



## Curitibanas não cobertas pelo rastreio do câncer de colo de útero. Quem são elas?

*Curitibanas not covered by cervical cancer screening. Who are they?*

Dartel Ferrari de Lima<sup>1</sup>Lohran Anguera Lima<sup>2</sup>

### Resumo

**Introdução:** O câncer do colo do útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina e pode ser detectado na fase inicial de instalação por técnicas de rastreamento. **Objetivo:** Descrever as características sociodemográficas, econômicas e comportamentais de mulheres não cobertas pelo rastreio do câncer do colo de útero residentes na cidade de Curitiba, Brasil. **Casística e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal de dados secundários do Ministério da Saúde obtidos pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Entrevista Telefônica para os anos de 2013 e 2014. **Resultados:** Participaram 2.164 mulheres adultas. Resultou em 10,2% (IC95%: 7,3 – 13,1) de mulheres não cobertas por exame preventivo do câncer do colo do útero; 4,6 pontos percentuais abaixo da média nacional (14,6%; IC95%: 11,8 – 17,1). A não cobertura foi maior nas mulheres com mais de 64 anos de idade (46,2%; IC95%: 39,7 – 52,2) e com menos de 25 anos (18,7%; IC95%: 15,2 – 21,1), sendo que 35% tinham idade que as incluíam na população de risco. A falta de cobertura do rastreio foi maior em mulheres com baixa escolaridade (43,2%; IC95%: 40,5 – 46,0); 76,6% delas não conviviam com companheiros e 8% percebiam negativamente o seu estado de saúde; 46,6% (IC95%: 43,1 – 48,7) não realizaram mamografia; 6,3% (IC95%: 5,2 – 7,3) eram fumantes; 3,4% (IC95%: 2,5 – 4,2) consumidoras abusivas de álcool; 38% (IC95%: 35,4 – 39,8) eram inativas no lazer e 33% (IC95%: 30,6 – 36,1) eram hipertensas. **Conclusão:** O não engajamento no rastreio do câncer do colo do útero foi maior nas classes sociais com menor poder econômico, sugerindo a necessidade de maior destinação de recursos financeiros e humanos para a população mais vulnerável no anseio de ampliar a cobertura do programa de rastreio, sem prejuízo às demais camadas da população.

**Descritores:** Colo do Útero; Diagnóstico Diferencial, Diagnóstico Precoce, Teste de Papanicolaou, Saúde da Mulher.

### Abstract

**Introduction:** Cervical cancer is the third most frequent tumor in the female population and can be detected early in the installation by screening techniques. **Objective:** To describe the sociodemographic, economic and behavioral characteristics of the women not covered by cervical cancer screening in the city of Curitiba, Brazil. **Patients and Methods:** This is a transverse study of secondary data obtained by the Surveillance System of Risk Factors and Protection for Chronic Diseases not Communicable by Telephone Interview for the years of 2013 and 2014 from the Ministry of Health. **Results:** There were 2,164 adult women participating. It resulted in 10.2% (95% CI: 7.3 - 13.1) of women not covered by a cervical cancer preventive exam; 4.6 percentage points lower than the national average (14.6%, 95% CI: 11.8 - 17.1). Non-coverage was higher in women older than 64 years (46.2%; 95% CI: 39.7 - 52.2) and younger than 25 years old (18.7%; 95% CI: 15.2 - 21.1), 35% of whom were included in the at-risk population due to their age. The lack of screening coverage was higher in women with low schooling (43.2%; 95% CI: 40.5 - 46.0); 76.6% of them do not live with their companions and 8% negatively perceived their health status; 46.6% (95% CI: 43.1 - 48.7) did not undergo mammography; 6.3% (95% CI: 5.2 - 7.3) were smokers; 3.4% (95% CI: 2.5-4.2) were abusive alcohol consumers; 38% (95% CI: 35.4 - 39.8) were inactive at leisure and 33% (95% CI: 30.6 - 36.1) had high blood pressure. **Conclusion:** Non-engagement in the cervical cancer screening is greater among the lower social classes, suggesting the need for a greater allocation of financial and human resources to the more vulnerable populations to expand the coverage of the cervical cancer screening program, without prejudice to the other layers of the population.

**Descriptors:** Cervix Uteri, Diagnosis, Differential, Early Diagnosis, Papanicolaou Test, Women's Health.

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Marechal Cândido Rondon-PR- Brasil.

<sup>2</sup>Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo-SP-Brasil.

**Conflito de interesses:** Não

**Contribuição dos autores:** DFL participou da tabulação dos dados, delineamento do estudo e redação do manuscrito. LAL participou do delineamento do estudo, discussão dos achados e elaboração do manuscrito.

**Contato para correspondência:** Dartel Ferrari de Lima

**E-mail:** dartelferrari07@gmail.com

**Recebido:** 08/02/2018; **Aprovado:** 18/06/2018

## Introdução

O câncer do colo do útero (CCU), também denominado de câncer cervical é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e colorretal, constituindo a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil<sup>1</sup>. A doença é precedida por uma fase pré-invasiva denominada de neoplasia intraepitelial cervical<sup>2</sup> e pode ser detectada na fase inicial de instalação por técnicas de rastreamento. A estratégia mais adotada para o rastreamento de pessoas em situação de risco é o exame citopatológico, também conhecido como exame de Papanicolau.

Decisões sobre o rastreio para detecção das lesões iniciais e assintomáticas do CCU envolvem uma análise cuidadosa da relação custo-benefício. É consenso como primeiro desafio a ser conquistado, estabelecer uma ampla cobertura da população<sup>1</sup>. Estudos comparativos sobre a taxa de mortalidade por CCU mostraram redução das taxas com o aumento da cobertura do rastreio. Amostras com cobertura superior a 50% evidenciaram três mortes por 100 mil mulheres por ano e, cobertura superior a 70%, menos que duas mortes por 100 mil mulheres por ano<sup>3</sup>. Segundo Organização Mundial da Saúde (OMS), a cobertura da população-alvo de 80% a 85% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, possibilita reduzir, em média, 75% a incidência do CCU<sup>4</sup>.

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde, em 2005, propôs a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que estabeleceu o controle do CCU e do câncer de mama como componente fundamental a serem previstos nos planos de saúde estaduais e municipais<sup>5</sup>. No ano de 2011, o Ministério da Saúde atualizou as diretrizes brasileiras para o rastreamento do CCU onde recomenda o exame citopatológico como método de rastreio do CCU e de suas lesões precursoras a cada três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual. O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual. Os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos<sup>1</sup>.

O Brasil, devido às desigualdades sociodemográficas, econômicas e comportamentais em seu território, apresenta resultados heterogêneos das ações preventivas do controle do CCU. Essas desigualdades se apresentam como barreiras para maximizar os efeitos de custo-benefício do rastreio do CCU. Nesta perspectiva, este estudo objetivou descrever as características sociodemográficas, econômicas e comportamentais de mulheres não cobertas pelo rastreio do CCU residentes na cidade de Curitiba – PR, Brasil.

## Casística e Métodos

### Desenho do estudo e amostra

Para este estudo, foram examinados dados transversais referentes à cidade de Curitiba, obtidos pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Entrevista Telefônica (VIGITEL) para os anos de 2013 e 2014. A cidade de Curitiba é a capital do Estado do Paraná, um dos três estados que compõem a Região Sul do Brasil. Apresenta população total de 1.746.896 habitantes composta por 52,3% de mulheres (916.792 habitantes), sendo que 49,8% ou 456.792 das mulheres pertencentes à população alvo para o rastreio do CCU, ou seja, com idade entre 25 a 64 anos<sup>6</sup>. Curitiba é reconhecida internacionalmente como a ‘Capital Ecológica’ e recebeu em 1990, do Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente, o *United Nations Environment Program*, prêmio máximo na área desenvolvimento sustentável<sup>7</sup>. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para 2010 foi de 0,823, refletido pela taxa de alfabetização de 96,63% da população, esperança de vida ao nascer de 76,3 anos e baixas taxas de mortalidade infantil (11,9 óbitos por mil crianças com até um ano de idade)<sup>8</sup>. A economia é alicerçada no comércio, finanças e serviços, representando 24,5% de toda a arrecadação do Estado do Paraná e se coloca

como a quinta maior economia do país.

O VIGITEL é administrado pelo Ministério da Saúde brasileiro e constitui um programa contínuo e ativo à base de entrevista por telefone fixo e projetado para coletar nas 26 capitais de estado e no Distrito Federal, dados estatísticos sobre os determinantes das doenças crônicas na população adulta com 18 anos de idade ou mais. O sistema estabelece um tamanho mínimo da amostra de aproximadamente 1.500 indivíduos em cada cidade para estimar, com coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de cerca de três pontos percentuais, a frequência de qualquer fator de risco na população adulta. Erros máximos de cerca de quatro pontos percentuais são esperados para estimativas específicas, segundo sexo, assumindo-se proporções semelhantes de homens e mulheres na amostra. A metodologia completa pode ser acessada em <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2014.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf)>.

Para os anos de 2013 e 2014, foram acumuladas no conjunto da população brasileira, 57.986 participações de mulheres com média de idade de 48,1 anos  $\pm$  17,6. Para a cidade de Curitiba, participaram 2.164 mulheres com idade média de 55,7 anos  $\pm$  17,0. A cobertura de telefone fixo para a cidade de Curitiba foi estimada em 78%, enquanto a média nacional foi de 66,7%. Pesos pós-estratificação, mediante uso do método ‘rake’. Este método trabalha com uma variável de cada vez, equiparando a distribuição do total da variável na amostra ponderada pelos pesos amostrais e na população, fazendo com que a distribuição da amostra fique idêntica à da população para essas variáveis<sup>9</sup>. Foram empregados no sistema, ponderação para subamostras de adultos por sexo, escolaridade, com plano de saúde privado e população de referência (distribuição da variável nos Censos Demográficos de 2000 e 2010 e sua variação anual média no período intercensitário), como tentativa de representar as populações com e sem telefone fixo. As perguntas do questionário VIGITEL abordam características sociais, demográficas, econômicas e de comportamento individual, incluindo a participação no rastreio de CCU. Um exame mais detalhado do questionário do VIGITEL pode ser obtido em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/2015\\_vigitel.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/2015_vigitel.pdf)>.

### Indicadores investigados

A seleção dos indicadores para este estudo considerou sua importância para determinar o perfil de mulheres não cobertas pelo rastreio do CCU. Os indicadores sociodemográficos foram: idade, sexo, estado civil, raça/cor/etnia, nível de escolaridade; as características de comportamento individual foram: padrão de atividade física no lazer, tipo de deslocamento ativo para o trabalho e/ou estudo, ocupação laboral, consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas, autoavaliação do estado de saúde, referência a diagnóstico médico anterior de hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias, realização de mamografia e posse de plano de saúde ou convênio médico-hospitalar privado. A realização de exames para detecção precoce do CCU foi determinado pela realização do teste de Papanicolau.

### Análise estatística

A análise descritiva dos dados foi realizada mediante a distribuição de frequência relativa dos indicadores, utilizando o comando de pesquisa ‘svy’ (com fatores de ponderação) que permitiu atribuir peso pós-estratificação distintos a cada indivíduo. São apresentadas estimativas para a frequência relativa dos indicadores investigados e correspondente intervalo de confiança de 95%.

O percentual de fumantes foi obtido pela divisão do número de mulheres fumantes não rastreadas pelo número total de mulheres não rastreadas. Foi considerada fumante a mulher que respondeu positivamente à questão: ‘Atualmente, a sra. fuma?’.

O percentual do consumo abusivo de álcool foi obtido pela divisão do número de mulheres não rastreadas que consumiram quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias pelo número

total de mulheres não rastreadas. Uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de qualquer bebida alcoólica destilada.

O percentual da participação de mulheres em atividade física foi obtido pela divisão do número de mulheres não rastreadas que declararam praticar atividade física no tempo livre pelo número total de mulheres não rastreadas, conforme a resposta da questão: *'Nos últimos três meses, a sra. praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?'*

O percentual de mulheres que utilizaram o deslocamento ativo foi obtido pela divisão do número de mulheres não rastreadas que se deslocaram ativamente para o trabalho e/ou estudo, caminhando ou de bicicleta (mínimo de 30 minutos diários no percurso de ida e volta) pelo número total de mulheres não rastreadas.

O percentual de autoavaliação do estado de saúde foi obtido pela divisão do número de mulheres não rastreadas que classificaram seu estado de saúde como: muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim pelo número total de mulheres não rastreadas.

O percentual de mulheres que realizaram exame de mamografia foi obtido pela divisão do número de mulheres não rastreadas que realizaram pelo menos uma mamografia no decorrer da vida pelo número total de mulheres não rastreadas, conforme resposta à questão: *'A sra. já fez, alguma vez, mamografia, raios X das mamas?'*

O percentual de mulheres com doença crônica foi obtido pela divisão do número de mulheres não rastreadas que referiram diagnóstico prévio da referida doença (hipertensão arterial, diabetes ou dislipidemias) pelo número total de mulheres não rastreadas, conforme as respectivas perguntas: *'Algum médico já lhe disse que a sra. tem pressão alta? Algum médico já lhe disse que a sra. tem diabetes? Algum médico já lhe disse que a sra. tem colesterol ou triglicérides elevado?'*

O percentual de mulheres grávidas foi obtido pela divisão do número de mulheres não rastreadas e grávidas pelo número total de mulheres não rastreadas que responderam positivamente à questão: *'A sra. está grávida no momento?'*

O percentual de mulheres usuárias da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) foi obtido pela divisão do número de mulheres não rastreadas que negaram ter plano de saúde ou convênio médico pelo número total de mulheres não rastreadas, conforme a questão: *'A sra. tem plano de saúde ou convênio médico?'*

O percentual de mulheres que realizaram alguma vez exame de citologia oncológica para CCU foi obtido pela divisão do número de mulheres que respondeu positivamente à questão *'A sra. já fez, alguma vez, exame de Papanicolau, exame preventivo de câncer de colo do útero?'* pelo número total de mulheres entrevistadas. As análises foram realizadas no pacote estatístico Stata® 11.0 e Microsoft® Excel 10.0.

### Aspectos éticos

O projeto VIGITEL foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde (CONEP – Parecer 355.590, de 26/6/2013 – CAAE: 16202813.2.0000.0008). O consentimento livre e esclarecido foi obtido oralmente no momento do contato telefônico com os entrevistados. O banco de dados é público e está disponível em <[http://svs.aids.gov.br/bases\\_vigitel\\_viva/vigitel.php](http://svs.aids.gov.br/bases_vigitel_viva/vigitel.php)> e não possibilita a identificação dos entrevistados.

### Resultados

Na cidade de Curitiba, para os anos de 2013 e 2014, foram observadas 10,2% (IC95%: 7,3 – 13,1) de mulheres adultas com idade igual ou superior a 18 anos que referiram não ter realizado exame de citologia oncológica para prevenção do CCU nos últimos três anos. A frequência obtida neste estudo foi de 4,6 pontos percentuais abaixo da média nacional de 14,6% (IC95%: 11,8 – 17,1) (Tabela 1). A não cobertura do exame para este período foi maior nas mulheres com mais de

64 anos de idade (46,2%; IC95%: 39,7 – 52,2) e com menos de 25 anos (18,7%; IC95%: 15,2 – 21,1). Quanto à etnia, entre as mulheres que ficaram descobertas, 73,8% (IC95%: 70,1 – 76,4) se declararam brancas e 35% tinham idade que as incluíam na população-alvo do programa de rastreamento preconizado pela Rede de Atenção Oncológica do Ministério da Saúde Brasileiro. A falta de cobertura do exame para este período foi maior no estrato das mulheres com nível de escolaridade entre 0 a 8 anos (43,2%; IC95%: 40,5 – 46,0), sendo que 76,6% delas não conviviam com companheiros no ato do inquérito e 8% avaliaram negativamente o seu estado de saúde (ruim ou muito ruim).

A Tabela 2 mostra o percentual de características individuais de mulheres que referiram não ter realizado exame de citologia oncológica para prevenção do CCU nos últimos três anos, na cidade de Curitiba e para o conjunto das capitais brasileiras. No período examinado, 46,6% (IC95%: 43,1 – 48,7) das mulheres não cobertas pelo rastreio do CCU referiram não ter realizado o exame preventivo do câncer de mama, sendo 6,3% (IC95%: 5,2 – 7,3) fumantes e 3,4% (IC95%: 2,5 – 4,2) consumidoras abusivas de álcool. A prática de atividade física no tempo livre foi relatada por 38% (IC95%: 35,4 – 39,8) das mulheres não cobertas pelo exame e, 16% (IC95%: 14,5 – 18,5) referiram se deslocar a pé ou de bicicleta para o serviço e/ou estudo. A maior proporção delas é constituída de trabalhadoras do lar (60,2%; IC95%: 58,0 – 63,4). Estes valores são próximos aos obtidos pela média nacional. A hipertensão arterial, entre as doenças crônicas investigadas, foi a mais prevalente (33%; IC95%: 30,6 – 36,1).

### Discussão

Este estudo forneceu informações preliminares de que a cobertura do rastreio preventivo do CCU na cidade de Curitiba em 2013 e 2014 se alinhou às recomendações da OMS. No entanto, de modo preocupante, uma a cada dez mulheres adultas estava descoberta pelo rastreio do CCU e 35% delas apresentavam idade entre 35 a 54 anos que as incluíam na população-alvo estabelecida pelas diretrizes de rastreamento. Isto reflete aproximadamente 47 mil mulheres residentes em Curitiba não rastreadas. Esse dado se torna relevante, visto que esta é a mesma faixa etária onde a prevalência do carcinoma invasor é maior<sup>10</sup>.

A saúde é afetada ao longo da vida pelas características do contexto social que geram desigualdades nas exposições e nas vulnerabilidades<sup>11</sup>. Segundo Aidé e colaboradores<sup>12</sup>, a não realização do exame citopatológico mostrou estar diretamente associada ao menor poder aquisitivo ao avaliar características sociodemográficas de mulheres de 25 a 59 anos associadas à realização do exame na cidade de Maringá – PR. A menor escolaridade é conhecida como um dos fatores determinantes para o não engajamento da população aos serviços de saúde<sup>13</sup>. Assim, parece ficar evidente que a equidade em saúde para se projetar o futuro, requer ações pontuais e elaboradas de inserção de pessoas que refletem no presente, comportamentos adquiridos em posições sociais no passado.

No conjunto das mulheres não rastreadas, 77% delas relataram não estarem casadas ou vivendo em união estável. Esta informação é relevante e útil ao considerar que nesta condição civil essas mulheres tendem a manter o seu próprio sustento. Assim, o CCU compromete a saúde dessas mulheres e interfere na condição de vida delas na medida em que as impossibilita para o trabalho, para o exercício de suas atividades cotidianas e podem torná-las economicamente dependentes.

Em relação aos aspectos étnicos e culturais, embora a população indígena constitua uma minoria, é um grupo de grande vulnerabilidade. As mulheres indígenas não estão em risco somente pelo fato de serem culturalmente diferentes.

**Tabela 1.** Percentual de variáveis sociodemográfica de mulheres adultas ( $\geq 18$  anos) não cobertas pelo rastreamento do câncer de colo de útero em residentes na cidade de Curitiba e para o conjunto da população brasileira. VIGITEL, 2013 e 2014.

Variáveis sociodemográficas	Curitiba		Brasil	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Mulheres não rastreadas	10,2	7,3 – 13,1	14,6	11,8 – 17,1
Idade (anos)				
≤ 24	18,7	15,2 – 21,1	31,2	28,9 – 34,7
25-34	7,6	5,4 – 9,8	19,2	17,3 – 22,8
35-44	9,3	7,3 – 12,1	11,1	8,9 – 14,1
45-54	9,3	7,1 – 11,9	8,2	6,9 – 9,9
55-64	8,9	6,5 – 12,0	8,0	6,7 – 9,7
> 64	46,2	39,7 – 52,2	22,3	20,1 – 24,7
Escolaridade (anos de estudo)				
0-8	43,2	40,5 – 46,0	41,2	28,7 – 44,5
9-11	32,5	29,9 – 35,7	31,3	29,1 – 33,4
≥12	24,3	22,9 – 27,8	27,5	25,4 – 29,9
Estado civil				
Viúva	21,8	19,1 – 23,4	14,4	11,1 – 17,6
Solteira	48,5	44,2 – 51,1	56,3	52,7 – 59,8
Separada/divorciada	6,3	5,2 – 7,4	5,6	4,6 – 6,8
Casada/união estável	23,4	20,1 – 26,0	23,7	20,1 – 26,1
Raça				
Branca	73,8	70,1 – 76,4	33,2	29,7 – 35,8
Preta/negra	3,9	2,8 – 4,7	9,9	7,9 – 11,3
Amarela	1,9	0,8 – 2,8	3,4	2,3 – 4,6
Indígena	1,0	0,6 – 1,5	1,4	0,9 – 1,9
Pardo	11,2	9,8 – 13,0	40,5	38,1 – 42,7
Outras	8,2	7,1 – 9,9	11,6	9,8 – 13,0
Estado de saúde				
Muito bom	13,9	11,1 – 15,6	11,1	9,9 – 12,4
Bom	41,2	38,8 – 44,3	45,6	42,8 – 47,8
Regular	33,0	30,2 – 36,0	35,7	33,1 – 37,9
Ruim	6,8	5,4 – 7,9	5,3	4,2 – 6,7
Muito ruim	1,1	0,8 – 1,5	1,4	0,9 – 1,6

A dificuldade no acesso à educação somado às questões financeiras prepondera no limite do acesso aos serviços de saúde.

A autoavaliação do estado de saúde é um indicador relevante da percepção da saúde individual<sup>14</sup>. Apesar de ser uma avaliação subjetiva, esse indicador está fortemente relacionado a medidas objetivas de morbidade e o impacto que essas doenças geram no cotidiano dos indivíduos<sup>15</sup>. Neste estudo, somente 8% das mulheres não cobertas pelo rastreamento do CCU referiram o seu estado de saúde com pessimismo (ruim e muito ruim). É importante destacar que a autopercepção do estado de saúde pode variar de acordo com as experiências sociais e culturais do indivíduo, nem sempre contemplando a percepção dos múltiplos aspectos que a conformam e, muitas vezes (quase sempre), a autoavaliação focaliza o componente 'doença' (presença ou não) como referencial do estado de

saúde<sup>16</sup>. A ausência de doença ou o seu desconhecimento da existência parece explicar, pelo menos em parte, o fato de mulheres não envolvidas com a prevenção do CCU, atribuírem peso positivo ao estado de saúde. A consequência preocupante é a possibilidade de reforçar o equívoco de que somente doentes necessitam de cuidados médicos.

Os hábitos saudáveis de vida tendem a se agrupar em um mesmo indivíduo. Assim, indivíduos fisicamente ativos tendem a uma alimentação mais saudável<sup>17</sup> e menor consumo de tabaco, menor uso nocivo de álcool e menor sobrepeso do que inativos<sup>18</sup>. Seguindo o raciocínio, parece plausível inferir que a adoção de hábitos não saudáveis de vida também tende a se agrupar em um mesmo indivíduo. Nosso estudo mostrou reduzida prática de atividade física no lazer e baixa adesão ao rastreamento do câncer de mama entre as mulheres não cobertas pelo rastreamento do CCU. Este descuido preventivo reflete

**Tabela 2.** Percentual de variáveis de comportamento individual de mulheres adultas ( $\geq 18$  anos) não cobertas pelo rastreamento do câncer de colo de útero para a cidade de Curitiba e para o conjunto da população brasileira. VIGITEL, 2013 e 2014.

Variáveis comportamentais	Curitiba		Brasil	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Mamografia (sim)	46,6	43,1 – 48,7	32,0	29,9 – 35,1
Tabagismo (sim)	6,3	5,2 – 7,3	5,5	4,3 – 6,7
Consumo abusivo de álcool (sim)	3,4	2,5 – 4,2	6,9	5,2 – 7,9
Atividade física (sim)	37,9	35,4 – 39,8	44,5	40,1 – 48,7
Frequência semanal				
1 a 2 dias/semana	30,7	28,1 – 33,4	24,9	22,1 – 27,1
3 a 4 dias/semana	30,8	28,4 – 33,6	35,2	32,8 – 28,4
5 a 6 dias/semana	24,3	22,5 – 27,2	29,8	27,3 – 32,2
Todos os dias	10,2	8,9 – 12,3	10,1	9,1 – 12,3
Duração				
$\leq 29$ minutos	10,3	8,9 – 12,5	6,0	5,2 – 7,9
30 a 59 minutos	38,5	35,6 – 41,2	25,1	22,1 – 27,2
$\geq 60$ minutos	51,2	48,9 – 53,3	68,9	65,6 – 71,2
Deslocamento ativo (sim)	16,0	14,5 – 18,5	31,2	29,1 – 33,4
Trabalho (fora do lar) (sim)	34,0	31,2 – 36,8	55,5	52,2 – 57,8
Trabalho (no lar) (sim)	60,2	58,0 – 63,4	58,5	55,4 – 61,0
Faxina sozinha	46,1	43,3 – 49,0	41,3	39,1 – 43,2
Faxina com auxílio	14,1	12,3 – 15,6	17,2	15,4 – 19,0
Não faxina	39,8	36,7 – 41,7	41,5	39,6 – 43,5
Usuária da Rede do SUS (sim)	52,3	48,9 – 55,6	58	55,3 – 61,2
Gravidez (sim)	-	-	1,4	0,8 – 1,9
Portadora de hipertensão (sim)	33,0	30,6 – 36,1	25,7	23,4 – 26,9
Portadora de diabetes (sim)	6,3	5,1 – 7,4	7,7	6,2 – 8,4
Portadora de dislipidemia (sim)	24,3	22,5 – 25,7	20,0	18,1 – 22,2

na tendência de procura por ajuda médica no estadiamento avançado da doença, dificultando o tratamento, reduzindo a chance de cura, aumentando o sofrimento da pessoa e consumindo mais recursos financeiros da saúde pública<sup>19</sup>. Portanto, o não rastreamento de parte da população feminina é um problema de saúde que ultrapassa a consequência individual.

Com relação à ocupação das mulheres entrevistadas, 40% referiram dupla jornada de trabalho. A criação de horários alternativos pode ser uma estratégia eficaz para aumentar a cobertura do rastreamento de mulheres que trabalham fora do domicílio ou que tenham dificuldade em acessar o serviço.

Um fato relevante e que chama a atenção é a proporção de mulheres não rastreadas e apresentam diagnóstico médico de transtorno crônico não transmissível. Seis a cada dez mulheres referiram ter recebido informações por um médico sobre a presença de algum transtorno crônico. Parece razoável supor, que em algum momento da vida estas mulheres fizeram uso dos serviços de saúde. Assim, mulheres não rastreadas poderiam ser rastreadas em outros momentos de comparecimento às Unidades Básicas de Saúde.

Na comparação com outros estudos sobre a cobertura do exame citopatológico na cidade de Curitiba, foram realizadas três buscas na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) coleção Brasil, para artigos

publicados em português, inglês e espanhol entre 2011 a 2016, com os descritores: (1) ‘câncer colo útero’, (2) ‘exame Papanicolau’ (3) ‘exame citopatológico’. A busca em todos os índices selecionou 297 estudos e somente um se referiu à cidade de Curitiba<sup>20</sup>, porém, com objetivo diverso a este estudo. A busca com os mesmos descritores foi ampliada para a base de dados do *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) sem sucesso para a cidade de Curitiba. Utilizando busca na ferramenta de pesquisa *Google Scholar*, vários resultados foram apresentados. Um estudo avaliou a estratégia para aumentar a cobertura em um bairro específico de Curitiba<sup>21</sup>, outro analisou a resultados de exames de rastreamento do CCU<sup>22</sup> e outro, traçou o perfil de estudantes universitárias curitubanas sobre o conhecimento da prevenção do *Human Papilloma Virus* (HPV)<sup>20</sup>, porém nenhum dos estudos relacionados se dedicou a traçar o perfil de mulheres não cobertas pelo rastreamento do CCU, dificultando comparações diretas.

De modo geral, os estudos nacionais que estabeleceram perfis relacionados ao CCU utilizaram como referência as mulheres cobertas pelo rastreamento<sup>19,23-25</sup>. É coerente supor que o cadastramento estabelecido para as usuárias rastreadas facilite o conhecimento do seu perfil. No sentido contrário, é esperado que mulheres não usuárias do programa não

foram cadastradas, tornando difícil identificá-las. Nesse sentido, como principal valor acrescentado por este estudo, identificamos e traçamos o perfil sociodemográfico, econômico e de comportamento de parcela significativa da população adulta feminina residente na cidade de Curitiba não engajada no programa de rastreamento do CCU para apontar onde os serviços de saúde não são acessíveis e possibilitar melhoramento da estratégia de rastreamento na cidade de Curitiba.

Algumas limitações do presente trabalho necessitam ser estabelecidas. A principal limitação está relacionada com a forma de obtenção dos dados pelo Ministério da Saúde. O sistema VIGITEL, assim como os demais sistemas de vigilância em saúde por entrevistas telefônicas, não inclui pessoas que moram em domicílios sem telefone fixo. Embora a cobertura da rede de telefonia fixa no Brasil tenha crescido nos últimos anos, ela ainda pode ser menor em cidades com menor desenvolvimento econômico e nos grupos populacionais de menor poder aquisitivo, requerendo prudência na extrapolação dos resultados para outras regiões. Para contornar esse problema, pesos pós-estratificação foram aplicados de forma a corrigir, ainda que parcialmente, a representatividade da amostra. As informações sobre a realização de exame preventivo para o CCU não foram verificados *in loco*. Portanto, por se tratar de informação autorreferida de um indicador reconhecidamente importante para a saúde, deve ser considerado a possibilidade de superestimação do grupo de mulheres que afirmaram engajamento no rastreamento.

Os pontos fortes desse estudo incluem informações de grande amostra de mulheres residentes em Curitiba não cobertas pelo rastreamento do CCU. O estudo fornece evidências relevantes, especialmente para gestores de saúde pública e profissionais de saúde interessados em planejar e monitorar ações de detecção precoce do CCU nas curitibanas, no sentido de dar eficácia às intervenções direcionadas à diminuição da incidência e da mortalidade deste tipo de câncer. Não menos importante a destacar é a oportunidade dos serviços de Atenção Primária de Saúde se consolidarem como locais oportunos para orientar a população em geral sobre a necessidade de prevenção de doenças, especialmente para as pessoas pertencentes a grupos de risco do CCU.

## Conclusão

As informações do perfil das mulheres não cobertas pelo rastreamento do CCU destinam-se principalmente a gestores, funcionários e profissionais do setor de saúde responsáveis pela escolha de estratégias para a prevenção do CCU na cidade de Curitiba. Neste estudo, para a cidade de Curitiba são apresentadas a taxa de cobertura e a razão de exame preventivo do câncer de colo uterino acima da média nacional, alinhadas às recomendações da OMS. A frequência de mulheres com idade entre 35 a 54 anos menos engajadas pelo rastreamento do CCU foi maior entre as menos escolarizadas. Assim, recomenda-se a destinação de recursos financeiros e humanos para a população prioritária e de baixa renda para ampliar a cobertura do programa de rastreamento do CCU na cidade de Curitiba, sem prejuízo às demais camadas da população.

## Referências

1. Instituto Nacional de Câncer - INCA. [homepage na Internet]. Rio de Janeiro; 2015 [acesso em 2017 Fev 5]. Estimativa 2016. Incidência do Câncer no Brasil [aproximadamente 7 telas]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/por-sexo.asp>.
2. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres [monografia na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2017 Fev 5]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf).

3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

4. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines [monografia na Internet]. Geneva: WHO; 2002 [acesso em 2017 Jan 1]. Disponível em: [www.who.int/cancer/media/en/408.pdf](http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf).

5. Brasil. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. [acesso em 2017 Jan 1]. Portaria GM/MS n. 2439, de 8 dezembro 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão; [aproximadamente 3 telas]. Brasília (DF); 2005. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria\\_2439.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria_2439.pdf).

6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE [homepage na Internet]. Brasília (DF); 2013 [acesso em 2017 Fev 5]. Censo Demográfico 2010; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>

7. Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente. XII Simulação de Organizações Internacionais. Natal (RN): PNUMA; 2012.

8. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Valores e desenvolvimento humano 2010. Brasília (DF): PNUD; 2010.

9. Bernal RTI, Iser BPM, Malta DC, Claro RM. Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel): mudança na metodologia de ponderação. Epidemiol Serv Saúde [periódico na Internet]. 2017 [acesso em 2017 Fev 5]; 26(4):701-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000400003>.

10. Oliveira O, Mutran TJ, Santana, VC. Prevalência de HPV em amostras cervicovaginais sem alterações citológicas. Arq Ciênc Saúde. [periódico na Internet]. 2017 [acesso em 2017 Fev 5];24(1):47-51. DOI: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.1.2017.535>.

11. Cruz O. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [monografia na Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013 [acesso em 2017 Fev 5]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180.pdf>.

12. Aidé S, Almeida G, Val I, Junior NV, Campaner AB. Neoplasia Intraepitelial Cervical – DST. J Bras Doenças Sex Transm [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2017 Fev 8]; 21(4):166-70. Disponível em: [http://www.dst.uff.br/revista26-T-2014/DST\\_v26n1-4\\_IN.pdf](http://www.dst.uff.br/revista26-T-2014/DST_v26n1-4_IN.pdf)

13. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

14. Rocco ALC, Morgado JAS. Estratégias de enfrentamento de Stress utilizadas pela mulher contemporânea [monografia]. Lins: Faculdade de Psicologia, Centro Universitário Católica Salesiano Auxilium; 2014.

15. Population Reference Bureau [homepage na Internet]. Washington: PRB; 2016 [acesso em 2017 Fev 10]. World population data sheet: with a special focus on human needs and sustainable resources. PRB; [aproximadamente 8 telas]. Disponível em: <https://www.prb.org/2017-world-population-data-sheet/>

16. Lima DF. Atividade física de adultos nas capitais brasileiras e no Distrito Federal: um estudo transversal [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2014.

17. Folake LBO. Self perception of health and health promoting activities among the elderly. Am Res J Humanit

Social Sci [periódico na Internet]. 2015 [acesso em 2017 Fev 11]; 1(2):1-8. Disponível em: <https://www.arjonline.org/papers/arjhss/v1-i2/1.pdf>.

18. Gadsby D, Robinson R, Walker M. Health behaviours in Lancashire: a joint strategic needs assessment [monografia na Internet]. Lancashire (Preston): Contry Council; 2015 acesso em 2017 Fev 14]. Disponível em: <http://www.lancashire.gov.uk/media/901322/20170425-health-behaviours-in-lancashire-final-v18.pdf>.

19. Nicolau S, Mecnas AP, Freitas CMSM. Idosos praticantes de atividade física: perspectivas sobre o envelhecimento da população. Arq Ciênc Saúde [periódico na Internet]. 2015 [acesso em 2017 Fev 16];22(2):69-74. DOI: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.22.2.2015.146>.

20. Okamoto CT, Terumi C, Faria AAB, Sater AC, Dissenha BV, Viesá B, et al. Perfil do conhecimento de estudantes de uma Universidade particular de Curitiba em relação ao HPV e Sua Prevenção. Rev Bras Educ Med [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2017 Fev 16]; 40(4):611-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e00532015>.

21. Ern TG, Guilherme A. Estratégias para o aumento da cobertura do exame citopatológico do colo de útero na UMS Santa Quitéria II de Curitiba [monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2011.

22. Terres AF, Machado NA, França FS, Ramos CDT, Haas P. Análise dos resultados de exames preventivos e de rastreamento de câncer de colo do útero realizados em uma clínica ginecológica particular no município de Curitiba, PR. Estud Biol [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2017 Fev 13];31(73/74/75):103-9. Disponível em: [www2.pucpr.br/reol/index.php/BS?dd1=4638&dd99=pdf](http://www2.pucpr.br/reol/index.php/BS?dd1=4638&dd99=pdf).

23. Damacena AM, Luz LL, Mattos IE. Rastreamento do câncer do colo do útero em Teresina, Piauí: estudo avaliativo dos dados do sistema de informação do câncer do colo do útero, 2006-2013. Epidemiol Serv Saude [periódico na Internet]. 2017 [acesso em 2017 Fev 12];6(1):71-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000100008>.

24. Speck NMG, Pinheiro JS, Pereira ER, Rodrigues D, Focchi GRA, Ribalta JCL. Rastreamento do câncer de colo uterino em jovens e idosas do Parque Indígena do Xingu: avaliação quanto à faixa etária preconizada no Brasil. Einstein [periódico na Internet]. 2015 [acesso em 2017 Fev 12];13(1):52-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015AO3222>.

25. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. INCA. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016.

Dartel Ferrari de Lima é fisioterapeuta com Residência em Fisioterapia Neurofuncional e Fisioterapia Traumatológica, Mestre em Engenharia Biomédica pela atual Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR) e Doutor em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Departamento de Medicina Preventiva e docente na Universidade Estadual do Oeste do Paraná. E-mail: [dartelferrari07@gmail.com](mailto:dartelferrari07@gmail.com)

Lohran Anguera Lima é médico formado pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Residente R3 no Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. E-mail: [lohranangueralima@gmail.com](mailto:lohranangueralima@gmail.com)