

Cibelli Navarro¹

Allex Jardim da Fonseca¹

Alexander Sibajev¹

Camila Iasmim de Andrade Souza^{II}

Daniela Souza Araújo^{II}

Daniele Aparecida de Freitas Teles^{II}

Stéphanie Gomes Lins de
Carvalho^{II}

Kyldery Wendell Moura
Cavalcante^{II}

Wendell Lima Rabelo^{II}

Cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero em região de alta incidência

Cervical cancer screening coverage in a high-incidence region

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a cobertura do programa de rastreamento do câncer do colo uterino em município com alta incidência da doença e os fatores relacionados à não adesão ao programa preventivo vigente.

MÉTODOS: Foi realizado estudo transversal, com base em inquérito domiciliar. A amostra foi composta por mulheres entre 25 e 59 anos de idade do município de Boa Vista, RR, Brasil, com cobertura pelo programa de rastreamento do câncer do colo uterino. Foi utilizado o método de amostragem por conglomerado. A variável dependente foi a adesão ao programa de saúde da mulher, definida como a realização de pelo menos um teste de Papanicolaou nos 36 meses anteriores à data da entrevista; as variáveis explicativas foram extraídas a partir de informações individuais. Foi utilizado modelo linear generalizado.

RESULTADOS: Foram analisadas 603 mulheres, com idade média de 38,2 anos (DP = 10,2). Quinhentas e dezessete mulheres realizaram o exame, sendo a prevalência de realização, nos últimos três anos, de 85,7% (IC95% 82,5;88,5). Renda familiar per capita elevada e consulta médica recente associaram-se à menor taxa de não realização do exame na análise multivariada. O desconhecimento da doença, das causas e dos meios de prevenção correlacionou-se com a chance de não adesão ao rastreamento. Vinte por cento das mulheres relataram realização do exame em caráter oportunístico, e não rotineiro.

CONCLUSÕES: A cobertura informada é elevada, acima do recomendado para controle do câncer do colo uterino. O programa preventivo apresenta caráter oportunístico, sobretudo para as mulheres mais vulneráveis (com baixa renda e pouca informação sobre a doença). Estudos sobre a qualidade diagnóstica da citologia cervicovaginal e dos itinerários terapêuticos dos casos positivos são necessários para compreensão das barreiras para o controle do câncer do colo uterino.

DESCRITORES: Neoplasias do Colo do Útero, prevenção & controle. Prevenção de Câncer de Colo Uterino. Teste de Papanicolaou. Cobertura de Serviços de Saúde. Programas de Rastreamento.

^I Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Roraima. Boa Vista, RR, Brasil

^{II} Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Roraima. Boa Vista, RR, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Cibelli Navarro
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 bloco C
Aeroporto
69310-005 Boa Vista, RR, Brasil
E-mail: cibellinavarro@yahoo.com.br

Recebido: 3/5/2014

Aprovado: 27/10/2014

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the coverage of a cervical cancer screening program in a city with a high incidence of the disease in addition to the factors associated with non-adherence to the current preventive program.

METHODS: A cross-sectional study based on household surveys was conducted. The sample was composed of women between 25 and 59 years of age of the city of Boa Vista, RR, Northern Brazil who were covered by the cervical cancer screening program. The cluster sampling method was used. The dependent variable was participation in a women's health program, defined as undergoing at least one Pap smear in the 36 months prior to the interview; the explanatory variables were extracted from individual data. A generalized linear model was used.

RESULTS: 603 women were analyzed, with an mean age of 38.2 years (SD = 10.2). Five hundred and seventeen women underwent the screening test, and the prevalence of adherence in the last three years was up to 85.7% (95%CI 82.5;88.5). A high *per capita* household income and recent medical consultation were associated with the lower rate of not being tested in multivariate analysis. Disease ignorance, causes, and prevention methods were correlated with chances of non-adherence to the screening system; 20.0% of the women were reported to have undergone opportunistic and non-routine screening.

CONCLUSIONS: The informed level of coverage is high, exceeding the level recommended for the control of cervical cancer. The preventive program appears to be opportunistic in nature, particularly for the most vulnerable women (with low income and little information on the disease). Studies on the diagnostic quality of cervicovaginal cytology and therapeutic schedules for positive cases are necessary for understanding the barriers to the control of cervical cancer.

DESCRIPTORS: Uterine Cervical Neoplasms, prevention & control. Cervix Neoplasms Prevention. Papanicolaou Test. Health Services Coverage. Mass Screening.

INTRODUÇÃO

Apesar de o câncer do colo uterino (CCU) ser a neoplasia com maior potencial de prevenção, ela ainda constitui importante problema de saúde pública no Brasil, sendo a que mais causa óbito de mulheres jovens (15 a 44 anos de idade).^a Até o ano de 2013, os esforços do Ministério da Saúde para controlar o CCU concentraram-se, exclusivamente, no rastreamento da população feminina sexualmente ativa (25 a 64 anos) pelo exame Papanicolaou.^b Entretanto, são estimados quase 16.000 novos casos de CCU para o Brasil, em 2014 (15,3/100.000).^c

Na região Norte, o CCU representa problema ainda maior. O Instituto Nacional de Câncer estima incidência

de 26,6/100.000 em 2014 para a cidade de Boa Vista, RR que vem se mantendo estável nos últimos anos. Entretanto, estudo⁷ de base populacional realizado no estado, em 2010, mostrou taxa de incidência de CCU (46/100.000) maior do que as estimativas oficiais.

Muitos fatores podem contribuir para explicar o sucesso apenas parcial dos programas de rastreamento na região Norte do Brasil, como: peculiaridades culturais dos povos nativos, isolamento geográfico, limitações inerentes à própria técnica do teste de Papanicolaou, falhas no acompanhamento das lesões pré-malignas e adoção de condutas inadequadas.^{8,12} A cobertura populacional

^a World Health Organization. ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Summary report on HPV and cervical cancer statistics in Brazil. Geneva; 2014 [citado 2014 jan 1]. Disponível em: <http://www.hpvcentre.net>

^b Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo de útero. Brasília (DF); 2014 [citado 2014 jan 1]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.PDF

^c Ministério da Saúde. Incidência de Câncer no Brasil: estimativa 2014. Brasília (DF); 2014 [citado 2014 jan 1]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014>

da estratégia preventiva é um fator crucial nesse processo. No Brasil, aspectos relacionados à oferta e acesso aos sistemas de saúde têm sido amplamente estudados e apontados como etapa limitante para o controle do CCU em diversas regiões.^{1,6}

Regiões de elevada incidência de CCU costumam apresentar programas de rastreamento predominantemente oportunistas – e não sistemáticos e organizados – apresentando abrangência limitada, gerando multiplicidade de exames num mesmo indivíduo e tendendo a negligenciar mulheres que mais se beneficiariam do exame de rastreamento.¹¹ O conhecimento da abrangência de um programa preventivo e dos fatores relacionados à baixa adesão ao modelo proposto pode auxiliar na elaboração de políticas públicas mais efetivas e alinhadas à realidade territorial.

O objetivo deste estudo foi analisar a cobertura do programa de rastreamento do câncer do colo uterino, em município com alta incidência da doença e os fatores relacionados à não adesão ao programa preventivo vigente.

MÉTODOS

Estudo transversal, utilizando inquérito domiciliar, conduzido no município de Boa Vista, estado de Roraima, localizado na Amazônia Legal, região Norte do Brasil, com população de 285 mil habitantes. Boa Vista concentra aproximadamente 65,0% da população do estado,^d sendo que a Estratégia Saúde da Família abrange 75,0% de sua população. A população alvo da pesquisa incluiu mulheres entre 25 e 59 anos residentes no município estudado há pelo menos três anos. Apesar de recentemente o Ministério da Saúde ter estendido a faixa etária da população alvo para até 64 anos, o limite de 59 anos foi utilizado neste estudo em virtude da pesquisa ser retroativa ao período que vigorava o limite anterior. Considerando a prevalência estimada de cobertura de 80,0% para o rastreamento do CCU, baseada em inquérito nacional^b realizado em 2008, pelo IBGE, e assumindo distribuição normal para o intervalo de confiança de 95% (IC95%) e um erro aceitável de 5%, obteve-se tamanho amostral mínimo de 550 sujeitos de pesquisa, assumindo perda de 10,0%. Para a avaliação de fatores de risco, o tamanho amostral tem poder de 90,0% para detectar uma *odds ratio* (OR) ajustada maior que 1,5 com intervalo de confiança de 95%, assumindo uma taxa de recusa de 10,0%.

O método de amostragem foi aleatório por conglomerado. Os bairros da zona urbana do município de Boa Vista são compostos por 4.902 quarteirões. Estes foram enumerados e sorteados por software gerador de números aleatórios. Os quarteirões sorteados foram ajustados (peso) à população habitante em cada macroárea

do município. Entre junho e agosto de 2013, nos fins de semana, os pesquisadores visitaram os quarteirões sorteados, pela ordem de sorteio até alcançar a meta amostral. Todas as mulheres residentes no quarteirão sorteado foram abordadas em seus domicílios e convidadas a participar do estudo. Foram excluídas 208 mulheres que estavam presentes, mas não residiam no domicílio, que estavam fora da faixa etária estabelecida, ou que haviam residido em outro município nos últimos três anos e as que não aceitaram participar na pesquisa. Foi utilizado formulário previamente testado, em entrevista face a face na residência do entrevistado, durante um período de 30 min, preferencialmente na ausência de co-residentes.

O principal desfecho avaliado foi a adesão ao programa de saúde da mulher, definida como a realização de pelo menos um teste de Papanicolaou nos 36 meses anteriores à data da entrevista, independente do resultado do teste e do local da realização. As informações individuais coletadas foram: dados sociodemográficos, nível de escolaridade (ensino fundamental como ponto de corte), conhecimento sobre HPV e CCU, dados clínicos pessoais e familiares, visita de agente de saúde, histórico de visitas médicas, e motivos pessoais para não realização do exame.

Após a pesquisa de campo, para cada entrevistador foram sorteadas 10,0% das fichas para controle de qualidade. As mulheres sorteadas foram novamente entrevistadas, via telefone, quanto às perguntas consideradas “chaves”. As respostas dessas questões foram comparadas com as obtidas na primeira fase. Nenhum questionário foi descartado.

Análise estatística descritiva incluiu frequência de distribuição para variáveis categóricas e médias (com desvio padrão) e medianas (com intervalos interquartis) para variáveis contínuas, com distribuição normal e não normal, respectivamente. A prevalência do desfecho foi definida como número de mulheres rastreadas pelo menos uma vez, nos últimos três anos, por 100 voluntárias entrevistadas, e ajustada à estrutura etária do município. Os IC95% foram estimados baseados em distribuição binomial. Para comparação de médias amostrais, foi utilizado o teste *t* de Student para variáveis de distribuição normal e com homogeneidade de variâncias amostrais. Para as demais variáveis, foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Foi utilizado o teste Qui-quadrado para comparar diferenças de proporções de variáveis categóricas. *Odds ratio* (OR) e IC95% foram calculados em análise bivariada e *odds ratio* ajustada (OR_a) em análise multivariada por regressão logística. O critério de seleção de variáveis explicativas para entrada na análise multivariada foi o valor crítico de $p < 0,15$ na análise bivariada.

^d Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Brasília (DF); 2010 [citado 2014 jan 1]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf

Os dados foram tabulados por dupla digitação e analisados utilizando-se o software EpiInfo versão 7.1.3 (CDC, Atlanta, USA).

O estudo foi aprovado pelo o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima (Processo 111.007 – CEP/UFRR). Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Foram incluídas 603 mulheres no estudo. A média de idade foi de 38,2 anos (DP = 10,2). A maioria das mulheres (54,8%) era casada ou possuía união estável. Quase metade possuía ensino médio completo (46,0%), sendo apenas 1,6% analfabetas (1,6%) e 28,6% voluntárias com nível superior completo ou incompleto (Tabela 1). Dentre as entrevistadas, 517 haviam realizado o exame preventivo nos últimos três anos, uma prevalência de adesão ajustada de 85,6% (IC95% 82,5;88,5) e 443 haviam realizado o exame no último ano, com prevalência de 72,8% (IC95% 68,6;77,0). A maior prevalência de adesão (90,0%) foi observada na faixa etária de 20 a 34 anos e a menor (76,0%), de 50 a 54 anos (Figura). O principal motivo informado para a realização do preventivo foi a rotina periódica (n = 411; 79,5%). Outros motivos alegados por 20,5% das mulheres incluíram gestações, queixas ginecológicas e visita à unidade de saúde por outros motivos. A Tabela 2 descreve as características das mulheres adimplentes com o exame preventivo.

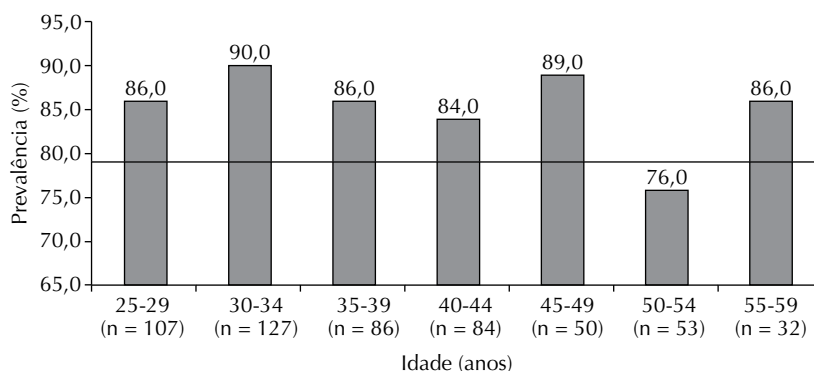
Dentre as 86 voluntárias que nunca haviam realizado o exame preventivo, 75,6% não respondeu o motivo, 10,5% referiu vergonha ou medo, 5,8% afirmaram não o achar necessário, 2,4% relatou dificuldade para marcar consulta ou encontrar vaga e 2,4% referiram outros motivos pessoais. Falta de tempo, desinteresse e ausência de recomendação médica foram motivos relatados por outras três mulheres (1,1% cada).

A prevalência de adesão ao programa preventivo foi semelhante entre mulheres com até 35 anos de idade e maiores de 35 anos (12,0% *versus* 16,0%, respectivamente). O estado marital e a escolaridade não alteraram a proporção de inadimplência do exame preventivo. A Tabela 3 correlaciona variáveis individuais e variáveis de conhecimento sobre a doença com a não adesão ao programa preventivo do CCU.

Duas variáveis individuais demonstraram influenciar a frequência de inadimplência com o exame preventivo em análise univariada, e foram reavaliadas em análise multivariada, a saber: (i) consulta médica no último ano em relação às mulheres sem consulta (8,8% *versus* 34,6%; p < 0,0001) e (ii) renda familiar per capita superior a R\$1.000,00 em relação à renda familiar per capita inferior (5,9% *versus* 16,6%; p < 0,001). Destas,

Tabela 1. Dados socioeconômicos, conhecimento sobre a doença e estilo de vida de mulheres entre 25 e 59 anos. Boa Vista, RR, 2013. (N = 603)

Dados demográficos e pessoais	n	%
Estado conjugal		
Casada/União estável	330	54,8
Solteira	212	35,3
Viúva/Separada	60	9,9
Escolaridade		
Analfabetismo	10	1,6
Ensino fundamental	144	23,8
Ensino médio	277	46,0
Ensino superior	136	22,6
Pós-graduação	36	6,0
Possui plano ou seguro de saúde		
Sim	85	14,1
Não	509	84,4
Não respondeu	9	1,5
Renda familiar per capita		
≤ R\$1.000,00	464	77,0
> R\$1.000,00	119	19,7
Não respondeu	20	3,3
Recebimento de auxílio financeiro governamental		
Sim	260	43,1
Não	343	56,9
Número de habitantes no domicílio		
> 5 pessoas	114	18,9
≤ 5 pessoas	489	81,1
Tabagismo		
Sim	166	27,5
Não	437	72,5
Uso regular de bebida alcoólica		
Sim	26	4,3
Não	577	95,7
Histórico familiar de câncer do colo uterino		
Sim	96	15,9
Não	507	84,1
Realização consulta médica no último ano		
Sim	476	79,0
Não	127	21,0
Recebeu visita de profissional de saúde em domicílio no período estudado		
Sim	155	25,7
Não	447	74,3
Sabe que a causa do câncer do colo uterino é um vírus		
Sim	100	16,6
Não	503	83,4
Sabe qual é o vírus causador do câncer do colo uterino		
Sim	100	16,6
Não	503	83,4
Sabe qual exame detecta o câncer do colo uterino		
Sim	565	93,7
Não	38	6,3
Sabe quando iniciar o rastreamento		
Sim	329	54,6
Não	274	45,4
Sabe a periodicidade do rastreamento		
Sim	313	51,9
Não	290	48,1



Nota: A linha horizontal representa a meta de cobertura de rastreamento do Ministério da Saúde.^b

Figura. Prevalência de mulheres adimplentes com exame preventivo do câncer de colo uterino em período sucessivo por três anos, por faixa etária (n = 517). Boa Vista, RR, 2013.

a variável com maior influência sobre o desfecho foi a realização de consulta médica no ano anterior, que reduziu a chance de inadimplência em aproximadamente 60,0% ($OR_a = 0,4$; IC95% 0,1;0,7). Das cinco variáveis sobre o conhecimento da doença e sua prevenção, quatro influenciaram o desfecho. Saber o nome do vírus reduziu em 10 pontos percentuais a prevalência de inadimplência em relação às que não detinham esse conhecimento (6,0% *versus* 16,9%, respectivamente; $OR_a = 0,5$; IC95% 0,2;0,8). Saber qual exame detecta o CCU apresentou menor prevalência de inadimplência (13,2% *versus* 29,0%, respectivamente; $OR_a = 0,5$; IC95% 0,2;0,9). As demais variáveis avaliadas não se correlacionaram com diferença estatisticamente significativa.

DISCUSSÃO

A prevalência de cobertura do exame preventivo em Boa Vista foi de 85,6%. Duas variáveis estiveram associadas à inadimplência do exame: possuir renda per capita superior a R\$1.000,00 e realizar consulta médica no último ano.

Este estudo avaliou a cobertura do programa preventivo baseado no teste de Papanicolaou na cidade de Boa Vista, RR, em função da elevada taxa de incidência de CCU nessa localidade, de acordo com estudo⁷ de base populacional recentemente divulgado. Em 2008, o IBGE divulgou o resultado da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)^e referente a acesso e utilização de serviços de saúde, entre outros dados. Nesse inquérito, 72,7% das roraimenses entre 25 e

60 anos afirmaram ter realizado o exame, ao passo que para a região Norte essa taxa foi de 76,9% e, para o Brasil, de 78,4%. Dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)^f de 2012, realizado pelo Ministério da Saúde, mostrou que 79,6% das mulheres de Roraima informaram ter realizado o exame nos últimos três anos, uma prevalência de adesão acima da média nacional.

Neste estudo, a prevalência de mulheres rastreadas nos últimos três anos foi de 85,6%, semelhante ao informado pelo Vigitel.^f A prevalência de mulheres que referiram ter realizado o exame no último ano foi semelhante ao dado do IBGE (72,7%). Segundo a Organização Mundial da Saúde, cobertura populacional de 80,0% seria suficiente para reduzir significativamente a incidência e a mortalidade por CCU,^a como o que foi registrado no Paraná, estado brasileiro que conseguiu reduzir em 50,0% a mortalidade por CCU após força tarefa que expandiu a cobertura do rastreamento de 60,0% para 86,0% entre 1997 e 2002.³ Entretanto, observa-se cenário diferente neste estudo, pois Boa Vista, apesar da elevada cobertura, ainda apresenta alta incidência da doença.

Alguns fatores podem explicar esse paradoxo. Em relação às mulheres que estavam adimplentes com a estratégia de rastreamento, mais de 20,0% foram levadas a realizar o exame de modo oportunístico (por gravidez, consulta médica ou, sobretudo, por queixa ginecológica). Geralmente, diante de queixas, como prurido e leucorreia, as mulheres procuram assistência médica e

^e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: PNAD 2008. Um Panorama da Saúde no Brasil - Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Brasília (DF); 2008 [citado 2014 jan 1]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf

^f Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013 [citado 2014 jan 1]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2012.pdf

Tabela 2. Características pessoais das mulheres (N = 517) que realizaram o exame preventivo em período sucessivo por três anos. Boa Vista, RR, 2013.

Característica	n	%
Quando realizou último exame preventivo?		
Há menos de 1 ano	443	85,7
Há 2 anos	73	14,3
Há 3 anos	0	0,0
Qual o motivo da realização do exame?		
Queixa ginecológica	57	11,0
Pré-natal	20	3,9
Campanhas de prevenção	12	2,3
Realiza periodicamente	411	79,5
Consulta médica oportunistica	13	2,5
Com que regularidade realiza o exame?		
Uma vez por ano	398	77,0
A cada 2 anos	44	8,5
A cada 3 anos	6	1,2
De 5 a 10 anos	4	0,8
Não soube responder	65	12,5
Foi orientada por profissional de saúde a realizar o exame?		
Sim	253	49,0
Não	264	51,0
Após realizar o exame, retornou para buscar o resultado?		
Sim	495	95,7
Não	20	3,9

recebem orientação para realizar o exame preventivo.¹² Esse modelo está associado à percepção das mulheres de que o exame somente é necessário em condições de enfermidade ou sintomas, quando na verdade deve ser realizado nas mulheres assintomáticas, rotineiramente. Corrobora com esta informação a constatação de que a realização de consulta médica, no ano anterior, reduziu em 60,0% a chance de inadimplência com o rastreamento neste estudo. Uma característica de programas de rastreamento oportunisticos é o excesso de exames numa mesma mulher, no mesmo ano, e a exclusão de outras, provavelmente as que mais se beneficiariam dele.¹¹

Outros fatores podem explicar a ineficiência do programa de rastreamento em Roraima, como dificuldades na confirmação diagnóstica, no acompanhamento e no tratamento das lesões intraepiteliais e malignas. Cobertura adequada do rastreamento colabora com o controle do CCU apenas se as etapas subsequentes forem cumpridas. Evidências indicam baixa capacidade da rede laboratorial do Sistema Único de Saúde em identificar lesões intraepiteliais,¹⁰ falhas no seguimento dos casos positivos⁹ e deficiência de recursos humanos adequados, sobretudo nas regiões menos desenvolvidas do País.^{6,12} A qualidade destes processos ainda não foi investigada em

Roraima, levando à necessidade de estudos sobre essas etapas para nortear políticas e intervenções, visando ao controle efetivo de CCU nesse estado.

Os fatores individuais idade, escolaridade e estado marital não demonstraram influenciar o desfecho. Baixa renda foi o principal fator socioeconômico relacionado à não adesão neste estudo. Albuquerque et al² mostraram que, em Pernambuco, as características relacionadas à não realização do exame foram: ensino fundamental incompleto, ser solteira e não ter consultado um médico nos últimos 12 meses. No Rio Grande do Sul, o fator mais importante para a baixa adesão à prevenção do CCU foi a baixa escolaridade,⁵ sendo relatada forte associação entre a presença de alteração celular epitelial e escolaridade inferior ao ensino fundamental. Borges et al⁴ realizaram estudo de base populacional em 2012, na cidade de Rio Branco, AC, e constataram que mulheres sem união estável, com baixa renda e escolaridade até o ensino fundamental apresentaram maior estimativa de risco para não realização do exame.

Variáveis relacionadas ao conhecimento da mulher sobre o CCU se correlacionaram fortemente com a adesão ao programa preventivo neste estudo. Apesar de a maioria das entrevistadas relatarem corretamente que o teste de Papanicolaou pode prevenir o CCU, apenas metade respondeu corretamente o intervalo de realização e o momento de início do rastreio; somente 16,6% souberam correlacionar o vírus do papiloma humano (HPV) com CCU. Esses dados sugerem que ações governamentais que visem a melhorar o conhecimento público sobre o CCU podem resultar em modelo de atenção mais abrangente, sistemático e efetivo.

O método de amostragem utilizado, por conglomerado, constitui uma das limitações deste estudo, pois pode falhar em tornar a amostra fielmente representativa da população. Adicionalmente, o delineamento transversal não permitiu a utilização da temporalidade como critério de causalidade, uma vez que fatores de risco e desfecho foram aferidos ao mesmo tempo e o viés da causalidade reversa não pode ser eliminado. O tema abordado é de natureza pessoal e íntima, relacionada à saúde reprodutiva da mulher, e pode ter influenciado os resultados. Entretanto, o tamanho amostral alcançado e os corretos procedimentos de pesquisa adotados fortalecem a confiabilidade dos dados.

Conclui-se que a cobertura do programa de rastreamento de CCU em Boa Vista foi de 85,6%, acima da meta sugerida pela OMS para o controle da doença. Portanto, atenção especial deve ser dada à qualidade diagnóstica das lâminas de citologia cervical e aos itinerários terapêuticos dos casos positivos para a elucidação das barreiras, visando ao efetivo controle do CCU. Os dados apontam ainda que o desconhecimento da doença e dos mecanismos de prevenção são fatores de risco para não adesão ao programa preventivo, para

Tabela 3. Correlação entre variáveis individuais e de conhecimento das mulheres e a não realização do exame de Papanicolaou no período sucessivo de três anos, em análise univariada e multivariada. Boa Vista, RR, 2013.

Variáveis explicativas	Não realização do exame preventivo nos últimos 3 anos (%)	p	OR _{univariada}	OR _{ajustada}
Renda familiar per capita ≤ R\$1.000,00	16,6	< 0,001	3,1 (1,4 a 7,0)	2,8 (1,2 a 6,7)
Renda familiar per capita > R\$1.000,00	5,9		1	1
Realizar consulta médica no último ano	34	< 0,0001	0,2 (0,1 a 0,3)	0,4 (0,1 a 0,7)
Não realizar	8,8		1	1
Saber o nome do vírus causador do CCU	6,0	< 0,01	0,3 (0,1 a 0,8)	0,5 (0,2 a 0,8)
Não saber	16,9		1	1
Saber qual exame detecta o CCU	13,2	0,02	0,3 (0,1 a 0,8)	0,5 (0,2 a 0,9)
Não saber	29,0		1	1
Saber quando deve se iniciar o rastreamento	9,7	< 0,001	0,4 (0,2 a 0,7)	0,6 (0,2 a 0,8)
Não saber	19,7		1	1
Saber da existência de vacina para prevenir o CCU	5,4	< 0,0001	0,2 (0,1 a 0,5)	0,6 (0,2 a 0,9)
Não saber	17,1		1	1
Idade > 35 anos	16,0	ns	0,7 (0,4 a 1,1)	–
Idade ≤ 35 anos	12,0		1	
Escolaridade até ensino fundamental	22,5	ns	2 (1,2 a 3,4)	–
Ensino médio ou superior	12,4		1	
Ser solteira/Viúva/Separada	15,7	ns	0,8 (0,5 a 1,2)	–
Ser casada/União estável	13,0		1	
Receber auxílio governamental	15,4	ns	1,7 (0,7 a 1,8)	–
Não receber auxílio governamental	13,4		1	
Mais de 5 familiares co-habitantes	14,0	ns	0,9 (0,5 a 1,7)	–
Até 5 familiares	14,3		1	
Tabagista	15,6	ns	1,1 (0,7 a 1,9)	–
Não tabagista	13,7		1	
Usar álcool	15,4	ns	1,1 (0,3 a 3,2)	–
Não usar álcool	14,2		1	
Ter história familiar de CCU	17,7	ns	1,3 (0,7 a 2,4)	–
Não ter história familiar de CCU	13,6		1	
Não receber visita domiciliar de profissional de saúde no último ano	14,1	ns	1,0 (0,6 a 1,8)	–
Receber visita	14,8		1	
Saber a periodicidade do rastreio	13,7	ns	0,9 (0,5 a 1,4)	–
Não saber a periodicidade	14,8		1	

CCU: câncer do colo uterino; ns: não significativo ($p > 0,15$) para a análise univariada

importante parcela da população, em especial a de baixa renda. Deve-se expandir o rastreamento para os grupos mais vulneráveis da sociedade e elaborar estratégias preventivas amplas, efetivas e alinhadas à realidade.

AGRADECIMENTOS

À Coopebras/Roraima por colaborar com a logística de transporte durante a pesquisa de campo.

REFERÊNCIAS

1. Albuquerque CLF, Costa MP, Nunes FM, Freitas RWJF, Azevedo PRM, Fernandes JV, et al. Knowledge, attitudes and practices regarding the Pap test among women in northeastern Brazil. *Sao Paulo Medical J.* 2014;132(1):3-9. DOI:10.1590/1516-3180.2014.1321551
2. Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLT, Aquino EML, Menezes G, Szwarcwald CL. 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 Saude Publica.* 2009;25 Suppl 2:301-9. DOI:10.1590/S0102-311X2009001400012
3. Bleggi Torres LF, Werner B, Totsugui J, Collaco LM, Araujo SR, Huculak M, et al. Cervical cancer screening program of Parana: cost-effective model in a developing country. *Diagn Cytopathol.* 2003;29(1):49-54.
4. Borges MF, Dotto LMG, Koifman RJ, Cunha MA, Muniz PT. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. *Cad Saude Publica.* 2012;28(6):1156-66. DOI:10.1590/S0102-311X2012000600014
5. Cesar JA, Horta BL, Gomes G, Houlthausen RS, Willrich RM, Kaercher A, et al. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. *Cad Saude Publica.* 2003;19(5):1365-72. DOI:10.1590/S0102-311X2003000500014
6. Corrêa DAD, Villela WV. O controle do câncer do colo do útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2008;8(4):491-7. DOI:10.1590/S1519-38292008000400015
7. Fonseca AJ, Ferreira LP, Dalla-Benetta AC, Navarro C, Ferreira ML. Epidemiologia e impacto economico do cancer de colo de utero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010;32(8):386-92. DOI:10.1590/S0100-72032010000800005
8. Gontijo RC, Derchain SFM, Montemor EBL, Sarian LOZ, Serra MMP, Zeferino LC, et al. Citologia oncológica, captura de híbridos II e inspeção visual no rastreamento de lesões cervicais. *Cad Saude Publica.* 2005;21(1):141-9. DOI:10.1590/S0102-311X2005000100016
9. Santos RS, Melo ECP, Santos KM. Análise espacial dos indicadores pactuados para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. *Texto Contexto - Enferm.* 2012;21(4):800-10. DOI:10.1590/S0104-07072012000400010
10. Thuler LCS, Zardo LM, Zeferino LC. Perfil dos laboratórios de citopatologia do Sistema Único de Saúde. *J Bras Patol Med Lab.* 2007;43(2):103-14. DOI:10.1590/S1676-24442007000200006
11. Vale DBAP, Morais SS, Pimenta AL, Zeferino LC. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2010;26(2):383-90. DOI:10.1590/S0102-311X2010000200017
12. Zeferino LC. The challenge of reducing mortality due to cervical cancer. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(5):213-5. DOI:10.1590/S0100-72032008000500001

Baseado na dissertação de mestrado de Navarro C, intitulada: "Avaliação da cobertura do exame de Papanicolaou e seus fatores determinantes em capital brasileira de elevada incidência de câncer de colo de útero", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, em 2014. Os autores declaram não haver conflito de interesses.