



## Avaliação da não realização do exame Papanicolaou por meio do Sistema de Vigilância por inquérito telefônico\*

Evaluation of non-attendance for Pap test through the Surveillance System by telephone survey  
Evaluación de la no realización del examen Papanicolaou por medio del Sistema de Vigilancia por encuesta telefónica

Sabrina Daros Tiensoli<sup>1</sup>, Mariana Santos Felisbino-Mendes<sup>1</sup>, Gustavo Velasquez-Melendez<sup>1</sup>

### Como citar este artigo:

Tiensoli SD, Felisbino-Mendes MS, Velasquez-Melendez G. Evaluation of non-attendance for Pap test through the Surveillance System by telephone survey. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03390. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017029503390>

\* Extraído da dissertação: "Fatores associados à não realização de exame preventivo de câncer do colo do útero", Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, MG, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To estimate the prevalence of the Pap test and analyze the factors associated with its non-attendance by Brazilian women. **Method:** Cross-sectional, population-based study in which were used Vigitel (Surveillance System for Protective and Risk Factors for Chronic Diseases by Telephone Survey) data and were included women in the target age range of the screening. The coverage and prevalence of non-screening were assessed according to sociodemographic, behavioral and health characteristics. **Results:** Data from 22,580 women were included. About 17.1% of women did not take the Pap test in the three previous years. Women in the age groups of 35-44, 45-54 and 55-64 years showed a higher prevalence of having the test compared to those aged 25-34 years ( $p < 0.05$ ). The following factors were associated with the non-attendance: women with less than 12 years of study ( $p < 0.05$ ), who declared not having a partner ( $p < 0.0001$ ), residents of Northeast, Midwest and North regions ( $p < 0.05$ ), malnourished ( $p = 0.017$ ), who self-assessed their health as negative and presented at least one negative health behavior ( $p < 0.0001$ ). **Conclusion:** Despite the high coverage of this screening, it remains unsatisfactory in population subgroups, such as women living without a partner, with low educational level, malnourished, who self-assessed their health status as negative, and with at least one negative health behavior.

### DESCRIPTORS

Papanicolaou Test; Uterine Cervical Neoplasms; Risk Factors; Social Inequity; Oncology Nursing; Women's Health.

### Autor correspondente:

Gustavo Velasquez-Melendez  
Escola de Enfermagem, UFMG,  
Departamento de Enfermagem  
Materno Infantil e Saúde Pública  
Av. Alfredo Balena, 190  
CEP 30130-100 – Belo Horizonte, MG, Brasil  
guveme@ufmg.br

Recebido 24/07/2017  
Aprovado: 04/06/2018

## INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é o terceiro tipo de câncer mais comum em mulheres no mundo<sup>(1)</sup> e na população feminina brasileira<sup>(2)</sup>, seu principal fator de risco é a infecção persistente pelo Papiloma Vírus Humano (HPV)<sup>(1-4)</sup>. A prevenção pode ser realizada por meio de vacina e da adoção de práticas sexuais seguras, como o uso de preservativos nas relações sexuais<sup>(2-4)</sup>. Porém, há algumas limitações que devem ser reconhecidas: a vacina não inclui todos os subtipos oncogênicos do HPV<sup>(2,4)</sup>, e a transmissão do HPV pode ocorrer também a partir do contato pele a pele das áreas genitais próximas ao pênis e à vagina<sup>(2,4-5)</sup>.

O exame colpocitopatológico ou exame Papanicolaou<sup>(2-3,5-6)</sup> é a principal estratégia de rastreamento para diagnóstico e detecção de lesões precursoras do câncer, principalmente as causadas pelo HPV. Sua realização é recomendada para mulheres entre 25 e 64 anos, que têm ou tiveram vida sexual ativa, por ser o grupo que apresenta maior incidência de lesões precursoras do câncer de colo do útero<sup>(5-6)</sup>. O intervalo entre os exames deve ser de 3 anos após dois exames anuais consecutivos negativos<sup>(2-3)</sup>. Nos casos de exames alterados, a conduta vai depender do tipo de diagnóstico citopatológico anormal encontrado<sup>(5)</sup>.

No Brasil, entre os anos de 2007 e 2012, houve estabilidade na cobertura dos exames Papanicolaou, atingindo 82,0% em 2007 e 82,3% em 2012<sup>(6)</sup>. Exige-se o mínimo de 80% de diagnóstico e tratamento adequados para garantir reduções entre 60% e 90% na incidência do câncer de colo uterino invasivo<sup>(5)</sup>. Porém, ainda são observadas altas taxas de incidência da doença no país<sup>(3,7)</sup>.

As altas taxas de cobertura<sup>(7-10)</sup> devem ser interpretadas com cautela, uma vez que são estimadas a partir da realização do exame por demanda espontânea, ou seja, pelo rastreio oportunístico<sup>(10)</sup>. Nesse sentido, é necessário avaliar os diversos subgrupos que podem estar sub-representados nos índices de cobertura. Por esse motivo, estudos demonstraram coberturas baixas associadas à pobreza<sup>(9-12)</sup>, ao baixo nível de escolaridade<sup>(7-8,10-12)</sup>, à multiparidade<sup>(8,11)</sup>, às idades mais jovens (entre 20 e 30 anos)<sup>(10-12)</sup>, ao elevado índice de massa corporal<sup>(13)</sup> e à ausência de plano de saúde<sup>(11)</sup>. Há, portanto, iniquidades em relação ao uso dos serviços de saúde, as quais precisam ser consideradas para que se tenha uma cobertura mais equânime do exame Papanicolaou<sup>(8)</sup>.

Observa-se que os estudos sobre esse tema foram realizados em populações menores e desenvolvidos em apenas algumas regiões ou cidades do Brasil<sup>(7-10,12,14-15)</sup>, com amostras não representativas da população brasileira. São escassos os estudos de abrangência nacional<sup>(11)</sup>, principalmente os que avaliam possíveis fatores associados à não realização do exame Papanicolaou<sup>(6)</sup>. Diante desse cenário, de possíveis desigualdades no rastreamento e com predomínio do rastreamento oportunístico, o objetivo deste estudo foi estimar a prevalência do exame Papanicolaou e analisar os fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à não realização do exame no Brasil em uma amostra representativa da população brasileira.

Acredita-se que o conhecimento da situação desse rastreamento poderia possibilitar o estabelecimento de

prioridades e a alocação de recursos para a modificação positiva desse cenário, possibilitando a identificação de iniquidades e o direcionamento das ações de rastreamento àquelas mulheres que realmente se beneficiariam do exame Papanicolaou.

## MÉTODO

### TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, cujos dados utilizados foram provenientes do sistema de “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico” (Vigitel), de 2013, realizado por meio de entrevista telefônica junto à população adulta, com idade  $\geq 18$  anos, nas capitais dos 26 Estados e no Distrito Federal<sup>(16)</sup>.

### CENÁRIO

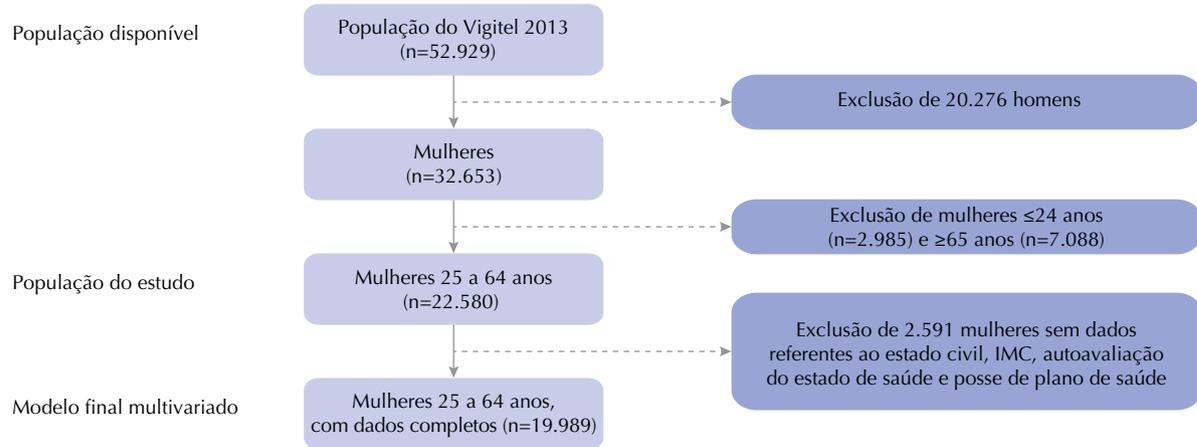
Em 2013, foram amostrados domicílios com pelo menos uma linha telefônica, e o tamanho amostral mínimo foi de 2.000 indivíduos com 18 ou mais anos de idade em cada capital<sup>(16)</sup>. Foram realizadas duas etapas para a amostragem. A primeira consistiu em sorteio mínimo de 5 mil linhas telefônicas por cidade, cadastradas nas empresas telefônicas. É um sorteio estratificado por código de endereçamento postal (CEP), e as linhas sorteadas em cada cidade foram ressorteadas e divididas em réplicas de 200 linhas, por não saber de antemão a proporção de linhas elegíveis<sup>(16)</sup>. Depois da identificação das linhas elegíveis, foi sorteada uma linha, e a partir desta foi sorteado um dos adultos residentes no domicílio, processo que correspondeu à segunda etapa<sup>(16)</sup>. O questionário foi aplicado por meio de entrevistas telefônicas guiadas por computador, realizadas por equipe treinada, e as recusas foram observadas em 3,9% das linhas elegíveis<sup>(16)</sup>.

### POPULAÇÃO

Dos 52.929 entrevistados, 32.653 eram mulheres, sendo que 22.580 delas estavam na faixa etária alvo para o rastreamento do câncer de colo do útero (25 a 64 anos), de acordo com as recomendações nacionais<sup>(2-3,5)</sup>. Para o modelo multivariado, ainda foram excluídas as mulheres que não tinham dados completos para todas as variáveis de interesse, totalizando 19.989 mulheres (Figura 1).

O desfecho principal foi a não realização de exame Papanicolaou nos últimos 3 anos, obtido a partir da pergunta: “A sra. já fez alguma vez exame de papanicolau, exame preventivo de câncer de colo do útero?” E, em seguida, a pergunta: “Quanto tempo faz que a sra. fez exame de papanicolau?”

As exposições foram divididas em: sociodemográficas (faixa etária, escolaridade, estado civil e região), comportamentais e de saúde (índice de massa corporal, atividade física no lazer, consumo recomendado de frutas e hortaliças “cinco ou mais vezes por dia, em cinco ou mais dias da semana”<sup>(16)</sup>, tabagismo e consumo abusivo de álcool, ou seja, “quatro ou mais doses, em uma única ocasião, por pelo menos uma vez nos últimos 30 dias”<sup>(16)</sup>), comportamento negativo em saúde. Essa última categoria foi construída a partir da apresentação de pelo



**Figura 1** – Fluxograma da população estudada.

menos um comportamento negativo em saúde: não realizar atividade física no lazer, não consumir o recomendado de frutas e hortaliças, ser fumante/ex-fumante e consumir álcool abusivamente. Foram consideradas ainda a autoavaliação do estado de saúde e possuir ou não plano de saúde.

#### ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

A análise dos dados incluiu estimativas da cobertura do exame no país, da prevalência de sua não realização e erro-padrão ( $\pm$ EP). Conduziram-se análises ajustadas e não ajustadas dos potenciais fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à não realização do exame nos últimos 3 anos por meio da regressão de Poisson. Estimou-se a Razão de Prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%), e foi utilizado o pacote estatístico Stata, versão 12.1, módulo *Survey*.

#### ASPECTOS ÉTICOS

O consentimento verbal foi obtido por ocasião dos contatos telefônicos com os participantes do estudo, o qual foi

aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos (Conep n.º 355.590/2013)<sup>(16)</sup>.

## RESULTADOS

A cobertura do exame Papanicolaou entre as mulheres brasileiras de 25 a 64 anos foi de 88,1% para alguma vez na vida e de 82,9% para os últimos 3 anos (dados não apresentados neste estudo). A prevalência de não realização do exame variou conforme as características sociodemográficas, comportamentais e de saúde das mulheres (Tabelas 1 e 2).

Em relação às características das mulheres estudadas (n=22.580), a maioria possuía entre 25 e 34 anos (32,0%), apresentava entre 9 e 11 anos de estudo (37,8%), vivia com o companheiro (55,2%) e era da região Sudeste (45,0%). Na análise não ajustada, as faixas etárias de 35 a 44, 45 a 54 e 55 a 64 anos apresentaram menor prevalência de não realização do exame. Por outro lado, possuir menor grau de escolaridade, não ter companheiro e morar na região Nordeste, Centro-Oeste e Norte foram características associadas à maior prevalência de não realização do exame Papanicolaou (Tabela 1).

**Tabela 1** – Prevalência, razão de prevalência e IC95% de não realização de Papanicolaou, de acordo com fatores sociodemográficos – Brasil, 2013.

Características sociodemográficas	n <sup>*</sup>	% <sup>†</sup> ( $\pm$ EP <sup>‡</sup> )	Não realização de Papanicolaou		
			% <sup>†</sup> (IC 95% <sup>§</sup> )	RP <sup>  </sup> (IC 95% <sup>§</sup> )	p
<b>Faixa etária (anos)</b>	<b>22.580</b>				
25 a 34	4.718	32,0 (0,7)	21,2 (19,2-23,3)	Ref.	
35 a 44	5.607	27,4 (0,6)	14,8 (13,3-16,5)	0,62 (0,53-0,73)	<0,0001
45 a 54	6.181	23,6 (0,5)	13,5 (11,9-15,3)	0,60 (0,51-0,71)	<0,0001
55 a 64	6.074	17,0 (0,4)	18,2 (16,2-20,3)	0,82 (0,70-0,97)	0,023
<b>Escolaridade (anos)</b>	<b>22.580</b>				
12 ou mais	8.737	27,8 (0,6)	12,8 (11,3-14,4)	Ref.	
9 a 11	8.563	37,8 (0,6)	16,4 (15,1-17,8)	1,29 (1,10-1,50)	0,001
0 a 8	5.280	34,4 (0,6)	21,4 (19,5-23,4)	1,45 (1,23-1,70)	<0,0001
<b>Estado civil</b>	<b>22.289</b>				
Com companheiro	12.086	55,2 (0,7)	12,8 (11,6-14,1)	Ref.	
Sem companheiro	10.203	44,8 (0,7)	22,4 (20,9-23,9)	1,91 (1,69-2,16)	<0,0001
<b>Região</b>	<b>22.580</b>				
Sul	2.270	8,0 (0,2)	17,1 (16,2-18,1)	Ref.	
Centro-Oeste	3.407	11,4 (0,3)	20,5 (18,4-22,8)	1,71 (1,38-2,11)	<0,0001
Nordeste	7.654	25,7 (0,4)	23,5 (22,2-25,0)	2,01 (1,66-2,42)	<0,0001
Norte	6.002	9,9 (0,2)	18,8 (11,5-15,1)	1,53 (1,24-1,89)	<0,0001
Sudeste	3.247	45,0 (0,7)	11,8 (10,0-13,8)	1,04 (0,83-1,31)	0,684

Nota: \* número amostral; <sup>†</sup> estimativa populacional; <sup>‡</sup> erro-padrão; <sup>§</sup> Intervalo de 95% de confiança; <sup>||</sup> Razão de Prevalência.

Quanto às características comportamentais e de saúde, houve predomínio de mulheres com excesso de peso (50,2%), inativas (72,7%), que não consumiam frutas e hortaliças regularmente (71,6%), não tabagistas (70,3%), que não abusavam do álcool (89,8%), que autoavaliaram o estado de saúde como positivo (62,0%), que não possuíam plano de saúde (52,4%) e que tinham pelo menos um comportamento negativo em saúde (88,2%) (Tabela 2). Na

análise não ajustada, ser desnutrida, sedentária, não consumir o recomendado de frutas e hortaliças, ter autoavaliado sua saúde como negativa, não possuir plano de saúde e apresentar pelo menos um comportamento negativo em saúde foram aspectos que também estiveram associados à maior prevalência de não realização do exame. Ser ex-tabagista esteve associado à maior prevalência de realização do exame (Tabela 2).

**Tabela 2** – Prevalência, razão de prevalência e IC 95% de não realização de Papanicolaou, de acordo com fatores comportamentais e de saúde – Brasil, 2013.

Características comportamentais e de saúde	n <sup>*</sup>	% <sup>†</sup> (±EP <sup>‡</sup> )	Não realização de Papanicolaou		
			% <sup>†</sup> (IC 95% <sup>§</sup> )	RP <sup>§</sup> (IC 95% <sup>  </sup> )	p
<b>IMC¶ (Kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>20.469</b>				
Eutrófica (18,5-24,9)	9.581	47,0 (0,7)	14,8 (13,5-16,2)	Ref.	
Desnutrida (<18,5)	525	2,8 (0,2)	24,8 (19,1-31,7)	1,68 (1,27-2,22)	<0,0001
Sobrepeso (25,0-29,9)	6.710	31,3 (0,6)	14,2 (12,8-15,8)	0,98 (0,85-1,13)	0,852
Obesa (≥30,0)	3.653	18,9 (0,5)	17,1 (15,0-19,4)	1,16 (0,99-1,36)	0,062
<b>Atividade física no lazer**</b>	<b>22.580</b>				
Ativa	7.365	27,3 (0,6)	13,0 (11,6-14,4)	Ref.	
Inativa	15.215	72,7 (0,6)	18,7 (17,5-19,9)	1,33 (1,16-1,53)	<0,0001
<b>Consumo recomendado de frutas e hortaliças**</b>	<b>22.580</b>				
Sim	6.953	28,4 (0,6)	11,1 (9,9-12,4)	Ref.	
Não	15.627	71,6 (0,6)	19,5 (18,3-20,8)	1,72 (1,49-1,98)	<0,0001
<b>Tabagismo</b>	<b>22.580</b>				
Não	16.165	70,3 (0,6)	17,4 (16,3-18,5)	Ref.	
Sim	1.769	10,1 (0,4)	19,8 (16,5-23,4)	1,07 (0,86-1,32)	0,520
Ex-fumantes	4.646	19,6 (0,5)	14,9 (12,8-17,3)	0,82 (0,70-0,95)	0,013
<b>Consumo abusivo de álcool**</b>	<b>22.580</b>				
Não	20.442	89,8 (0,4)	17,3 (16,3-18,3)	Ref.	
Sim	2.138	10,2 (0,4)	15,8 (13,2-18,7)	0,94 (0,77-1,15)	0,566
<b>Autoavaliação do estado de saúde</b>	<b>22.243</b>				
Positiva (muito bom e bom)	14.068	62,0 (0,6)	15,1 (14,0-16,4)	Ref.	
Negativa (regular, ruim, muito ruim)	8.175	38,0 (0,6)	20,0 (18,5-21,6)	1,42 (1,26-1,60)	<0,0001
<b>Posse de plano de saúde</b>	<b>22.512</b>				
Sim	12.310	47,6 (0,6)	11,0 (10,0-12,1)	Ref.	
Não	10.202	52,4 (0,6)	22,4 (20,9-23,9)	2,03 (1,78-2,30)	<0,0001
<b>Comportamento negativo em saúde</b>	<b>22.580</b>				
Nenhum	2.643	11,8 (0,4)	11,4 (9,6-13,5)	Ref.	
Pelo menos um	19.937	88,2 (0,4)	17,9 (16,9-19,0)	1,75 (1,37-2,22)	<0,0001

Nota: \*número amostral; †estimativa populacional; ‡ erro-padrão; §Razão de Prevalência; ||Intervalo de 95% de confiança; ¶índice de massa corporal; \*\*\*150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa<sup>(16)</sup>; ††cinco ou mais vezes por dia, em cinco ou mais dias da semana<sup>(16)</sup>; †††quatro ou mais doses, em uma única ocasião, por pelo menos uma vez nos últimos 30 dias<sup>(16)</sup>.

No modelo ajustado final, observou-se maior prevalência de não realização do Papanicolaou em mulheres com menor escolaridade, que vivem sem companheiro, das regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte, que são desnutridas, que autoavaliaram o seu

estado de saúde como negativo e que têm pelo menos um comportamento negativo em saúde. Por outro lado, as mulheres nas faixas etárias entre 35 e 44 anos, 45 e 54 anos e 55 e 64 anos apresentaram menor prevalência de não realização do exame (Tabela 3).

**Tabela 3** – Razão de Prevalência e IC95%, modelo ajustado final dos fatores associados à não realização do exame Papanicolaou – Brasil, 2013.

Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde	RP* ajustada (IC 95%)†	p
<b>Faixa etária (anos)</b>		
25 a 34	Ref.	
35 a 44	0,63 (0,54-0,73)	<0,0001
45 a 54	0,60 (0,51-0,70)	<0,0001
55 a 64	0,77 (0,65-0,92)	0,004
<b>Escolaridade (anos)</b>		
12 ou mais	Ref.	
9 a 11	1,29 (1,11-1,51)	0,001
0 a 8	1,60 (1,35-1,89)	<0,0001
<b>Estado civil</b>		
Com companheiro	Ref.	
Sem companheiro	1,82 (1,61-2,05)	<0,0001
<b>Região</b>		
Sul	Ref.	
Centro-Oeste	1,61 (1,30-1,98)	<0,0001
Nordeste	1,72 (1,42-2,07)	<0,0001
Norte	1,34 (1,09-1,65)	0,005
Sudeste	0,97 (0,75-1,27)	0,792
<b>IMC<sup>  </sup> (Kg/m<sup>2</sup>)</b>		
Eutrófica (18,5-24,9)	Ref.	
Desnutrida (< 18,5)	1,39 (1,06-1,83)	0,017
Sobrepeso (25,0-29,9)	1,01 (0,88-1,16)	0,816
Obesa (≥ 30,0)	1,15 (0,98-1,36)	0,076
<b>Autoavaliação do estado de saúde</b>		
Positiva (muito bom e bom)	Ref.	
Negativa (regular, ruim, muito ruim)	1,26 (1,11-1,42)	<0,0001
<b>Comportamento negativo em saúde</b>		
Nenhum	Ref.	
Pelo menos um	1,55 (1,21-1,97)	<0,0001

Nota: \*Razão de Prevalência; †Intervalo de 95% de confiança; ||índice de massa corporal.

## DISCUSSÃO

Neste estudo, a cobertura informada foi de 82,9%, acima das metas propostas pela OMS, assim como a encontrada em país europeu (89,1%)<sup>(17)</sup>. Os sistemas de vigilância indicam que a cobertura desse exame se manteve estável entre os anos de 2007 e 2012 no país, em valores acima de 82,0%<sup>(6)</sup>, alcançando as metas do “plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (2011-2022)”<sup>(18)</sup>.

A população brasileira ainda mantém um valor alto da incidência de câncer de colo uterino, 15,85/100.000 em 2016, correspondendo à terceira maior faixa de incidência global, de acordo com classificações propostas (13,6 a 20,6/100.000)<sup>(19)</sup>. Todavia, a incidência diminuiu entre os anos de 2012 e 2015<sup>(3)</sup>, o que pode ser devido à elevada cobertura do exame Papanicolaou nos últimos anos<sup>(6)</sup>. Em países desenvolvidos, com coberturas menores, observa-se incidências também menores, o que pode ser atribuído a um rastreamento mais estratégico e menos oportunístico<sup>(13)</sup>. Além disso, este estudo demonstrou que a cobertura varia de acordo com algumas condições sociodemográficas, comportamentais e de saúde das mulheres.

Houve menor prevalência de não realização do exame entre mulheres de 35 a 64 anos, um dado positivo, uma vez que a incidência de câncer cervical aumenta nas idades de 30 a 39 anos e atinge seu ápice entre os 50 e 60 anos de idade<sup>(4)</sup>.

Estudos mostraram que mulheres mais velhas e de menor renda, ou seja, aquelas com maior risco de desenvolverem câncer cervical, são menos propensas a serem rastreadas<sup>(10,14)</sup>, indicando um potencial acesso inadequado para a realização do exame Papanicolaou.

Assim como neste estudo, a baixa escolaridade é bem documentada na literatura como um determinante social para o desenvolvimento do câncer de colo do útero<sup>(12,15)</sup>. A escolaridade constitui um importante mediador da relação entre nível socioeconômico e percepção da saúde, considerando que indivíduos com maiores níveis de escolaridade adotam estilos de vida mais saudáveis, provavelmente devido ao acesso facilitado aos serviços avançados de saúde<sup>(20-21)</sup> e ao maior conhecimento sobre a doença e suas formas de prevenção<sup>(7-8)</sup>.

Observou-se ainda que mulheres que vivem sem companheiro realizam menos frequentemente o exame quando comparadas às mulheres casadas ou em união estável, corroborando outras pesquisas<sup>(10,12,14-15,22)</sup>. A ampliação da oferta do exame não somente durante as consultas ginecológicas e de pré-natal poderia amenizar o predomínio do rastreamento oportunístico<sup>(14-15)</sup>, estendendo esses benefícios para todas as mulheres da faixa etária alvo, independentemente de sua situação conjugal<sup>(15)</sup>, experiência materna<sup>(15)</sup> e escolaridade<sup>(10,14-15)</sup>.

Neste estudo também se observou a desigualdade de acesso ao exame nas diferentes regiões do país, explicando, provavelmente, as maiores incidências de câncer de colo do útero nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste (23,97/100.000, 20,72/100.000 e 19,49/100.000, respectivamente)<sup>(3)</sup>.

A autoavaliação de saúde como negativa, a presença de pelo menos um comportamento não saudável e a desnutrição também se associaram à maior prevalência de não realização do exame, concordando com estudo anterior<sup>(12)</sup>. Ressalta-se que o fato de o indivíduo autoavaliar o estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim pode ser resultado de escolhas e adoção de hábitos não saudáveis, como o uso do cigarro. Estudo prévio também demonstrou que mulheres que fumam aderiam menos ao exame Papanicolaou, quando comparadas às não fumantes<sup>(23)</sup>, uma situação agravante, tendo em vista que o tabagismo interfere na incidência e na prevalência da infecção pelo HPV e está associado ao câncer cervical invasivo<sup>(2,24)</sup>. Dessa forma, indivíduos que têm hábitos menos saudáveis, como a falta de prática de atividade física, alimentação desequilibrada e alto consumo de álcool podem ser menos propensos a se submeterem a exames preventivos, como o Papanicolaou<sup>(23)</sup>.

A associação entre a desnutrição e a não realização do exame poderia ser explicada se interpretarmos a desnutrição como uma reflexo da pobreza, uma vez que essas condições estão diretamente relacionadas, e a pobreza já foi identificada em outros estudos como um fator relacionado à baixa cobertura do exame Papanicolaou<sup>(9-12)</sup>. Por outro lado, estudo demonstrou a relação entre a não realização do exame em mulheres obesas<sup>(13)</sup>, o que não foi encontrado no presente estudo.

As iniquidades observadas na realização do exame Papanicolaou e o acesso aos serviços de saúde aparecem como potenciais explicações para a alta incidência de câncer. A realização do exame em intervalos menores do que o recomendado e sem futura adesão a outros também aponta uma cobertura alta, porém insatisfatória, uma vez que essa repetição do exame fora do intervalo recomendado diminui a efetividade do programa de rastreamento e seus benefícios.

Ressalta-se que o programa de rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil tem sido caracterizado como oportunístico, ou seja, está baseado na demanda espontânea e restringe-se às mulheres que procuram o serviço de saúde por diversos motivos<sup>(7)</sup>, ao contrário do que acontece em países desenvolvidos, onde o rastreamento incorpora mecanismos para recrutamento da população-alvo. O rastreamento oportunístico pode resultar em desigualdades no acesso e no uso ineficiente de recursos<sup>(7)</sup>. Ademais, a realização do exame preventivo e sua sequência são fundamentais para o sucesso da prevenção. A falta de seguimento posterior frente a um resultado do exame positivo pode diminuir a chance de intervir em lesões precursoras do câncer cervical<sup>(5)</sup>.

A educação permanente em saúde é importante para a prevenção do câncer de colo do útero. A intervenção do profissional da saúde por telefone, com um lembrete sobre

o exame e agendamento posterior, é uma possível estratégia para adequar a adesão de mulheres que não estão com periodicidade adequada ao exame colpocitológico<sup>(25)</sup>.

Embora possa ser reconhecido como um dos poucos estudos recentes que utiliza dados nacionais com uma amostra representativa da população brasileira, algumas limitações podem ser indicadas, como ter sido realizado em um grupo da população brasileira que é residente nas capitais do país e que possui telefone fixo. Essa limitação foi amenizada pelas estratégias amostrais de pós-estratificação utilizadas. Deve-se considerar também a potencial subestimação de mulheres de baixa escolaridade, uma vez que a informação sobre a realização do exame Papanicolaou pode depender do seu reconhecimento e da recordação do nome do exame.

## CONCLUSÃO

Foi demonstrada uma alta cobertura global do exame preventivo, porém, essa cobertura ainda é insatisfatória em alguns subgrupos populacionais, como mulheres que vivem sem companheiro, que têm baixa escolaridade, que são desnutridas, que autoavaliaram seu estado de saúde como negativo e que possuem pelo menos um comportamento negativo em saúde.

## RESUMO

**Objetivo:** Estimar a prevalência do exame Papanicolaou e analisar fatores associados à sua não realização pelas mulheres brasileiras. **Método:** Estudo transversal, de base populacional, que utilizou dados do Vigitel e incluiu mulheres na faixa etária alvo do rastreio. Avaliaram-se a cobertura e a prevalência de não realização do rastreamento segundo características sociodemográficas, comportamentais e de saúde. **Resultados:** Foram incluídos dados de 22.580 mulheres. Cerca de 17,1% das mulheres não realizaram o exame nos últimos 3 anos. Mulheres nas faixas etárias de 35 a 44, 45 a 54 e 55 a 64 anos, apresentaram maior prevalência de realização quando comparadas às de 25 a 34 anos ( $p < 0,05$ ). Os fatores associados à não realização do exame foram: mulheres com menos de 12 anos de estudo ( $p < 0,05$ ), que declararam não ter companheiro ( $p < 0,0001$ ), residentes nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte ( $p < 0,05$ ), desnutridas ( $p = 0,017$ ), que autoavaliaram sua saúde como negativa e que apresentaram pelo menos um comportamento negativo em saúde ( $p < 0,0001$ ). **Conclusão:** Apesar da elevada cobertura do exame, ela ainda é insatisfatória em subgrupos populacionais, como mulheres que vivem sem companheiro, com baixa escolaridade, desnutridas, que autoavaliam seu estado de saúde como negativo e que possuem pelo menos um comportamento negativo em saúde.

## DESCRITORES

Teste de Papanicolaou; Neoplasias do Colo do Útero; Fatores de Risco; Iniquidade Social; Enfermagem Oncológica; Saúde da Mulher.

## RESUMEN

**Objetivo:** Estimar la prevalencia del examen Papanicolaou y analizar los factores asociados con su no realización por la mujeres brasileñas. **Método:** Estudio transversal, de base poblacional, que utilizó datos del Vigitel e incluyó a mujeres en el rango de edad blanco del rastreio. Se evaluaron la cobertura y la prevalencia de no realización del rastreio según los rasgos sociodemográficos, sanitarios y de comportamiento. **Resultados:** Fueron incluidos datos de 22.580 mujeres. Un 17,1% de las mujeres no realizaron el examen los últimos tres años. Mujeres en los rangos de edad de 35 a 44, 45 a 54 y 55 a 64 años presentaron mayor prevalencia de realización cuando comparadas con las de 25 a 34 años ( $p < 0,05$ ). Los factores asociados con la no realización del examen fueron: mujeres con menos de 12 años de estudio ( $p < 0,05$ ), quienes manifestaron no tener a compañero ( $p < 0,0001$ ), residentes en las regiones Nordeste, Centro Oeste y Norte ( $p < 0,05$ ), desnutridas ( $p = 0,017$ ), que autoevaluaron su salud como negativa y que presentaron por lo menos un comportamiento negativo en salud ( $p < 0,0001$ ). **Conclusión:** Pese a la elevada cobertura del examen, todavía es insatisfactoria en subgrupos poblaciones, como mujeres que viven sin compañero, con baja escolaridad, desnutridas, que autoevaluaron su estado de salud como negativo y que tienen por lo menos un comportamiento sanitario negativo.

## DESCRIPTORES

Prueba de Papanicolaou; Neoplasias del Cuello Uterino; Factores de Riesgo; Inequidad Social; Enfermería Oncológica; Salud de la Mujer.

## REFERÊNCIAS

- Schiffman M, Solomon D. Cervical-cancer screening with Human Papillomavirus and cytologic cotesting. *N Engl J Med*. 2013;369(24):2324-31.
- Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de câncer - colo do útero [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [citado 2017 maio 07]. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uterio/definicao](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao)
- Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.

4. World Health Organization. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2017 Mar 02]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf)
5. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: MS; 2013.
6. Malta DC, Jorge AO. Análise de tendência de citologia oncótica e mamografia das capitais brasileiras. Cienc Cult [Internet]. 2014 [citado 2017 mar. 02];66(1):25-9. Disponível em: [http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252014000100012&script=sci\\_arttext](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252014000100012&script=sci_arttext)
7. Ribeiro L, Bastos RR, Vieira MT, Ribeiro LC, Teixeira MTB, Leite ICG. Rastreamento oportunístico *versus* perdas de oportunidade: não realização do exame de Papanicolaou entre mulheres que frequentaram o pré-natal. Cad Saude Publica [Internet]. 2016 [citado 2017 maio 07];32(6):e00001415. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000605003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000605003)
8. Andrade MS, Almeida MMG, Araujo TM, Santos KOB. Fatores associados a não adesão ao Papanicolaou entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2014 [citado 2017 mar. 02];23(1):111-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00111.pdf>
9. Navarro C, Fonseca AJ, Sibajev A, Souza CIA, Araujo DS, Teles DAF, et al. Cervical cancer screening coverage in a high-incidence region. Rev Saúde Pública [Internet]. 2015 [cited 2017 May 07];49:17. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102015000100214](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100214)
10. Gasperin SI, Boing AF, Kupek E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011 [citado 2017 mar. 02];27(7):1312-22. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000700007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700007)
11. Martínez-Mesa J, Werutsky G, Campani RB, Wehrmeister FC, Barrios CH. Inequalities in Pap smear screening for cervical cancer in Brazil. Prev Med. 2013;57(4):366-71.
12. Lage AC, Pessoa MC, Velásquez-Meléndez JG. Fatores associados à não realização do teste de Papanicolaou na população de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2008. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2013 [citado 2017 mar. 02]; 17(3):565-70. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/673> DOI 10.5935/1415-2762.20130042
13. Schoofs J, Krijger K, Vandevoorde J, Rossem IV, Devroey D. Health-related factors associated with the participation in cervical cancer screening. J Res Health Sci. 2015;15(1):11-6.
14. Borges MFSO, Dotto MFSO, 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 Saúde Pública [Internet]. 2012 [citado 2017 mar. 03]; 28(6):1156-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n6/14.pdf>
15. Ribeiro L, Bastos RR, Vieira MT, Ribeiro LC, Teixeira MTB, Leite ICG. Rastreamento oportunístico *versus* perdas de oportunidade: não realização do exame de Papanicolaou entre mulheres que frequentaram o pré-natal. Cad Saúde Pública [Internet]. 2016 [citado 2017 nov. 30];32(6):e00001415. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00001415.pdf>
16. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. Brasília: MS; 2014 [citado 2017 abr. 14]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2013.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2013.pdf)
17. Oussaid N, Lutringer-Magnin D, Barone G, Haesebaert J, Lasset C. Factors associated with Pap smear screening among French women visiting a general practitioner in the Rhône-Alpes region. Rev Epidemiol Sante Publique. 2013;61(5):437-45.
18. Malta DC, Silva Junior JB. O Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2013 [citado 2017 mar. 03];22(1):151-64. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742013000100016](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100016)
19. International Agency of Research on Cancer; World Health Organization. Globocan 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012 [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2017 May 07]. Available from: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
20. Al Rifai R, Nakamura K. Differences in breast and cervical cancer screening rates in Jordan among women from different socioeconomic strata: analysis of the 2012 population-based household survey. Asian Pac J Cancer Prev. 2015;16(15):6697-704.
21. Pavão ANB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 [citado 2017 maio 07];29(4):723-34. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n4/10.pdf>
22. Akinyemiju TF. Socio-economic and health access determinants of breast and cervical Cancer screening in low-income countries: analysis of the world health survey. PLoS One [Internet]. 2012 [cited 2017 May 07];7(11):e48834. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3498259/>
23. Pengpid S, Peltzer K. Attitudes and practice of cervical cancer screening among female university students from 25 low, middle income and emerging economy countries. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(17):7235-9.
24. Roura E, Castellsague X, Pawlita M, Travier N, Waterboer T, Margall N. Smoking as a major risk factor for cervical cancer and pre-cancer: results from the EPIC cohort. Int J Cancer. 2014;135(2):453-66.
25. Lima TM, Nicolau AIO, Carvalho FHC, Vasconcelos CTM, Aquino PS, Pinheiro AKB. Telephone interventions for adherence to colposcycological examination. Rev Latino Am Enfermagem [Internet]. 2017 [cited 2017 May 07];25:e2844. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt\\_0104-1169-rlae-25-02844.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-02844.pdf)

### Apoio Financeiro

Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, Convênio n. 188.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.