

Características reprodutivas e utilização de serviços preventivos em saúde por mulheres em idade fértil: resultados de dois estudos transversais de base populacional no extremo Sul do Brasil

Reproductive characteristics and utilization of preventive health services by childbearing-age women: results of two cross-sectional population-based studies in the far South of Brazil

Kharen Carlotto ¹

Juraci A. Cesar ^{1,2}

Arnildo A. Hackenhaar ³

Paula R. P. Ribeiro ⁴

Abstract

Two surveys were conducted (1995 and 2004) on women 15-49 years of age in Rio Grande, Rio Grande do Sul State, southern Brazil, assess patterns in their use of preventive health services. The sample included 1,339 women in 1995 and 1,311 in 2004. A standardized household questionnaire covered their demographic, socioeconomic, reproductive, and health care-utilization characteristics. The chi-square test was used to compare indicators in the two studies. During the study period, housing conditions, running water, sanitation, and schooling improved, but family income decreased. Mean age at sexual initiation decreased by one year, teenage pregnancy increased 33%, and clinical breast examination and Pap smears increased 48% and 30%, respectively. Overall use of contraceptive methods declined by 3%, but condom use increased from 8% to 21%. Efforts are needed to improve coverage for breast examination and Pap smears, postpone sexual initiation, and promote the use of contraceptive methods, especially condoms.

Preventive Health Services; Women's Health; Health Status Indicators

Introdução

Em qualquer parte do mundo, mulheres em idade fértil constituem um dos principais grupos de usuários dos serviços de saúde ¹. O fato se deve, basicamente, à necessidade de cuidados médicos durante a gravidez, parto e puerpério, ao diagnóstico precoce de lesões precursoras de câncer de colo uterino e mama e utilização de métodos contraceptivos. Por essas razões, conhecer indicadores de saúde relacionados a tais condições é importante para o planejamento de ações em saúde, definição de prioridades de intervenções e avaliação da efetividade dos programas implementados ^{2,3}.

A realização de exame citopatológico de colo uterino no Brasil varia de pouco mais de 50% nas pequenas localidades até 80% em cidades maiores ⁴. Em Pelotas, Rio Grande do Sul, o aumento observado nos últimos anos pode, em parte, ser atribuída a campanhas de nível nacional promovidas pelo Governo Federal, incentivando a sua realização ^{5,6}.

O câncer de mama é a principal causa de morte entre mulheres brasileiras. Seu diagnóstico precoce pode ser feito por meio do auto-exame das mamas, exame clínico e mamografia ⁷. A realização desses exames é bastante variável no Brasil. Em geral, as taxas mais baixas são observadas nos municípios menores, sobretudo de mamografia ⁴. Em Pelotas, pelo menos 80% das mulheres com idade entre 40 e 69 anos realiza-

¹ Mestrado em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Brasil.

² Departamento Materno-Infantil, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Brasil.

³ Hospital Universitário, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Brasil.

⁴ Curso de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Brasil.

Correspondência

J. A. Cesar

Departamento Materno-Infantil, Universidade Federal do Rio Grande, Rua Marechal Deodoro 1160, 3º andar, Pelotas, RS 96020-220, Brasil. jacesar@terra.com.br

ram auto-exame das mamas no último mês, 83% tiveram os seios examinados na última consulta médica e 70% já fizeram mamografia em algum momento do passado ⁸.

A última *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde* (PNDS) de 1996 mostrou que 55% das mulheres brasileiras em idade fértil utilizavam algum método contraceptivo. Os métodos mais comumente utilizados foram: laqueadura tubária (27%), contraceptivo oral (16%) e preservativo masculino (4%) ⁹. Estudos realizados em São Paulo ¹⁰, Pelotas ¹¹ e São Leopoldo (Rio Grande do Sul) ¹² mostram que cerca de 75% das mulheres utilizam algum método contraceptivo e que os métodos mais utilizados permanecem os mesmos. Enquanto isso, a taxa de fecundidade total caiu ao mesmo tempo em que aumentou a ocorrência de gravidez na adolescência, sobretudo entre as mais pobres ¹³.

Em 1995, realizou-se um estudo transversal de base populacional com mulheres entre 15 e 49 anos na cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul ¹⁴. No estudo, foram investigadas características demográficas, sócio-econômicas, ambientais, reprodutivas e utilização de serviços preventivos de saúde. Em 2004, nove anos depois, realizou-se um novo estudo que se utilizava de igual metodologia em mulheres de mesma faixa etária. Este artigo compara estas características entre as amostras estudadas em 1995 e 2004 e avalia os seus diferenciais.

Materiais e métodos

Rio Grande situa-se no extremo sul do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Entre 1995 e 2004, quando estes estudos foram realizados, o seu Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* sofreu aumento da ordem de R\$ 12.000,00, passando de R\$ 7.654,00 para R\$ 19.716,00. Em 2004 o município abrigava nos seus 2.800km², cerca de 200 mil habitantes, com 95% deles residindo na área urbana. Pouco mais de um quarto da sua população era constituída de mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) ¹³. A sua economia estava baseada na atividade portuária, indústria petroquímica e de pescados. A cidade possuía dois hospitais gerais, havendo 600 leitos disponíveis para o Sistema Único de Saúde (SUS), 32 postos de saúde, três ambulatórios gerais, sendo dois de ginecologia e obstetrícia. O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no município em 2002, e em 2004, encontrava-se em funcionamento com 11 equipes.

A população-alvo destes estudos foi constituída por mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) residentes na área urbana do município. Foram

excluídas as mulheres nesta mesma faixa etária que se encontravam institucionalizadas (hospitais, asilos e presídio) ou com deficiência cognitiva que impedisse a realização da entrevista.

Os dados aqui apresentados foram coletados entre janeiro e março de 1995 e entre novembro de 2003 e maio de 2004.

Considerando-se nível de 95% de confiança, precisão de 4p.p., prevalência de utilização de serviços de saúde (exame clínico das mamas e realização de citopatológico de colo uterino em algum momento no passado) de 58%, efeito de delineamento de 2,0, 10% para perdas, o tamanho mínimo de amostra requerido para a realização destes estudos seria de 1.283 mulheres em idade fértil em cada estudo.

O presente estudo foi realizado com um delineamento transversal, o mais apropriado para este tipo de avaliação ¹⁵. Decidiu-se *a priori* que estes estudos cobririam um terço dos setores censitários do município. Considerando que a área urbana do Município de Rio Grande possui 172 setores censitários, seria necessário incluir 58 deles. Os setores, bem como suas quadras e esquinas, foram escolhidos de forma sistemática nos dois estudos. Com base neste ponto, 28 domicílios foram visitados de forma consecutiva.

Tanto no estudo de 1995 quanto no de 2004 foi utilizado um único questionário que buscava informações sobre características demográficas, reprodutivas, contracepção no mês anterior à entrevista e padrão de utilização de serviços de saúde das entrevistadas bem como sobre o nível sócio-econômico e condições de habitação e saneamento de suas famílias.

Embora a maioria das variáveis seja auto-explicativa, algumas necessitam de esclarecimentos adicionais: renda familiar (valor recebido por todos os moradores do domicílio no mês anterior à entrevista); escolaridade (número de anos completos de estudo com aprovação); cor da pele (classificada pelo entrevistador em branca, parda e preta); aborto (interrupção da gravidez de forma espontânea ou provocada); posse adequada de eletrodomésticos (domicílios com fogão a gás, geladeira, televisão e rádio); tipo de habitação (adequada – tijolos e/ou madeira; inadequada – papelão e/ou lata).

Foram recrutados 18 acadêmicos voluntários dos cursos de medicina e enfermagem e obstetrícia da Universidade Federal do Rio Grande. Após treinamento que durou quarenta horas, em que foram capacitados na realização de visita domiciliar e na aplicação do questionário, 12 deles foram selecionados. O estudo piloto foi realizado visando reproduzir as tarefas a serem executadas durante o trabalho de campo, bem como testar os instrumentos a serem utilizados. Em 1995 e

2004 foram realizadas, respectivamente, 52 e 28 entrevistas completas, todas revisadas por um dos coordenadores do estudo (J.A.C.).

Os 12 entrevistadores foram divididos em duplas, cada um deles foi designado para cobrir um setor censitário, ou seja, 28 domicílios a cada dia de trabalho. Em cada um dos domicílios, um dos entrevistadores perguntava se ali residia alguma mulher com idade entre 15 e 49 anos. Em caso de resposta positiva, um deles aplicava o questionário para a(s) mulher(es) ali residente(s), enquanto o outro dirigia-se ao próximo domicílio. E assim seguiam até completar os 28 desejados por setor censitário.

A codificação dos questionários foi realizada pelo próprio entrevistador ao final de cada dia de trabalho. Os dados coletados foram duplamente digitados por diferentes profissionais com uso do programa Epi Info 6.04 (Centers for Disease Control and Preevention, Atlanta, Estados Unidos) e posteriormente analisados pelo Stata versão 7.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). Para as comparações entre proporções, utilizou-se teste do qui-quadrado com correção de Yates para tabelas de contingência.

O controle de qualidade foi realizado mediante revisão dos questionários por parte de um componente da equipe central e da repetição parcial de 5% das entrevistas pelos supervisores do trabalho de campo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande.

Resultados

Participaram do estudo 1.339 mulheres em idade fértil em 1995 e 1.311 mulheres de mesma faixa etária em 2004. As perdas, que se referem às mulheres que não foram encontradas ou que se recusaram a responder ao questionário, somaram 1,9% em 1995 e 4,1% em 2004.

A seguir são apresentadas as características demográficas e sócio-econômicas, seguidas pelas características reprodutivas, utilização dos serviços de saúde e sobre o uso de métodos contraceptivos para 1995 e 2004.

A Tabela 1 mostra que cerca de 15% das entrevistadas em 1995 e em 2004 eram adolescentes (15 a 19 anos). A proporção de mulheres que vivia com companheiro diminuiu aproximadamente 8%, passando de 64% em 1995 para 58% em 2004. A taxa de mulheres não alfabetizadas caiu cerca de 60% neste período (de 4,3% para 2,7%), enquanto o total daquelas com nove anos ou mais de escolaridade aumentou em cerca de 55%, passando de 21% para 33%. Essas diferenças foram estatisticamente significativas.

Cerca de 10% de suas famílias possuíam renda inferior a um salário mínimo mensal em 1995 e 7% em 2004; mais da metade das famílias possuía renda igual ou superior a três salários mínimos mensais, tanto em 1995 quanto em 2004, mas ao longo de nove anos houve queda da renda familiar média mensal de aproximadamente um salário mínimo (Tabela 1).

Cerca de 90% dos domicílios possuíam geladeira, televisão, fogão a gás e rádio. Praticamente todos os domicílios com mulheres em idade fértil em 2004 possuíam água proveniente da rede pública e sanitário com descarga. Quanto ao tipo de material empregado na construção da casa, houve acentuada diminuição no número de habitações inadequadas (papelão e/ou lata), passando de 10% em 1995 para 1% em 2004 (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra que a idade de início das atividades sexuais reduziu-se, em termos de média, em um ano no período, passando de 18,7 anos em 1995 para 17,7 anos em 2004. A proporção de adolescentes que iniciou atividade sexual com até 15 anos de idade aumentou em dois terços, passando de 15% em 1995 para 25% em 2004. O percentual de mulheres sem filhos diminuiu em 26%, passando de 29% em 1995 para 23% em 2004. A ocorrência de aborto (espontâneo ou provocado) em algum momento no passado reduziu-se, caindo de 19% em 1995 para 16% em 2004. Houve ainda aumento de cerca de um terço na ocorrência de partos na adolescência, passando de 35% em 1995 para 45% em 2004. Observou-se no período aumento de 47% e 29% na realização de citopatológico de colo uterino e de mamas, respectivamente (Tabela 2).

A Tabela 3 mostra substancial mudança no tipo de método contraceptivo utilizado, com redução na taxa de uso de anticoncepcional de 20% no período, passando de 60% em 1995 para 51% em 2004, e expressivo aumento na utilização de preservativo masculino, de 8% em 1995 para 21% em 2004. Tanto em 1995 como em 2004, a maioria das mulheres adquiriu o método contraceptivo com recursos próprios. O percentual daquelas que obteve o método de forma gratuita nas unidades básicas de saúde aumentou passou de 3% em 1995 para 11% em 2004.

Discussão

Este estudo mostra que entre 1995 e 2004 houve substancial melhora nos níveis de escolaridade das mulheres e nas condições de moradia, mas piora na renda média das famílias. Mostrou também significativa redução na idade de início

Tabela 1

Características demográficas, sócio-econômicas e condições de habitação e saneamento para mulheres em idade fértil em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, 1995 e 2004.

Variável	Ano		Valor de p
	1995 (n = 1.339) %	2004 (n = 1.311) %	
Grupos de idade (anos)			< 0,001
15-19	14,6	15,9	
20-29	28,2	30,6	
30-39	32,8	25,3	
40-49	24,5	28,1	
Média (desvio-padrão)	31,4 (9,6)	31,3 (10,4)	
Cor da pele			0,000
Branca	84,5	74,3	
Parda/Preta	15,5	25,7	
Estado civil			0,008
Casada/Vive junto	63,7	58,1	
Solteira	27,7	33,0	
Separada/Viúva	8,6	8,8	
Escolaridade da mulher (anos completos)			0,000
0	4,3	2,7	
1-4	21,7	16,5	
5-8	39,1	36,0	
9-11	21,3	33,0	
12 ou mais	13,6	11,7	
Média (desvio-padrão)	7,5 (4,4)	8,1 (3,9)	
Renda familiar (salários mínimos mensais)			< 0,001
< 1	10,2	6,9	
1-1,9	15,2	21,8	
2-2,9	18,3	19,7	
3-5,9	26,7	27,1	
6 ou mais	29,5	24,5	
Média (desvio-padrão)	5,4 (5,9)	4,6 (4,6)	
Exerceu trabalho remunerado nos últimos 12 meses	42,8	47,8	0,010
Número de moradores por domicílio			0,000
1	13,3	1,6	
2 ou 3	50,3	37,2	
4 ou mais	36,4	61,2	
Média (desvio-padrão)	4,1 (1,7)	4,1 (1,6)	
Domicílios com geladeira, televisão, rádio e fogão a gás	88,0	87,9	0,982
Possui sanitário com descarga	93,8	96,6	0,004
Tem água encanada dentro de casa	94,4	98,6	0,075
Recebe água da rede pública	96,6	99,6	0,000
Tipo de construção			0,000
Alvenaria	80,0	84,5	
Madeira	10,4	14,9	
Papelão e/ou lata	9,6	0,6	
Total	100,0	100,0	-

Tabela 2

Características reprodutivas e utilização de serviços preventivos de saúde entre mulheres em idade fértil em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, 1995 e 2004.

Variável	Ano		Valor de p
	1995 (n = 1.339) %	2004 (n = 1.311) %	
Idade da menarca (anos)			0,491
Até 11	25,1	26,5	
12	22,1	23,8	
13	24,6	22,0	
14	16,3	16,1	
15 ou mais	11,9	11,7	
Média (desvio-padrão)	12,6 (1,7)	12,5 (1,7)	
Idade da primeira relação sexual (anos)			0,000
Até 15	15,1	25,5	
16-19	53,2	53,2	
20 ou mais	31,7	21,3	
Média (desvio-padrão)	18,7 (3,6)	17,7 (3,5)	
Número de filhos tidos			0,034
0	28,6	22,6	
1	22,4	24,9	
2	22,3	25,7	
3 ou mais	26,7	26,7	
Média (desvio-padrão)	1,7 (1,6)	1,8 (1,7)	
Ocorrência de aborto (espontâneo e provocado)	19,2	16,2	< 0,001
Idade no primeiro parto (anos)			< 0,001
11-19	34,2	45,0	
20-29	58,4	48,4	
30 ou mais	7,4	6,6	
Média (desvio-padrão)	21,9 (4,8)	21,0 (4,7)	
Teve consulta ginecológica no último ano	57,9	55,9	0,306
Realizou citopatológico de colo em algum momento no passado	39,2	57,9	0,000
Teve a mama examinada em algum momento no passado	51,4	66,4	0,000
Total	100,0	100,0	

das atividades sexuais, aumento na ocorrência de partos na adolescência e na realização de citopatológico de colo uterino e exame de mamas. A utilização de métodos contraceptivos mostrou ligeiro aumento, sobretudo de preservativo masculino.

Ao interpretar estes resultados é preciso levar em conta que se trata de um estudo transversal em que exposição e desfecho são medidos simultaneamente, o que impede estabelecer relação de causalidade. Porém, tal tipo de delineamento é o único que possibilita obter informações de forma rápida e barata para grandes grupos populacionais como os aqui estudados^{15,16,17}. Esta característica torna-o imprescindível neste tipo de situação, fato que, a nosso ver, justifica sua utilização.

A piora na renda média das famílias, sobretudo nas de maior renda, é um fenômeno que vem sendo observado na região desde meados da década passada^{19,20}. A perda do poder aquisitivo pode ser atribuída à retração da atividade agrícola e, especialmente, do comércio nos municípios da chamada metade do sul do estado, entre eles o Município de Rio Grande¹⁸. No mesmo período, a queda da renda média entre famílias com crianças menores de cinco anos foi de 1,9 salário mínimo, caindo de 5,1 em 1995 para 3,2 em 2004¹⁹. O aumento na renda familiar entre as mulheres mais pobres pode ter decorrido do aumento da cobertura de programas governamentais, particularmente do Bolsa Família, e do aumento do trabalho informal que, em geral, ocorre em maior proporção entre as famílias mais pobres^{18,19}.

Tabela 3

Utilização de métodos contraceptivos entre mulheres em idade fértil em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, 1995 e 2004.

Variável	Ano		Valor de p
	1995 (n = 1.339) %	2004 (n = 1.311) %	
Utilizaram método contraceptivo no mês anterior à entrevista	67,9	69,8	0,066
Tipo de método anticoncepcional utilizado			0,000
Anticoncepcional oral	60,6	51,0	
Laqueadura tubária	20,3	20,5	
Preservativos	7,9	21,2	
DIU	2,4	1,2	
Tabela	3,0	0,8	
Geléia	0,5	0,0	
Coito interrompido	0,2	0,1	
Vasectomia	0,9	0,3	
Injetáveis	2,3	2,0	
Diafragma	0,0	0,1	
Combinação de métodos	1,7	3,1	
Ensino do método			< 0,001
Médico/Profissional da saúde	59,3	49,2	
Conta própria	35,7	44,6	
Outros	5,0	6,2	
Local de obtenção do método			0,000
Farmácia	97,0	87,5	
Unidade de saúde	2,7	11,0	
Outros	0,3	1,4	
Total	100,0	100,0	

A melhora no nível de escolaridade das mulheres rio-grandinas ao longo destes nove anos é compatível com aquela verificada para o Brasil como um todo. A última *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) mostrou queda no índice de analfabetismo de 16,4% em 1992 para 10,9% em 2002¹³. A queda pode ser atribuída a maiores investimentos em educação no país nos últimos anos, que resultou em expansão da rede de ensino e na criação do Programas de Educação de Jovens e Adultos (EJA). Estas mudanças facilitaram o acesso com conseqüente aumento da escolaridade (Ministério da Educação. <http://www.portalmec.gov.br>, acessado em 19/Dez/2006). Além disso, o efeito de coorte, ou seja, a substituição de mulheres mais velhas por aquelas mais jovens, tendo as últimas maior acesso à escola, pode explicar parte desta melhora.

O início cada vez mais precoce das atividades sexuais das adolescentes rio-grandinas pode ser medido pelo aumento na proporção de partos entre elas. O aumento é semelhante ao observado para o restante do país. A taxa de fecundidade

total no Brasil caiu de 6,2 filhos por mulher em 1960, para, 2,3 filhos em 2000²⁰. No entanto, a taxa de fecundidade entre adolescentes vem aumentando. Sua participação relativa na fecundidade total passou de 7,1% em 1970 para 14,1%, em 1991²¹.

O fato de a fecundidade entre adolescentes estar aumentado é preocupante. A maternidade adolescente, principalmente entre as mais pobres, implica quase sempre abandono escolar e exclusão do mercado de trabalho de melhor qualificação²². Além disso, boa parte das adolescentes pobres apresenta outros fatores de risco como desnutrição, baixa estatura que determinam risco gestacional. A sobreposição desses problemas gera aumento da morbimortalidade entre essas mulheres, independente do fato de elas interromperem ou não a gravidez¹⁴.

O aumento da cobertura na realização do exame citopatológico de colo uterino observado decorre das campanhas nacionais de Prevenção do Câncer do Colo Uterino ocorridas em 1998 e em 2002. Aumento semelhante foi também observado em Pelotas, um município vizinho,

onde 75% realizaram o exame em 1999/2000 e 81% em 2003^{5,6}.

A prevalência de uso de método contraceptivo entre as mulheres amostradas foi maior do que aquela observada para o Brasil⁹ e nas cidades de São Paulo¹⁰, Pelotas¹¹ e São Leopoldo¹². No caso do Brasil, a diferença se deve ao fato de incluir as regiões mais pobres, visto que fatores sócio-econômicos estão entre os principais determinantes do seu uso¹¹. Além disso, os dados em nível nacional disponíveis datam de meados da década passada, o que compromete a comparação. Se os dados fossem mais recentes, com certeza a diferença seria menor porque há evidências suficientes de que a utilização de método contraceptivo aumentou em diversas regiões do país^{11,23,24}. A comparação com o estudo realizado em São Paulo¹⁰ deve ser feita com cautela, visto ter sido realizado somente entre mulheres em união. Quanto aos estudos realizados em Pelotas¹¹ e São Leopoldo¹², apesar de possuírem delineamentos semelhantes e serem de base populacional, as diferenças entre os parâmetros amostrais das populações avaliadas impedem maior comparação dos resultados, uma vez que as adolescentes não participaram daqueles estudos.

A diminuição de cerca de 20% no uso do anticoncepcional oral constatada neste estudo pode ser decorrente do aumento do uso de preservativos, visando também proteger-se de DST^{25,26,27}, da substituição de métodos hormonais por outros, em função de efeitos colaterais como, por exemplo, ganho de peso, varizes, hipertensão, entre outros²⁸. O aumento do poder de compra,

que possibilita à mulher a escolha de outros métodos, também deve ser considerado.

O expressivo aumento na utilização de preservativos neste período foi também observado em outros estudos^{11,26,27}. Pode ser decorrência de campanhas veiculadas pelo governo, Organizações Não-governamentais (ONG), sobretudo em relação à prevenção da AIDS. A Política Nacional de AIDS para conter o avanço da epidemia no Brasil preconiza o uso do preservativo como a forma mais eficiente de prevenção à doença²⁹. Isto é particularmente importante no Município de Rio Grande, em virtude de ele ocupar o sexto lugar no Estado do Rio Grande do Sul em número de casos notificados desta doença³⁰. O uso correto e sistemático de preservativos em todas as relações sexuais apresenta efetividade estimada de 95% na prevenção da transmissão das DST e da AIDS²⁹.

Concluindo, este estudo mostra claramente que houve importantes melhorias na qualidade de vida das rio-grandinas em idade fértil no período estudado. Todavia, é evidente a necessidade de aumentar a oferta de métodos contraceptivos, particularmente de preservativos masculinos. Há necessidade ainda de estabelecer campanhas que busquem retardar o início das atividades sexuais, de promover a prática do sexo seguro, de reduzir a ocorrência de gravidez na adolescência e de realizar periodicamente exames das mamas e citopatológico de colo uterino. Dentro deste enfoque, mulheres jovens e de baixo poder aquisitivo deveriam ser consideradas como prioridades tanto em nível coletivo, mediante programas, quanto individual, durante consultas médicas.

Resumo

Em 1995 e 2004 foram realizados dois estudos transversais representativos com mulheres de 15 a 49 anos em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, visando avaliar alguns indicadores básicos de saúde. A amostra incluiu 1.339 mulheres em 1995 e 1.311 em 2004. Aplicou-se questionário padronizado no domicílio investigando sobre características demográficas, sócio-econômicas, reprodutivas e utilização de serviços preventivos de saúde. A análise consistiu em comparar estes indicadores nos dois estudos pelo teste do qui-quadrado. Observou-se melhoria nas condições de habitação, saneamento, escolaridade, mas piora da renda familiar. A idade média de início das atividades sexuais diminuiu, a taxa de gravidez na adolescência aumentou em 33% assim como aumentou a realização de exame citopatológico de colo uterino em 48% e mama em 30%. A utilização de métodos contraceptivos diminuiu 3%, enquanto o uso de preservativos masculinos passou de 8% para 21%. Esforços deveriam ser feitos não somente visando incentivar a realização de exames de mama e citopatológico de colo uterino como também de retardar o início das atividades sexuais e de promover o uso de métodos contraceptivos, especialmente de preservativos.

Serviços Preventivos de Saúde; Saúde da Mulher; Indicadores Básicos de Saúde

Colaboradores

K. Carlotto realizou a análise de dados e participou da redação do artigo. J. A. Cesar delineou o estudo, supervisionou coleta de dados, realizou análise de consistência e auxiliou na análise final dos dados e redação do artigo. A. A. Hackenhaar auxiliou na análise de dados e na redação do artigo. P. R. P. Ribeiro revisou os questionários, colaborou na análise de consistência e na redação final do artigo.

Referências

1. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11:365-73.
2. Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. *Epidemiologia da desigualdade*. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1989.
3. Rouquayrol MZ, Filho NA. *Epidemiologia & saúde*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Medsi; 2003.
4. Leal MC, Gama SGN, Frias P, Szwarcwald CL. Healthy lifestyles and access to periodic health exams among Brazilian women. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 Suppl 1:S78-88.
5. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Borba AT, et al. Cobertura do exame citopatológico da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:191-7.
6. Hackenhaar AA, Cesar A, Domingues MR. Exame citopatológico 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.
7. Instituto Nacional de Câncer. Câncer de mama. http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336 (acessado em 01/Dez/2006).
8. Scowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:340-9.
9. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Brasil – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil; 1997.
10. Vieira EM, Badiani R, Fabbro ALD, Rodrigues Junior AL. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:263-70.
11. Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Menezes AMB, Olinto MTA, Macedo S, Britto MAP, et al. Uso de métodos anticoncepcionais e adequação de contraceptivos hormonais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: 1992 e 1999. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:93-9.

12. Carreno I, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Meneghel S. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1101-9.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informação demográfica e socioeconômica – síntese de indicadores sociais, 2006. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2006.
14. Cesar JA, Horta BL. Desigualdade e perversidade: a dimensão do adoecer no extremo Sul do Brasil. Rio Grande: Editora da Fundação Universidade Federal do Rio Grande; 1996.
15. Silva IS. *Cancer epidemiology: principles and methods*. Lyon: World Health Organization/International Agency for Research on Cancer; 1999.
16. Kelsey JL, Whittemore AS, Evans AS, Thompson WD. *Methods in observational epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1996.
17. Ross DA, Vaughan JP. Health interview surveys in developing countries: a methodological review. *Stud Fam Plann* 1986; 17:78-94.
18. Instituto Técnico de Pesquisa e Assessoria. Banco de dados da zona sul do Rio Grande do Sul. Pelotas: Editora da Universidade Católica de Pelotas; 2006. (Boletim Informativo, 17).
19. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Horta BL, Ribeiro RP, D'Avila AC, Santos FM, et al. Indicadores básicos de saúde infantil em área urbana no extremo sul do Brasil: estimando prevalências e avaliando diferenças. *J Pediatr (Rio J)* 2006; 82:437-44.
20. Berquó ES, Cavenaghi SM. A evolução da fecundidade no Brasil. *Ciênc Hoje* 2005; 37:28-33.
21. Bozon M, Enoch E. Brésil: la transition démographique rapide d'un pays hétérogène. *Popul Soc* 1999; (345):1-4.
22. Heilborn ML, Salem T, Rohden F, Brandão E, Knauth D, Victora C, et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos* 2002; 8:13-45.
23. Paniz VMV, Fassa AG, Silva MC. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais em uma cidade do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1747-60.
24. Lacerda MA, Miranda-Ribeiro P, Caetano AJ, Machado CJ. Mensuração e perfis de demanda insatisfeita por contracepção nos municípios de Belo Horizonte e Recife, 2002. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais* 2005; 22:113-29.
25. Carreno I, Dias-da-Costa JS. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:720-6.
26. Jiménez AL, Gotlieb SLD, Hardy E, Zaneveld LJD. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:55-62.
27. Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS em mulheres. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:670-7.
28. Carvalho MLO, Schor N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:788-94.
29. Ministério da Saúde. Sobre a eficácia da camisinha. <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS7C9FA48BPTBRIE.htm> (acessado em 20/Dez/2006).
30. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Número de casos das doenças de notificação compulsória por CRS, RS, 2000-2001. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; 2001. (Boletim Epidemiológico, 1).

Recebido em 05/Set/2007

Versão final reapresentada em 28/Nov/2007

Aprovado em 26/Dez/2007