

Fatores associados à não realização do exame clínico das mamas em São Leopoldo, RS, 2015: estudo de base populacional

Factors associated with not performing clinical breast exams in São Leopoldo, RS, 2015: a population-based study

Juvenal Soares Dias-da-Costa¹ , Andressa Pelinson¹ ,
Cândido Norberto Bronzoni de Mattos¹ , Douglas Nunes Stahnke¹ , Talita Donatti¹ ,
Maria Teresa Anselmo Olinto¹ , Fernanda Bairros² 

¹Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) - São Leopoldo (RS), Brasil.

²Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS), Brasil.

Como citar: Dias-da-Costa JS, Pelinson A, Mattos CNB, Stahnke DN, Donatti T, Olinto MTA, et al. Fatores associados à não realização do exame clínico das mamas em São Leopoldo, RS, 2015: estudo de base populacional. *Cad Saúde Colet*, 2022; 30(3) 329-335. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230030031>

Resumo

Introdução: No Sul do Brasil, a principal causa de mortalidade por neoplasias entre as mulheres está ocupada pelo câncer de mama. O exame clínico anual das mamas está recomendado como medida de rastreamento. **Objetivo:** Investigar a prevalência de não realização do exame clínico de mamas nos últimos 12 meses e fatores associados em mulheres de 20 a 69 anos residentes no município de São Leopoldo/RS em 2015. **Método:** Estudo transversal de base populacional, no qual foram incluídas na análise variáveis demográficas e socioeconômicas. Foram calculadas as razões de prevalência (RP) por regressão de Poisson. **Resultados:** Entre 1.128 mulheres, a prevalência de não realização de exame clínico das mamas foi de 52,6% (IC95%: 51,1-57,2); na análise ajustada, a não realização do exame mostrou-se associada à classe econômica D/E (RP = 1,58; IC95%: 1,16-2,15) e escolaridade de 0 a 4 anos de estudo (RP = 2,16; IC95%: 1,33-3,53). **Conclusão:** As mulheres em situação de vulnerabilidade social apresentaram maior probabilidade de não realização do exame, demonstrando a iniquidade do sistema.

Palavras-chave: saúde da mulher; mama; prevenção secundária; iniquidade social; estudos transversais.

Abstract

Background: In southern Brazil, the main cause of mortality from cancer among women is breast cancer. Annual clinical breast examination is recommended as a screening measure. **Objective:** To investigate the prevalence of patients that did not perform breast exams in the last 12 months and its associated factors in women aged 20 to 69 years living in São Leopoldo/RS in 2015. **Method:** The present research is a population-based, cross-sectional study; demographic and socio-economic variables were included in the analysis; prevalence ratios (PR) were calculated by Poisson regression. **Results:** Among the 1128 women sampled, the prevalence of not performing clinical breast exams was of 52.6% (95%CI: 51.1-57.2); in the adjusted analysis, not performing clinical breast exams was associated with having a D/E socio-economic status (PR = 1.58; 95%CI: 1.16-2.15), as well as with having an educational level of 0 to 4 years of study (PR = 2.16; 95%CI: 1.33-3.53). **Conclusion:** Women in social vulnerability were more likely to not perform the exams, demonstrating the inequity of the system.

Keywords: women's health; breast; secondary prevention; social inequity; cross-sectional studies.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Trabalho realizado no município de São Leopoldo (RS), Brasil.

Correspondência: Juvenal Soares Dias-da-Costa. E-mail: episoares@terra.com.br

Fonte de financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (CNPQ/MCTI)/Universal 14/2014: Processo CNPq nº 457235/2014-4.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Abr. 09, 2020. Aprovado em: Nov. 15, 2020

INTRODUÇÃO

O câncer de mama tem sido uma das neoplasias mais comuns no mundo, sendo que em 2018 foram 2,09 milhões de casos novos, resultando em 627 mil mortes¹. No Brasil, em 2015, o câncer de mama apresentou as maiores taxas de mortalidade por neoplasias entre as mulheres, com a região Sul ocupando a primeira posição em todos os estados².

Em 2019, a incidência de câncer de mama no país foi estimada em 59.700 casos, com risco de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres³. Para o estado do Rio Grande do Sul, a estimativa foi de 5.110 novos casos em 2019⁴.

A partir da década de 1990, recomendações governamentais foram adotadas visando à detecção precoce do câncer de mama no país, entre as quais o rastreamento por meio do exame clínico de mamas (ECM), a ser realizado anualmente por todas as mulheres, especialmente aquelas na faixa etária de 40 anos ou mais⁵.

Entretanto, estudo de base populacional em Rio Grande/RS mostrou que apenas 12% das mulheres tinham conhecimento sobre o ECM como rastreamento do câncer de mama⁶. Outro estudo brasileiro apontou que menos da metade das mulheres com 40 anos ou mais realizou o ECM nas regiões Sul e Nordeste⁷.

Em razão de seu impacto social e econômico da doença, além das altas taxas de incidência, é importante o rastreamento a partir do exame clínico para o diagnóstico precoce, economizando custos ao sistema público de saúde e para o encaminhamento ao exame confirmatório⁸.

Em São Leopoldo/RS, no ano de 2003, foi realizado estudo de base populacional com o objetivo de diagnosticar a situação de saúde das mulheres adultas. Entre os achados, detectou-se que a prevalência de não realização de ECM foi de 45,8%. O estudo também apontou iniquidades no sistema, pois a não realização do exame atingiu principalmente as mulheres inseridas nas classes D/E⁹. Transcorridos mais de dez anos, o diagnóstico foi repetido, tentando-se verificar a situação de saúde nas mulheres de 20 a 69 anos por meio de inúmeros desfechos, incluindo a realização do ECM.

Desta forma, o objetivo do presente estudo foi investigar a prevalência de não realização do ECM e fatores associados em mulheres de 20 a 69 anos residentes no município de São Leopoldo/RS em 2015.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal de base populacional com mulheres de 20 a 69 anos residentes na zona urbana de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2015.

Este artigo representou um recorte na abordagem do projeto de pesquisa intitulado "Condições de vida e saúde de mulheres adultas: estudo de base populacional no Vale do Rio dos Sinos - avaliação após 10 anos", no qual se buscou diagnosticar e revelar determinantes das condições de saúde das mulheres.

O município de São Leopoldo está localizado na Região Metropolitana de Porto Alegre e, no ano de 2019, contava com uma população estimada em 236.835 habitantes, sendo 99,6% residentes em área urbana¹⁰. Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, São Leopoldo apresentava, em 2015, 32,25% de cobertura da atenção básica e 18,24% de cobertura da Estratégia Saúde da Família, além de hospital municipal com 186 leitos.

O cálculo do tamanho da amostra para o projeto foi feito por meio do programa Epi Info, versão 7.2.2.2, e levou em consideração os diversos desfechos envolvidos no projeto, sendo escolhido aquele que exigiu um maior tamanho, tomando-se como parâmetros nível de confiança de 95%, poder de 80%, razão de não expostos: expostos, estabelecida em 1:2, e razão de risco de 2,0. Foram acrescentados 10% para perdas e 15% para controle de fatores de confusão, totalizando uma amostra de 1.130 mulheres.

Foram incluídas na pesquisa as mulheres residentes em domicílios selecionados entre fevereiro e outubro de 2015. Realizou-se um sorteio de 45 setores censitários, dos 370 existentes na região urbana de São Leopoldo. A seleção da amostra seguiu um procedimento sistemático: os setores foram dispostos de forma decrescente, a partir do setor com maior

“valor de rendimento nominal mensal das pessoas de 10 ou mais anos de idade (com ou sem rendimento)”, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em cada setor selecionado, eram sorteados um quarteirão e uma esquina. A partir do primeiro domicílio localizado à esquerda da esquina sorteada, desprezavam-se duas moradias, entrevistando-se os residentes na terceira, e assim consecutivamente.

Quando as mulheres estavam ausentes, eram agendadas novas visitas. Foram excluídas do estudo gestantes e portadoras de deficiência mental.

As participantes do estudo responderam a questionários padronizados e pré-codificados aplicados individualmente por estudantes da Universidade do Vale do Rio dos Sinos submetidos a um programa de treinamento, incluindo estudo-piloto. O controle de qualidade foi realizado via contato telefônico com 10% das entrevistadas.

Foi considerado o desfecho ECM (não realizado nos últimos 12 meses) por meio da seguinte pergunta: “Nos 12 meses que antecederam a entrevista, algum médico examinou as suas mamas?”.

As variáveis independentes consideradas foram classificadas como socioeconômicas e demográficas.

As variáveis demográficas consideradas foram: cor da pele, referida pela entrevistada (branca; não branca); idade (categorizada em faixas etárias de dez anos: 20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69); e situação conjugal (solteira/divorciada/viúva; casada/em união).

As variáveis socioeconômicas foram: classe econômica (segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP: A/B; C; D/E); escolaridade em anos de estudo (13 ou mais; 10-12; 5-9; 0-4); e renda *per capita* em salários mínimos (3 ou mais; 1 a 2,9; menos de 1). A classificação econômica da ABEP levou em consideração a posse de determinados bens materiais no domicílio, escolaridade do chefe da família e número de empregados domésticos¹¹. A renda familiar *per capita* foi elaborada a partir do valor do salário mínimo regional à época da pesquisa – R\$1.006,88 – e do número de pessoas residentes no domicílio.

A digitação dos dados foi realizada com dupla entrada, com o objetivo de encontrar erros de digitação. Os dados foram tabulados no programa SPSS, versão 22.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). As análises foram realizadas pelo programa Stata, versão 13.0 (StataCorp, CollegeStation, TX, USA), calculando as prevalências do desfecho, suas razões de prevalência (RP), os respectivos intervalos de confiança a 95% (IC_{95%}) e o teste de Wald. Nas análises bruta e ajustada, levou-se em consideração o efeito do delineamento por meio do comando “svy” no Stata. Realizou-se análise ajustada pela regressão de Poisson, ingressando no modelo simultaneamente as variáveis que alcançaram p-valor < 0,05 na análise bruta.

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), protocolo nº 653.394, em 20 de maio de 2014.

RESULTADOS

Das 1.281 mulheres visitadas, 153 (11,9%) foram classificadas como perdas e recusas, totalizando uma amostra de 1.128 participantes. Destas, 593 (52,6%; IC95%: 51,1 - 57,2) não realizaram o ECM no ano anterior à entrevista.

Ao se verificar a descrição da amostra, constatou-se que a maioria foi composta por mulheres de cor branca (74,5%), com idade entre 40 e 49 anos (24,5%), casadas ou em união (63,8%), de classe econômica C (53,1%), com escolaridade de 5 a 9 anos (37%) e com renda *per capita* inferior a 1 salário mínimo (44,8%) (Tabela 1).

Na análise bruta, foram verificadas maiores probabilidades de não realização de ECM nas mulheres com idade entre 20 e 29 anos, das classes econômicas C e D/E, naquelas de baixa escolaridade e nas duas categorias de renda *per capita* abaixo de 3 salários mínimos (Tabela 2).

Após ajustes, a não realização de ECM permaneceu associada a mulheres com idade de 20 a 29 anos e às classes C e D/E, tendo a classe A/B como referência. Observou-se que, quanto menor a escolaridade em anos de estudo, maior a probabilidade de não realização do exame. O efeito de renda familiar desapareceu após ajuste (Tabela 2).

Tabela 1. Características da amostra e prevalência de não realização de exame clínico de mamas nos últimos 12 meses de acordo com as variáveis socioeconômicas e demográficas de mulheres residentes em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015

| Variável | n | % | Não realização de exame clínico de mamas n (%) |
|---|-----|------|--|
| Cor da pele | | | |
| Branca | 840 | 74,5 | 437 (52,0) |
| Não branca | 288 | 25,5 | 156 (54,2) |
| Idade (em anos) | | | |
| 20 a 29 | 216 | 19,1 | 156 (72,2) |
| 30 a 39 | 244 | 21,6 | 126 (51,6) |
| 40 a 49 | 276 | 24,5 | 123 (44,6) |
| 50 a 59 | 228 | 20,2 | 104 (45,6) |
| 60 a 69 | 164 | 14,5 | 84 (51,2) |
| Situação conjugal | | | |
| Solteira, separada e viúva | 408 | 36,2 | 234 (57,4) |
| Casadas ou em união | 720 | 63,8 | 359 (49,9) |
| Classe econômica | | | |
| A/B | 390 | 34,8 | 141 (36,2) |
| C | 596 | 53,1 | 342 (57,4) |
| D/E | 136 | 12,1 | 107 (78,7) |
| Escolaridade (em anos de estudo) | | | |
| 13 | 114 | 10,1 | 27 (23,7) |
| 10-12 | 391 | 34,7 | 193 (49,4) |
| 5-9 | 417 | 37,0 | 244 (58,5) |
| 0-4 | 204 | 18,1 | 129 (63,2) |
| Renda per capita (em salários mínimos) | | | |
| ≥ 3 | 129 | 11,8 | 16 (24,2) |
| 1-2,9 | 473 | 43,4 | 155 (42,8) |
| < 1 | 489 | 44,8 | 398 (60,0) |

DISCUSSÃO

A prevalência de não realização do ECM foi de 52,6%, percentual superior ao encontrado em estudo anterior no mesmo município (45,8%; IC95%: 42,7 - 48,8), indicando que o procedimento diminuiu⁹.

Tabela 2. Razões de prevalência brutas e ajustadas para não realização de exame clínico de mamas nos últimos 12 meses em mulheres residentes em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015

| Variável | Análise Bruta | | Análise Ajustada | |
|---|-------------------------|---------|-------------------------|---------|
| | RP (IC _{95%}) | Valor p | RP (IC _{95%}) | Valor p |
| Cor da pele | | | | |
| Branca | 1,0 | 0,665 | - | |
| Não branca | 1,04 (0,87-1,25) | | | |
| Idade (em anos) | | | | |
| 20 a 29 | 1,0 | 0,001 | 1,0 | <0,001 |
| 30 a 39 | 0,72 (0,57-0,90) | | 0,74 (0,58-0,94) | |
| 40 a 49 | 0,62 (0,49-0,78) | | 0,61 (0,48-0,79) | |
| 50 a 59 | 0,63 (0,49-0,81) | | 0,60 (0,46-0,79) | |
| 60 a 69 | 0,71 (0,54-0,92) | | 0,66 (0,49-0,89) | |
| Situação conjugal | | | | |
| Solteira, separada e viúva | 1,0 | 0,096 | - | |
| Casadas ou em união | 0,87 (0,78-0,97) | | | |
| Classe econômica | | | | |
| A/B | 1,0 | <0,001 | 1,0 | 0,003 |
| C | 1,59 (1,30-1,93) | | 1,26 (1,01-1,59) | |
| D/E | 2,18 (1,69-2,80) | | 1,58 (1,16-2,15) | |
| Escolaridade (em anos de estudo) | | | | |
| 13 | 1,0 | <0,001 | 1,0 | 0,006 |
| 10-12 | 2,08 (1,39-3,12) | | 1,72 (1,11-2,66) | |
| 5-9 | 2,47 (1,66-3,68) | | 1,96 (1,25-3,08) | |
| 0-4 | 2,67 (1,76-4,04) | | 2,16 (1,33-3,53) | |
| Renda per capita (em salários mínimos) | | | | |
| ≥ 3 | 1,0 | <0,001 | 1,0 | 0,143 |
| 1-2,9 | 1,77 (1,06-2,96) | | 1,41 (0,84-2,38) | |
| < 1 | 2,48 (1,50-4,08) | | 1,48 (0,87-2,52) | |

O presente estudo revelou que as mulheres inseridas nas classes econômicas mais baixas e com menor escolaridade foram menos examinadas, e esses achados demonstram a persistência na iniquidade do sistema de saúde. Já no estudo anterior também se encontrou diferença em relação à classe econômica. Outros estudos transversais de base populacional mostraram resultados semelhantes^{12,13}.

Em Pelotas/RS, investigação envolvendo 879 mulheres de 40 a 69 anos constatou menor prevalência de realização de exame nas classes C, D e E em relação à classe A¹². Outro estudo

realizado em Maringá/PR, incluindo 439 mulheres da mesma faixa etária, apontou que as mulheres com pior escolaridade (analfabetas) foram menos examinadas¹³.

A análise dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) em 2008, comparando a realização do ECM nas regiões Sul e Nordeste, constatou que as mulheres com menos de oito anos de escolaridade e com os menores quartis de renda apresentaram maior prevalência de nunca realização do exame, apontando que as mulheres mais vulneráveis recebiam menor atenção⁷.

Em Uberaba/MG, um estudo transversal de base populacional incluindo 1.520 participantes com 20 anos ou mais e tendo como desfecho a combinação de exame clínico e realização de mamografia também constatou que as mulheres de menor renda e pior escolaridade foram menos rastreadas para câncer de mama⁸.

O presente estudo evidenciou que o contingente populacional de maior risco social ainda careceu de políticas e ações públicas direcionadas e de maior atenção por parte dos profissionais e serviços de saúde. Assim, conhecer o perfil das mulheres é imprescindível para o rastreamento da doença e para a oferta de melhores serviços que contemplem as demandas dessa população^{7,8}.

Em relação à idade, o presente estudo revelou que as mulheres de 40 a 49 anos foram mais examinadas. Tais achados também foram encontrados em outros estudos de base populacional^{8,12}.

Algumas limitações devem ser consideradas no presente estudo, como viés de memória, em razão do fato de a pergunta fazer referência à não realização do ECM no ano anterior à entrevista. Apesar das limitações, o presente estudo foi de base populacional e atualizou a situação de saúde das mulheres do município com relação à não realização do ECM, trazendo dados importantes para a formulação de políticas públicas.

De acordo com o plano anual de saúde do município para o ano de 2014, não havia previsão de políticas públicas direcionadas para a prevenção ao câncer de mama, seja pela capacitação dos profissionais de saúde para a realização do ECM ou para o encaminhamento da realização de mamografia. Em São Leopoldo, a população estimada de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos era de aproximadamente 23 mil¹⁴. Sabe-se que a mamografia tem uma acurácia superior ao exame clínico para rastreio de câncer de mama. Ainda que o rastreamento seja recomendado a cada dois anos, segundo o relatório de gestão do município de 2018 foram realizados apenas 3.537 exames de imagem, revelando uma quantidade insuficiente de mamografias¹⁵. Assim, deve-se ressaltar que o ECM ainda tem relevância na prevenção secundária do câncer de mama.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde. Folha informativa: câncer [Internet]. Brasília: OPAS/OMS; 2018 [citado em 2019 nov 26]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094
2. Guerra MR, Bustamante-Teixeira MT, Corrêa CSL, Abreu DMX, Curado MP, Mooney M, et al. Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(1 Supl. 1):102-15. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050009>.
3. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2017 [citado em 2019 nov 26]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf>.
4. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2017. Estimativas Rio Grande do Sul e Porto Alegre [citado em 2019 nov 26]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/rio-grande-sul-porto-alegre.asp>
5. Migowski A, Stein AT, Ferreira CBT, Ferreira DMTP, Nadanovsky P. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. I-Métodos de elaboração. *Cad Saude Publica.* 2018;34(6):1-14. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00116317>.
6. Gonçalves CV, Camargo VP, Cagol JM, Miranda B, Mendoza-Sassi RA. O conhecimento de mulheres sobre os métodos para prevenção secundária do câncer de mama. *Cien Saude Colet.* 2017;22(12):4073-81. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172212.09372016>. PMID:29267724.

7. Borges ZS, Wehrmeister FC, Gomes AP, Gonçalves H. Exame clínico das mamas e mamografia: desigualdades nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(1):1-13. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010001>. PMID:27167644.
8. Buranello MC, Meirelles MCCC, Walsh IAP, Pereira GA, Castro SS. Prática de exames de rastreamento para câncer de mama e fatores associados—Inquérito de Saúde da Mulher em Uberaba MG, Brasil, 2014. *Cien Saude Colet*. 2018;23(8):2661-70. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.14762016>. PMID:30137135.
9. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Bassani D, Marchionatti CRE, Bairros FS, Oliveira MLP, et al. Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(7):1603-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700011>. PMID:17572809.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada de São Leopoldo 2019 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [citado em 2019 nov 26]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sao-leopoldo/panorama>
11. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil: critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016 [Internet]. São Paulo: ABEP; 2016 [citado em 2019 nov 26]. Disponível em: www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=12
12. Sclowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2005;39(3):340-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000300003>. PMID:15997308.
13. Matos JC, Peloso SM, Carvalho MDB. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011;27(5):888-98. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500007>. PMID:21655840.
14. Brasil. Ministério da Saúde. População residente: estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo 2000-2015 - Brasil [Internet]. Brasília: DATASUS; 2019 [citado em 2019 nov 26]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?novapop/cnv/popbr.def>
15. São Leopoldo. Prefeitura Municipal. Relatório anual de gestão 2018 [Internet]. São Leopoldo; 2019 [citado em 2019 nov 26]. Disponível em: <http://www.saoleopoldo.rs.gov.br/?template=abreAnexos&arquivo=10249&nomeArquivo=Relat%F3rio%20Anual%20de%20Gest%3o%202018&categoriaDownload=1>