] [Acesso em: 17 ago 2010] Disponível em www.ibge.gov.br

Polanyi I. A grande transformação. Campus Ed. Rio de Janeiro, 2000. 349p. apud França JRM. A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004. [Dissertação Mestrado]-Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz. Rio de Janeiro; 2006. 124p

Prefeitura do Município de São Paulo. [internet] [Acesso em: 27 set 2010] Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/unid_municipio.

Portal Brasil: sua biblioteca virtual. Países do mundo: Europa. Brasília, DF: s.n. [internet] [Acesso em: 01 dez 2009] Disponível em: <http://www.portalbrasil.net/europa.htm>.

Prado MCO. Câncer feminino: evolução da mortalidade por câncer de mama e do colo do útero em distritos do município de São Paulo, 1985-1999. São Paulo [Tese de Doutorado] Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002. 139 p.

Quadros CA, Victora CG, da Costa JS. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. Rev Panam Salud Publica 2004; 16(4): 223-32.

Ramos AS, Palha PF, Costa Júnior ML, Sant'Anna SC, Lenza NFB. Perfil de mulheres de 40 a 49 anos cadastradas em um núcleo de saúde da família, quanto à realização do exame preventivo de Papanicolaou. Rev Latinoam Enferm. 2006; 14(2): 170-4.

Reis COO,Ribeiro JAC,Piola SF. Financiamento das políticas sociais nos anos 1990:o caso do Ministério da Saúde.Brasília.junho 2001.IPEA.[internet] [Acesso em:22 jul 2010] Disponível: <http://www.ipea.gov.br>

Ribeiro MCSA, Barata RB,Almeida MF,Silva ZP. Perfil sóciodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS-PNAD 2003.Ciênc e Saúde Coletiva,11(4):1011-1022.

Rossi PH, Freeman HE. Evaluation, a systematic approach.Beverly Hills:Sage Publications,2004.

Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. Bull World Health Organ.2001; 79(10): 954-62.

Sasieni P, Adams J. Effect of screening on cervical cancer mortality in England and Wales: analysis of trends with an age period cohort model. BMJ. 1999; 318(7193): 1244-5.

Sawaya GF et al. Risk of cervical cancer associated with extending the interval between cervical-cancer screenings. N.Engl.J.Med. 2003;349(16):1501-9.

Seade. Fundação Seade. Índice Paulista de Responsabilidade Social. [internet] 2000 [Acesso em: 27 jul 2010] Disponível:http://www.seade.gov.br/produtos/msp/cvi/cvi2_00.

SES-SP (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo) - 1º Seminário de Doenças e Agravos não Transmissíveis. São Paulo: Centro Formador de Pessoal para a Saúde; 2007.

Silva DW, Andrade SM, Soares DA, Turini B, Schneck CA, Lopes MLS. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(1): 24-31.

Soberon G. La extension de cobertura de los Servicios de salud. Gac. Med, Mex. 1988;124:163-6.

Sobrinho EJMA e Capucci PF. Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002. Estud. Av. 2003;48(17):215-226.

Spedo SM, Tanaka OU, Pinto NRS. O desafio da descentralização do sistema único de saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009;25(8). Rio de Janeiro.

Spozati A. Exclusão social e fracasso escolar. Em Aberto. 2000.17(72):21-32. Brasília.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESO, Ministério da Saúde. 2002. 726p.

Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcelos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RIB. Pesquisa mundial de Saúde 2003: o Brasil em números. Radis. 2004; 23: 14-33.

Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós criando laços. Saúde e Debate, Rio de Janeiro, 2003, 27(65):257-277.

Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços. In: Giovanella L (org). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 1112p. il.; tab.; Graf.

Thuler LCS, Mendonça GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. Rev Bras Ginecol Obstet 2005; 27(11): 656-60.

Ugá MAD, Porto SM. Financiamento e alocação de recursos em Saúde no Brasil. In: Políticas e sistema de saúde no Brasil. Organizado por Ligia Giovanella et al- Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 112p. il., tab., Graf.

Ugá MAD, Marques MR. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: Lima NJ et al. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2005.

Varela PS, Fávero LPL. Eficiência econômica de municípios paulistas na área da saúde em função dos mecanismos de incentivos do governo Federal. internet] [Acesso em: 25 mai 2010] Disponível em: <http://www.anpcont.com.br/site/docs/congressoll/01/CCG370>.

Viana AL, Dal Poz MA. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. Physis. Revista de Saúde Coletiva. 1998, 8 (supl 2): 11-48.

Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA (org). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ. Salvador. Edufba. 2005.

Vieira-da-Silva et al. O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde-avaliação do caso de Pau da Lima. Cad. Saúde Pública. 1995; 11: 72-84


ANEXO 1


DISTRITOS ESCOLHIDOS PARA OS DOIS INQUÉRITOS

DOMICILIÁRIOS REALIZADOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO EM

1987 E 2001-02

INQUÉRITOS

1987= 

2001-2= 

ZONA CENTRAL

- 01 - Barra Funda
- 02 - Bela Vista
- 03 - Bom Retiro
- 04 - Brás
- 05 - Consolação
- 06 - Liberdade
- 07 - Pari
- 08 - República
- 09 - Santa Cecília
- 10 - Sé

ZONA NORTE

- 11 - Casa Verde
- 12 - Jaçanã
- 13 - Mandaqui
- 14 - Santana
- 15 - Tremembé
- 16 - Tucuruvi
- 17 - Vila Guilherme
- 18 - Vila Maria
- 19 - Vila Medeiros

ZONA LESTE

- 20 - Água Rasa
- 21 - Aricanduva
- 22 - Artur Alvim
- 23 - Belém
- 24 - Cangaíba
- 25 - Carrão
- 26 - Cidade Líder
- 27 - Cidade Tiradentes
- 28 - Ermelino Matarazzo
- 29 - Gualianazes
- 30 - Iguatemi
- 31 - Itaim Paulista
- 32 - Itaquera
- 33 - Jardim Helena
- 34 - José Bonifácio
- 35 - Lajeado
- 36 - Mooca
- 37 - Parque do Carmo
- 38 - Penha
- 39 - Ponte Rasa
- 40 - Sapopemba
- 41 - São Lucas
- 42 - São Mateus
- 43 - São Miguel
- 44 - São Rafael
- 45 - Tatuapé
- 46 - Vila Curuçá
- 47 - Vila Formosa
- 48 - Vila Jacuí
- 49 - Vila Matilde
- 50 - Vila Prudente

ZONA SUL

- 51 - Cambuci
- 52 - Campo Belo
- 53 - Campo Grande
- 54 - Campo Limpo
- 55 - Capão Redondo
- 56 - Cidade Ademar
- 57 - Cidade Dutra
- 58 - Cursino
- 59 - Grajaú
- 60 - Ipiranga
- 61 - Itaim Bibi
- 62 - Jabaquara
- 63 - Jardim Ângela
- 64 - Jardim Paulista
- 65 - Jardim São Luís
- 66 - Marsilac
- 67 - Moema
- 68 - Morumbi
- 69 - Parelheiros
- 70 - Pedreira
- 71 - Sacomã
- 72 - Santo Amaro
- 73 - Saúde
- 74 - Socorro
- 75 - Vila Andrade
- 76 - Vila Mariana
- 77 - Vila Sônia

ZONA OESTE

- 78 - Alto de Pinheiros
- 79 - Anhanguera
- 80 - Brasilândia
- 81 - Butantã
- 82 - Cachoeirinha
- 83 - Freguesia do Ó
- 84 - Jaguaré
- 85 - Jaguaré
- 86 - Jaraguá
- 87 - Lapa
- 88 - Limão
- 89 - Perdizes
- 90 - Perus
- 91 - Pinheiros
- 92 - Pirituba
- 93 - Raposo Tavares
- 94 - Rio Pequeno
- 95 - São Domingos
- 96 - Vila Leopoldina

