IMPACTO DE CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS NA ADESÃO AO PAPANICOLAOU.

IMPACT OF SOCIOECONOMIC CHARACTERISTICS ON CERVICAL CANCER SCREENING.

Fernanda Luiza Schumacher **FURLAN**¹, Mariana Carolina Cunha **MACHOSKI**¹,
Gisele Ferreira **BERNARDI**¹, Stephani de Brito **AUGUSTO**².

Rev. Méd. Paraná/1512

Furlan FLS, Machoski MCC, Bernardi GF, Augusto SB. Impacto de características socioeconômicas na adesão ao Papanicolaou. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2019;77(1):60-64.

RESUMO - Objetivo: Comparar a adesão ao rastreamento do câncer de colo do útero às características socioeconômicas de pacientes atendidas em ambulatório de ginecologia de um hospital terciário de Curitiba. Metodologia: Questionário padronizado desenvolvido pelas autoras e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição local aplicado levantando as variáveis socioeconômicas de 214 mulheres e seus conhecimentos a respeito do rastreamento desse câncer, correlacionando à adesão. Resultados: A faixa etária média foi de 46 a 55 anos. A maioria (52,3%) estudou até o ensino fundamental. Quanto a não adesão ao exame, 43,3% responderam ser devido ao desconforto ou vergonha. Um décimo das mulheres acreditavam que o exame não era necessário e 41,9% não sabiam sua finalidade. Conclusões: As variáveis socioeconômicas não se correlacionaram com a adesão ao exame. Uma parcela significativa desconhecia sua finalidade, demonstrando a necessidade de maiores campanhas educativas e melhores esclarecimentos por parte dos médicos às suas pacientes.

DESCRITORES - Exame Colpocitológico, Papanicolaou, Colo uterino, Saúde da mulher, Papillomaviridae.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero decorre da infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV). É um problema de saúde pública, devido à sua alta incidência e taxa de mortalidade: é o terceiro câncer mais comum entre mulheres (com exceção do câncer de pele não melanoma) e a quarta causa de morte por câncer no Brasil. O Ministério da Saúde aponta que em 2020, o número anual de novos casos da neoplasia seja na ordem de 15 milhões, sendo 60% em países em desenvolvimento^{1,2}. Representa, portanto, sofrimento físico e emocional, bem como prejuízo econômico às mulheres afetadas e ao próprio país³.

Sabe-se que é uma neoplasia evitável, pois há fatores de risco envolvidos que são passíveis de modificação, além do fato que as alterações geradas pelo vírus são facilmente identificadas pelo exame preventivo, o Papanicolaou¹. De acordo com o Ministério da Saúde, o exame citológico deve ser reali-

zado entre mulheres de 25 a 64 anos de idade, uma vez por ano, sendo que se o resultado for negativo em dois anos consecutivos, a periodicidade da realização do exame deve ser a cada três anos^{1,4}.

A neoplasia apresenta progressão lenta, de até 20 anos, o que torna o controle efetivo por meio de rastreamento adequado e a cura pode chegar a 100% se houver detecção precoce, sendo possível a resolução em nível ambulatorial⁵.

Estudos epidemiológicos estimam que cerca de 90% dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo de útero sejam externos a seus aspectos genéticos e biológicos, sendo diretamente relacionados à atividade sexual precoce e multiplicidade de parceiros, condições socioeconômicas desfavoráveis, analfabetismo, baixa escolaridade, presença concomitante de infecções por outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), falta de informações sobre a doença e não realização do Papanicolaou^{2,5}.

Trabalho realizado na Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do HUEM.

1 - Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

2 - Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Universitário Evangélico Mackenzie de Curitiba, Paraná, Brasil.

OBJETIVO

Comparar a adesão ao rastreamento do câncer de colo de útero às características socioeconômicas de pacientes atendidas em ambulatório de ginecologia de um hospital terciário de Curitiba.

MÉTODO

Este é um estudo transversal observacional analítico de 214 mulheres, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição local, credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde do Brasil, sob o número 2.270.612.

A coleta de dados foi realizada no ambulatório de Ginecologia e Mastologia de um único hospital de atendimento terciário. Foram excluídas do estudo mulheres com idade inferior a 18 anos, bem como aquelas com deficiências que comprometem a comunicação (retardo mental e déficit auditivo) ou em condições clínicas que tornavam a participação desfavorável.

Foram coletados dados específicos a partir de entrevista com as participantes utilizando questionário padronizado e objetivo, elaborado pelas autoras, após leitura e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. A saber: idade, nível de escolaridade, local de residência, estado civil, renda familiar, idade da sexarca, conhecimento dos fatores relacionados ao surgimento do câncer de colo uterino, opinião sobre a importância da realização do exame preventivo, motivo pelo qual o realizam e periodicidade, conhecimento da sua finalidade e opinião sobre o motivo pelo qual algumas mulheres não o realizam.

Os dados obtidos foram coletados em tabelas de frequência e contingência. Foram comparadas as variáveis socioeconômicas com o conhecimento acerca do exame e a adesão. A análise de dados foi realizada utilizando os programas Epi-Info 7 e Excel 2017. Medidas de tendência central foram expressas em média, mediana e moda e a dispersão foi interpretada através do desvio padrão. A comparação de dados nominais foi feita pelo teste Qui-quadrado e dos dados numéricos pelo teste t não pareado, considerando um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Análise descritiva das características socioeconômicas da população estudada e seu conhecimento sobre o exame:

A idade das pacientes foi registrada conforme faixa etária: de 18 a 25 anos, de 26 a 35 anos, de 36 a 45 anos, de 46 a 55 anos, de 56 a 65 anos e maior ou igual a 66 anos de idade. Sendo assim, a faixa etária prevalente foi de 46 a 55 anos de idade, representada por 26,17% (n=56) das entrevistadas. A moda foi de 36 a 45 anos de idade e o desvio padrão 0,19.

Quanto ao nível de escolaridade, 52,32% (n=112) havia estudado até o ensino fundamental, completo ou incompleto. Em seguida, 33,18% (n=71) das pacientes referiram ter estudado até o ensino médio, 12,62% (n=27) até o ensino superior e 1,87% (n=4) não era alfabetizada.

O local de residência foi registrado como área rural (sítio, campo) e área urbana (cidade). A grande maioria, 89,72% (n=192), referiu que morava em cidade.

Quanto ao estado civil, aproximadamente metade (50,47%, n=108) era casada. 22,90% (n=49) era solteira, 13,55% (n=29) separada ou divorciada e 13,08% (n=28) viúva.

No quesito renda familiar, as pacientes recebiam em média entre 1 a 2 salários mínimos (dispersão de 0,73). 92,52% (n=198) recebiam até 4 salários mínimos e apenas 7,01% (n=15) recebia acima de 4 salários mínimos. Uma paciente não desejou informar a renda.

Quando questionadas a respeito da sexarca, 76,64% (n=164) havia tido a primeira relação sexual com entre 15 e 25 anos de idade (dispersão de 0,5). Apenas 1,40% (n=3) das entrevistadas não havia tido relação sexual.

A indagação sobre os fatores de risco que podem levar a um câncer de colo de útero revelou que a maioria (44,37%, n=134) não sabe quais são. HPV foi respondido por 21,85% (n=66) e genética foi referida por 10,26% (n=31).

Questionadas a respeito da importância da realização do exame preventivo, apenas 1,40% (n=3) respondeu que não acreditava ser importante. Quanto à finalidade do exame, 87,38% (n=187) disse saber o porquê é realizado. Apesar disso, apenas 58,10% (n=165) relatou que o motivo é a prevenção do câncer de colo uterino. 21,83% (n=62) acredita ser para prevenção de DSTs em geral; 8,80% (n=25) referiu prevenção de inflamações; 1,06% (n=3) respondeu que o exame é desnecessário e 10,21% (n=29) respondeu que o exame tem outras finalidades, distintas das opções do questionário.

As entrevistadas opinaram sobre o motivo pelo qual algumas mulheres não realizam o preventivo. Vergonha ou desconforto na hora do exame foi a principal resposta registrada (43,25%, n=109), seguida de falta de informação (18,65%, n=47), descuido / comodidade (15,87%, n=40) e medo de que o resultado venha positivo para câncer (10,32%, n=26).

Quanto à periodicidade de realização do exame, 70,56% (n=151) afirmou realizá-lo anualmente. Por outro lado, 6,54% (n=14) nunca havia feito. Neste último grupo, enquadram-se as entrevistadas que responderam que nunca haviam tido relação sexual (n=3).

B) Análise comparativa da população estudada e a adesão ao exame

A maioria das mulheres entrevistadas (81,31%, n=174) estava em idade ideal para a realização do preventivo. A sua distribuição conforme a periodicidade de realização do exame está representada na Tabela 1. Dessas, 91,95% (n=160) afirmou conhecer a finalidade do exame.

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA CONFORME PERIODICIDADE DE REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO

Número de mulheres que estão em idade para realizar o exame preventivo x periodicidade de realização do exame preventivo								
Periodicidade para realização do exame:	Realiza o exame						Não realiza o exame	Total
	6 em 6 meses	Anualmente	2 em 2 anos	3 em 3 anos	5 em 5 anos	Subtotal	Nunca fez	
Número de mulheres com idade entre 25 e 65 anos	3	130	22	6	6	167	7	174
<i>Qui-Quadrado 45,0261 P-valor = 0 < 0,05 95,98% 4,02% 100,00%</i>								

FONTE: OS AUTORES (2018).

Quando comparada renda familiar ao conhecimento sobre a importância do exame preventivo, apenas 3 pacientes (2,44%) haviam respondido que não achavam o exame importante e essas pacientes estavam no grupo que recebia entre 1 a 2 salários mínimos. Quanto ao conhecimento da finalidade do exame, a distribuição está descrita na Tabela 2.

TABELA 2: COMPARAÇÃO ENTRE RENDA FAMILIAR E CONHECIMENTO SOBRE A FINALIDADE DO EXAME PREVENTIVO

Renda familiar x conhecimento sobre a finalidade do exame preventivo			
Faixa Salarial	Conhece a finalidade do exame preventivo		
	Não	Sim	Total
< 1 salário mínimo	6 16,22%	31 83,78%	37
1 a 2 salários mínimos	18 14,63%	105 85,37%	123
3 a 4 salários mínimos	2 5,26%	36 94,74%	38
maior ou igual a 4 salários mínimos	1 6,67%	14 93,33%	15
213			

Qui-Quadrado 53,1407 P-valor < 0,05

OBS: FORAM DESCONSIDERADAS NESTA ESTATÍSTICA AS RESPOSTAS NÃO DESEJA INFORMAR (1 RESPOSTA), RESULTANDO EM UM TOTAL DE 213 RESPOSTAS.

FONTE: OS AUTORES (2018).

Apesar de os grupos que recebiam menos que 1 salário mínimo e entre 1 e 2 salários mínimos apresentarem uma parcela proporcionalmente maior de mulheres que não conheciam a finalidade do exame, a adesão foi proporcionalmente maior nesses grupos, como evidencia a Tabela 3.

TABELA 3: COMPARAÇÃO ENTRE RENDA FAMILIAR E ADESÃO AO EXAME PREVENTIVO

Renda familiar x realização do exame preventivo			
Faixa Salarial	Realiza o exame		Total
	Realiza o exame	Não realiza o exame	
< 1 salário mínimo	35 94,59%	2 5,41%	37
1 a 2 salários mínimos	117 95,12%	6 4,88%	123
3 a 4 salários mínimos	34 89,47%	4 10,53%	38
maior ou igual a 4 salários mínimos	13 86,67%	2 13,33%	15
213			

Qui-Quadrado 19,1202 P-valor < 0,05

OBS: FORAM DESCONSIDERADAS NESTA ESTATÍSTICA AS RESPOSTAS NÃO DESEJA INFORMAR (1 RESPOSTA), RESULTANDO EM UM TOTAL DE 213 RESPOSTAS.

FONTE: OS AUTORES (2018).

Similarmente, a população que apresentava Ensino médio e ensino superior completo ou incompleto, apresentou proporcionalmente uma menor aderência ao exame. A distribuição conforme a escolaridade pode ser observada na Tabela 4. Por outro lado, não houve diferença significativa ($p > 0,05$) entre o nível de escolaridade e o conhecimento a respeito do exame.

TABELA 4: COMPARAÇÃO ENTRE ESCOLARIDADE E ADESÃO AO EXAME PREVENTIVO

Escolaridade x realização do exame preventivo					
Escolaridade	Realiza o exame		Não realiza o exame	Total	
NA	4	100,00%	0	0,00%	4
EF	109	97,32%	3	2,68%	112
EM	64	90,14%	7	9,86%	71
ES	23	85,19%	4	14,81%	27
				214	

Qui-Quadrado 42,081 P-valor < 0,05

NA: NÃO ALFABETIZADA; EF: ENSINO FUNDAMENTAL; EM: ENSINO MÉDIO; ES: ENSINO SUPERIOR

FONTE: OS AUTORES (2018).

Ao analisarmos o estado civil, dividimos as mulheres casadas como grupo com parceiro fixo (50,46%, $n=108$) e as mulheres solteiras, viúvas ou separadas como grupo sem parceiro fixo (49,54%, $n=106$). Não houve diferença significativa ($p > 0,05$) quando esses grupos foram comparados em relação à adesão ao exame.

DISCUSSÃO

No Brasil, a coleta do exame preventivo é, na verdade, um rastreio oportunístico, já que uma parcela significativa de mulheres o realiza ao procurar os serviços de saúde por outra razão. Tal atitude reflete em uma parte realizar o exame com frequência maior do que o necessário, enquanto outras não têm acesso a ele^{6,7}. Este estudo mostrou que a grande maioria das mulheres que está na faixa etária preconizada pelas diretrizes brasileiras coleta o exame colpocitológico, sendo que 74,7% o fazem anualmente. Dado semelhante foi obtido por estudo de Barcelos e colaboradores⁸, em que dentre as usuárias de serviços de atenção primária no Brasil, 88,8% relataram exame atualizado, com repetição do exame citopatológico no período de até um ano.

Apesar da adesão ao exame ser alta, a desinformação ainda prevalece e grande parte da população realiza procedimentos apenas seguindo orientações médicas, mas não associam à prevenção do câncer de colo de útero⁸. Observamos que as pacientes estão realizando procedimentos sem saber a sua finalidade, seja através da coleta do preventivo ou da vacinação contra o HPV. Menos que um quarto das entrevistadas definiu o HPV como fator de risco para o câncer do colo do útero, demonstrando que ainda falta conhecimento da população em relação à proteção da vacina contra os sorotipos mais oncogênicos.

O nível educacional está diretamente relacionado ao nível de educação em saúde, uma vez que os indivíduos com baixa escolaridade têm maior dificuldade em compreender plenamente informações e orientações, seja por escrito ou verbalmente⁹⁻¹¹. Por isso, era esperado que o nível de escolaridade exercesse influência na aderência ao Papanicolau. Nosso estudo, entretanto, demonstrou que mulheres mais escolarizadas, com maior renda familiar, tiveram menor probabilidade de realizar triagem para câncer do colo do útero, o que é concordante com estudo conduzido por Gianino e colaboradores³, que concluíram que variáveis socioeconômicas não estão relacionadas às taxas de participação em rastreios. Em contraste, Tanaka, Matsuzaka e Sazaki¹¹ observaram que pacientes com maior renda apresentam maior aderência a métodos preventivos e são diagnosticados com doença em estágio inicial com maior frequência.

Há a hipótese de que, em estudos que abordam o sistema público de saúde, como este, uma parcela da população estudada realize o exame preventivo em consultórios particulares e através de planos de saúde, o que depende do próprio indivíduo para o retorno com resultados ou nova coleta. Diferentemente do desempenho ativo na saúde da mulher dentro da atenção primária, que atende a população com menor escolaridade e renda⁹, o que justificaria o achado divergente da literatura.

Os achados deste estudo sugerem que deve ser uma prioridade direcionar as políticas de educação e melhor orientação sobre a finalidade do exame, ressaltando a importância da prevenção da quarta causa de

morte de mulheres por câncer no Brasil¹. De acordo com Brischiliari *et al*², as mulheres devem ser vistas como protagonistas em ações de prevenção, com horários flexíveis nas unidades de saúde para permitir a sua condução, de modo a reduzir as desigualdades no acesso, trazendo assim maior participação, independentemente da condição socioeconômica ou laboral.

No contexto social, é de grande relevância que o profissional incentive mulheres a fazerem o exame preventivo através do desenvolvimento de atividades educativas que ofereçam informações e esclarecimento de dúvidas a respeito do exame, com a finalidade de estimulá-las a realizá-lo em periodicidade correta¹².

Dentre as limitações do presente estudo, está inevitavelmente o viés de resposta, por serem dadas alternativas para as perguntas do questionário. Além disso, informações autorreferidas sobre o rastreamento do câncer, em vez de registros de prontuários, podem envolver viés de memória.

CONCLUSÃO

Em resumo, observou-se que o nível de escolaridade e a renda não se correlacionaram com uma maior adesão ao exame. Além disso, uma parcela significativa da população estudada desconhecia sua finalidade, o que demonstra a necessidade de mais campanhas educativas para conscientizar sobre a importância do rastreamento do câncer do colo do útero, bem como a necessidade de uma melhor explicação do objetivo do exame pelos médicos às suas pacientes.

Furlan FLS, Machoski MCC, Bernardi GF, Augusto SB. Impact of socioeconomic characteristics on cervical cancer screening. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2019;77(1):60-64.

ABSTRACT - Objective: To compare the adherence to cervical cancer screening to the socioeconomic characteristics of patients treated at a gynecology outpatient clinic of a tertiary hospital in Curitiba. Methodology: A standardized questionnaire developed by the authors and approved by the Research Ethics Committee of the local institution was applied, raising socioeconomic variables of 214 women and their knowledge regarding the screening of this cancer, correlating with their adherence. Results: The mean age was 46 to 55 years. The majority (52.3%) studied until elementary school. Regarding non-adherence to the examination, 43.3% discomfort or shame was the main complaint. One-tenth of the women believed that the exam was not necessary and 41.9% did not know its purpose. Conclusions: Socioeconomic variables were not correlated with adherence to the test. A significant portion was unaware of its purpose, demonstrating the need for greater educational campaigns and better clarifications by physicians to their patients.

KEYWORDS - Papanicolaou Test, Cervix Uteri, Women's Health, Papillomaviridae, Pap Smear.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. INCA. Rio de Janeiro: Inca; 2018. Tipos de câncer.
2. Matias LNA, Loures LM, Pinheiro L, Carvalho MAS. Avaliação do Conhecimento de Mulheres da Cidade de Anápolis/Goias Sobre o Exame de Papanicolau. Rev Cereus. 2015;7(3):98-118.
3. Gianino MM, Lenzi J, Bonaudo M, Fantini MP, Siliquini R, Ricciardi W, et al. Organized screening programmes for breast and cervical cancer in 17 EU countries: trajectories of attendance rates. BMC Public Health. 2018 Dec 6;18(1):1236.
4. INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Rio de Janeiro; 2016. p. 2. ed. rev. atual.

5. Dias EG, Santos DDC, Freitas Dias EN, Silveira Alves JC, Soares LR. Perfil socioeconômico e prática do exame de prevenção do câncer do colo do útero de mulheres de uma unidade de saúde. *Rev Saúde e Desenvol.* 2016;7(4):135–46.
 6. Adab P, McGhee SM, Yanova J, Wong CM, Hedley AJ. Effectiveness and Efficiency of Opportunistic Cervical Cancer Screening. *Med Care.* 2004 Jun;42(6):600–9.
 7. de Quadros CAT, Victora CG, da Costa JSD. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. *Rev Panam Salud Publica.* 2004 Oct;16(4):223–32.
 8. Barcelos MRB, Lima R de CD, Tomasi E, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Quality of cervical cancer screening in Brazil: external assessment of the PMAQ. *Rev Saude Publica.* 2017 Jul 20;51:67.
 9. Nicolau AIO, Aquino P de S, Ximenes LB, Pinheiro KB. Proximal Social Determinants Related To Cervical Cancer In Imprisoned Women. *Remo Rev Min Enferm.* 2015;19(3).
 10. Damiani G, Basso D, Acampora A, Bianchi CBNA, Silvestrini G, Frisicale EM, et al. The impact of level of education on adherence to breast and cervical cancer screening: Evidence from a systematic review and meta-analysis. *Prev Med (Baltim).* 2015 Dec 1;81:281–9.
 11. Tanaka R, Matsuzaka M, Sasaki Y. Influence of Income on Cancer Incidence and Death among Patients in Aomori, Japan. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2018 Nov 1;19(11):3193–202.
 12. Brischiliari SCR, Dell’Agnolo CM, Gil LM, Romeiro TC, Gravena ÂAF, Carvalho MD de B, et al. Papanicolaou na pós-menopausa: fatores associados a sua não realização. *Cad Saude Publica.* 2012 Oct;28(10):1976–84.
-