

Equidade no acesso ao exame de Papanicolaou: estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil

Equity of access to Pap smears: population-based study in Campinas, São Paulo, Brazil

Vivian Mae Schmidt Lima Amorim¹, Marilisa Berti de Azevedo Barros¹

RESUMO: *Objetivo:* Analisar a desigualdade social na prevalência da realização do exame de Papanicolaou nos últimos três anos segundo filiação a planos privados de saúde e, também, em relação a outras variáveis socioeconômicas, demográficas e de comportamentos relacionados à saúde em mulheres de 20 a 59 anos, residentes no município Campinas (SP). *Método:* O estudo foi do tipo transversal, de base populacional, e as análises estatísticas consideraram o delineamento da amostra. *Resultados:* Apesar das significativas diferenças socioeconômicas existentes entre as mulheres filiadas e as não filiadas a planos privados de saúde, não foram observadas diferenças na realização do Papanicolaou entre os dois grupos, bem como em relação a todas as outras variáveis socioeconômicas e de saúde analisadas. Somente a situação conjugal revelou-se associada à realização do exame. O SUS foi responsável pela cobertura de 55,7% dos exames realizados. *Conclusão:* Os resultados apontam a existência de equidade social no município de Campinas quanto à realização do exame preventivo para o câncer do colo de útero na faixa etária estudada.

Palavras-chave: Prevenção de câncer de colo de útero. Desigualdade em saúde. Saúde da mulher. Esfregaço vaginal. Detecção precoce do câncer. Estudos Transversais.

¹Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – Campinas (SP), Brasil.

Autor correspondente: Vivian Mae Schmidt Lima Amorim. Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária “Zeferino Vaz”, CEP 13083-887, Campinas, SP, Brasil. E-mail: vivimaelamorim@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, processo nº 409747/2006-8).

ABSTRACT: *Objective:* To determine the prevalence of the Papanicolaou exam among women aged 20 to 59 years in the city of Campinas (state of São Paulo, Brazil) and to analyze associations between this test and affiliation to private health insurance plans as well as socioeconomic/demographic variables and health-related behavior. *Method:* To do so, a population-based, cross-sectional study was carried out. Statistical analyses took the study design into account. *Results:* Despite the significant socioeconomic differences between women with and without private health plans, no differences between these groups were found regarding having been submitted to the Papanicolaou test. In fact no differences were found as to socioeconomic and health variables analyzed. Among all variables analyzed, only marital status was significantly associated with having undergone the test. The Brazilian public health system accounted for 55.7% of the exams. *Conclusion:* The present findings indicate social equity in the city of Campinas regarding the preventive exam for cervical cancer in the age group studied.

Keywords: Cervix neoplasms prevention. Health inequalities. Women's health. Vaginal Smears. Early detection of cancer. Cross- Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo de útero é a terceira neoplasia de maior incidência na população feminina mundial, constituindo a quarta causa de óbito entre as neoplasias desse segmento populacional¹. No Brasil, ocupa o terceiro posto entre as neoplasias malignas que mais acometem as mulheres, sendo estimado o surgimento de 17.540 casos novos em 2012². Mundialmente, observa-se o aumento da incidência de casos novos e a diminuição na taxa de mortalidade por esse agravo³.

As taxas de incidência estimada e de mortalidade no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos, que possuem programas de detecção precoce bem estruturados².

Vários fatores são considerados de risco para o desenvolvimento do câncer de colo de útero: início precoce de atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, multiparidade, história de doenças sexualmente transmissíveis, tabagismo e uso de anticoncepcionais⁴⁻⁶. A infecção persistente por alguns tipos de papiloma vírus humano (HPV), quando da sua interação com outros fatores, apresenta-se também como importante fator de risco para o surgimento das células precursoras do câncer do colo de útero⁴⁻⁷. O HPV está presente em 99% dos cânceres cervicais e em 70% desses casos são detectados os tipos 16 e 18^{4,8}.

É estimada em 11,7% a média mundial da prevalência da infecção pelo HPV nas mulheres que apresentam resultados normais para a citologia oncótica⁹. No Brasil, pesquisa aponta que essa prevalência varie entre 10,4 e 24,5%¹⁰.

A vacina contra o HPV vem sendo introduzida gradativamente em vários países como parte integrante da estratégia para a prevenção primária do câncer de colo de útero. Atualmente, é

indicada para meninas entre 9 a 12 anos, que ainda não tenham iniciado a atividade sexual, de forma que o seu efeito protetor somente poderá ser observado quando essas gerações atingirem as idades de aumento do risco da doença¹¹⁻¹³. No Brasil, o Programa Nacional de Imunização vem analisando a adequação da introdução da vacina contra o HPV no calendário vacinal, considerando critérios epidemiológicos, imunológicos, socioeconômicos, tecnológicos e operacionais¹⁴.

No contexto epidemiológico atual, a realização da citologia oncótica é amplamente recomendada pelas sociedades médicas e programas de governo como método eficaz para o rastreamento e detecção precoce do câncer do colo de útero em mulheres sexualmente ativas, sendo creditada ao exame a redução da mortalidade por essa doença observada em várias partes do mundo^{12,13,15-17}.

No Brasil, a periodicidade recomendada é de três anos após dois controles anuais consecutivos negativos para mulheres entre 25 a 64 anos¹⁵. O Papanicolaou é um exame, barato, seguro, de fácil execução e em geral bem aceito pela população feminina. É capaz de detectar o câncer do colo de útero na fase inicial, tornando-o curável com medidas relativamente simples e, assim, permitindo que a doença apresente elevado potencial de cura¹⁵.

Apesar da recomendação das sociedades médicas para a realização periódica do Papanicolaou e de o mesmo ser ofertado em serviços de atenção básica, estudos nacionais e internacionais identificaram fatores demográficos, socioeconômicos e geográficos que limitam o acesso ao exame. Entre esses fatores, estão idade, escolaridade, renda, situação conjugal, condições de saúde, filiação a planos de saúde e acesso aos serviços de saúde, mostrando a necessidade do desenvolvimento de estratégias para a captação das mulheres que não realizam o exame de forma adequada¹⁸⁻²⁴.

Estudos têm consistentemente apontado a presença de desigualdades sociais no acesso a esse exame preventivo¹⁹⁻²¹.

No Brasil, a redução da morbimortalidade pelo câncer de colo de útero tem sido uma das prioridades da política nacional de atenção integral à saúde da mulher, sendo que o Ministério da Saúde, em conjunto com Estados e municípios, tem se empenhado para estruturar os serviços de saúde e melhorar o acesso ao programa de prevenção e do seguimento desse agravo²⁵.

Considerando a relevância do câncer do colo de útero e o potencial de cura quando precocemente diagnosticado, o baixo custo e a facilidade de realização do Papanicolaou, a meta nacional de cobertura do exame e o resultado de pesquisa prévia realizada no município que apontava significativa disparidade social na cobertura do exame¹⁸, o objetivo do presente estudo foi detectar o grau de desigualdade social existente no acesso ao exame de citologia oncótica segundo a posse de plano privado de saúde e outras variáveis socioeconômicas e de saúde na população feminina residente na área urbana do município de Campinas, São Paulo.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal de base populacional, desenvolvido com dados do Inquérito de Saúde de Campinas (ISACAMP-2008), realizado em amostra de pessoas residentes na área urbana do município.

Para a obtenção da amostra do ISACAMP-2008, foi utilizada amostragem probabilística, estratificada e por conglomerados em dois estágios. No primeiro estágio, foram sorteados 50 setores censitários da área urbana do município de Campinas com probabilidade proporcional ao tamanho (número de domicílios). Para o sorteio sistemático, os setores foram ordenados pelo percentual de chefes de família que possuíam nível universitário. O inquérito objetivou obter estimativas para subgrupos específicos da população: adolescentes de 10 a 19 anos, adultos de 20 a 59 anos e idosos de 60 anos ou mais de idade.

O tamanho mínimo da amostra foi estimado em 1.000 indivíduos para cada um dos domínios, o que permite a estimativa de uma proporção de 0,50, com erro máximo entre 4 e 5 pontos percentuais, com intervalo de confiança de 95% (IC95%) e considerando um efeito de delineamento de 2. Levando em conta a possibilidade de perdas, foram sorteados números 20% maiores de domicílios. Para a obtenção do tamanho da amostra desejado para adolescentes, adultos e idosos, foram sorteadas amostras independentes de 2.150, 700 e 3.900 domicílios, respectivamente. Em cada domicílio, foram entrevistados todos os moradores do domínio para o qual o domicílio foi sorteado^a. Para o presente estudo foram utilizados os dados de mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos de idade.

As informações foram obtidas por meio de questionário estruturado em 15 blocos temáticos, com a maioria das questões fechadas, aplicado diretamente à pessoa sorteada por entrevistadores treinados. Questionários com informação incompleta ou inconsistente voltavam a campo para serem complementados.

A variável dependente deste estudo foi a realização do exame de Papanicolaou. Em relação ao exame também foram analisadas: a última vez em que foi realizado, o motivo de realização ou não realização, o conhecimento sobre o resultado do exame e se foi realizado no setor público ou no privado. A principal variável independente analisada foi ter ou não plano privado de saúde.

Foram analisadas as seguintes variáveis independentes:

- *Variáveis socioeconômicas e demográficas*: idade, cor de pele/raça (autorreferida), situação conjugal, religião, naturalidade, escolaridade, situação ocupacional, renda familiar mensal per capita (em salários mínimos) e número de bens duráveis. Para o cálculo da renda familiar per capita, foram considerados os valores dos salários mínimos vigentes no País por ocasião da realização do inquérito.
- *Variáveis de comportamentos relacionados à saúde*: prática de atividade física em contexto de lazer pelo menos uma vez por semana, situação tabágica (fumante, ex-fumante e não fumante), frequência semanal de ingestão de bebidas alcoólicas e consumo semanal de frutas, verduras ou legumes.
- *Variáveis relacionadas às condições de saúde*: número de doenças crônicas referidas, hipertensão, diabetes mellitus, transtorno mental comum avaliado pelo Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) sendo usado o ponto de corte para o transtorno mental comum 7 ou mais respostas positivas²⁶ e a presença de sobrepeso utilizando-se o índice de massa corporal (IMC = kg/m²) calculado com base no peso e altura referidos.
- *Variáveis relacionadas ao uso de serviços de saúde e práticas preventivas*: consulta odontológica no ano que antecedeu a entrevista, realização do exame clínico das mamas no ano

^aMaiores detalhes sobre o processo amostral encontram-se no site <http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas>.

que antecedeu a entrevista, do autoexame mensal das mamas e da mamografia nos dois anos prévios à entrevista.

Os dados foram digitados em banco de dados desenvolvido com o uso de EpiData, versão 3.1. Para realizar as análises estatísticas, foi utilizado o programa STATA 11 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos) o que possibilitou levar em consideração as variáveis do plano de amostragem: conglomerados e ponderação.

Foram estimados os percentuais de distribuição segundo variáveis sociodemográficas e relativas ao exame de Papanicolaou e outras práticas preventivas, das mulheres com e sem plano privado de saúde, bem como de prevalência e da razão de prevalência e IC95% da realização do exame segundo a posse de plano de saúde, e segundo outras variáveis socioeconômicas e de saúde, por meio de regressão de Poisson.

O projeto de pesquisa que resultou nesse artigo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas sob nº 932/2009, em adendo ao parecer nº 079/2007.

RESULTADOS

Dos domicílios sorteados para a amostra de adultos, em 19,6% não foi possível realizar o arrolamento das pessoas residentes por recusa (10,1%), pela ausência do morador (3,7%) e por outros motivos (5,8%). Dos 1.082 adultos encontrados no domicílio que deveriam ser entrevistados, 11,5% recusaram-se a participar.

Para este estudo foram analisados os dados de uma amostra de 507 mulheres com idades entre 20 a 59 anos. Nessa faixa de idade, 46,4% das mulheres do município de Campinas são filiadas a planos privados de saúde.

Na Tabela 1, observa-se a existência de significativas desigualdades socioeconômicas entre as mulheres que têm plano de saúde e as que são dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as que referiram filiação a planos privados de saúde, foram observadas maiores proporções de mulheres brancas, católicas, nascidas no município de Campinas, com maiores níveis de escolaridade, renda e número de bens duráveis, e que exercem atividade remunerada.

Em relação à realização da citologia oncológica, observou-se que 86,2% (IC95% 82,6 – 89,1) das mulheres de 20 a 59 anos residentes no município de Campinas fizeram o exame nos últimos três anos, não sendo observada diferença estatisticamente significativa na realização do exame entre as mulheres que têm e que não têm plano privado de saúde. Apenas 6,8% das mulheres de Campinas nesta faixa de idade nunca haviam realizado o Papanicolaou (Tabela 2).

O principal motivo alegado para a realização do exame foi fazê-lo como procedimento de rotina (92,8%). Já o principal motivo referido pelas mulheres que nunca fizeram o exame, ou que o tinham feito há mais de três anos, foi achar que não era necessário realizá-lo (Tabela 2), e esses percentuais não diferiram entre os dois segmentos sociais analisados.

Somente 4,5% das mulheres não sabiam o resultado do último exame, e em 3,1% dos exames os resultados apontavam alguma alteração, sendo que esses percentuais não diferiram entre os dois grupos de mulheres. Das citologias oncóticas realizadas, o setor público foi responsável por 55,7% e os planos privados de saúde por 44,3% sendo que 8,2% das mulheres que referiram ter plano de saúde tiveram o exame realizado pelo SUS (Tabela 2).

Tabela 1. Características demográficas e socioeconômicas de mulheres de 20 a 59 anos segundo filiação a plano privado de saúde. Campinas, ISACAMP, 2008 – 2009.

Variáveis	n	Plano de saúde		Total
		Sim	Não	
		n = 226	n = 282	n = 508
Idade (em anos)				(p = 0,6630)
20 a 39	281	55,1	56,8	56,0
40 a 59	226	44,9	43,2	44,4
Cor da pele (autorreferida)				(p = 0,0000)
Branca	370	86,9	62,1	73,6
Não Branca	135	13,1	37,9	26,4
Situação conjugal				(p = 0,0419)
Casada	314	61,4	62,1	61,8
Separada/Desquitada/ Divorciada	57	8,4	13,3	11,0
Viúva	12	12,9	3,2	23,2
Solteira	125	28,9	37,9	38,2
Religião				(p = 0,0000)
Católica	251	60,9	39,5	49,5
Evang/Protestantes	183	23,7	46,0	35,6
Outras	74	15,3	14,5	14,9
Naturalidade				(p = 0,0000)
Campinas	214	48,9	36,7	42,3
Outros municípios de SP	130	32,2	20,0	25,7
Outros estados	163	19,0	43,5	32,0
Escolaridade (em anos)				(p = 0,0000)
0 a 4	88	7,5	25,2	16,9
5 a 8	131	14,1	35,1	25,3
9 ou mais	289	78,4	39,7	57,8
Situação ocupacional				(p = 0,0002)
Ocupada	307	68,1	54,3	60,7
Desocupada	201	31,9	45,7	39,3
Renda familiar per capita (em salários mínimos)				(p = 0,0000)
≤ 1	226	27,0	58,7	43,9
1 a 2,5	157	30,0	31,3	30,7
2,5 ou mais	125	43,0	10,0	12,6
Posse de bens duráveis				(p = 0,0000)
6 a 9	167	20,5	42,9	32,4
10 ou mais	277	77,9	35,6	55,4

Vale destacar que a ausência de desigualdade quanto à realização do exame citológico não ocorreu em relação às práticas preventivas de detecção do câncer de mama. A realização do exame clínico anual das mamas e da mamografia nos dois anos que antecederam a

Tabela 2. Distribuição de mulheres de 20 a 59 anos segundo variáveis relativas à realização da citologia oncológica e filiação a plano privado de saúde. ISACAMP, 2008 – 2009.

Variáveis	n	Plano de saúde		Total
		Sim	Não	
Citologia oncológica				(p = 0,5889)
Nunca fez	34	6,1	7,4	6,8
Fez há menos de 3 anos	437	87,9	84,7	86,2
Fez há mais de 3 anos	36	6,0	7,9	7,0
Motivo para a não realização				(p = 0,1826)
Não é necessário	39	67,1	55,9	60,4
Não teve orientação	6	8,1	10,5	9,5
Dificuldade em agendar	3	0	8,1	4,9
Sou virgem/Exame embaraçoso	8	20,5	7,6	12,7
Outros motivos	8	4,3	17,8	12,4
Motivo para a realização				(p = 0,4473)
Rotina	435	93,7	92,1	92,8
Checar problemas de saúde	20	4,6	4,0	4,3
Outros	14	1,7	3,9	2,9
Conhecimento do resultado				(p = 0,3310)
Sim	449	96,9	94,3	95,5
Não	21	3,1	5,7	4,5
Resultado				(p = 0,2734)
Normal	435	97,7	96,2	96,9
Alterado	14	2,3	3,8	3,1
Financiamento do exame				(p = 0,0000)
SUS	255	8,2	99,2	55,7
Convênio empresa	35	16,1	0	7,7
Plano individual	155	74,7	0	35,7
Outros	4	9,4	0,8	8,8
Autoexame mensal da mama				(p = 0,2065)
Não realiza	364	78,8	73,8	76,1
Realiza	239	21,3	26,2	23,9
Exame clínico das mamas				(p = 0,0000)
Nunca fez	87	10,0	25,1	18,1
Fez no último ano	320	77,1	59,0	67,3
Fez há mais de 1 ano	69	12,9	15,9	14,5
Realização da mamografia				(p = 0,0019)
Nunca fez	45	12,0	27,0	19,7
Fez há menos de 2 anos	142	76,0	52,8	64,0
Fez há mais de 2 anos	37	12,0	20,2	13,3

entrevista foi significativamente mais frequente nas mulheres filiadas a plano privado de saúde, não havendo diferença entre os dois grupos na realização do autoexame mensal das mamas (Tabela 2).

A Tabela 3 revela que também não houve diferença na prevalência de realização do Papanicolaou em relação a todas as variáveis socioeconômicas analisadas. Apenas

Tabela 3. Prevalência da realização da citologia oncótica nos últimos 3 anos segundo variáveis socioeconômicas e demográficas. Campinas, ISACAMP 2008 – 2009.

Variáveis	n	Prevalências	RP (IC95%)
Idade em anos		(p = 0,3203)	
20 a 39	281	85,0	1
40 a 59	226	87,8	1,03 (0,96 – 1,10)
Cor da pele (autorreferida)		(p = 0,2567)	
Branca	369	87,4	1
Não Branca	135	82,4	0,94 (0,84 – 1,05)
Escolaridade em anos		(p = 0,4861)	
0 a 4	88	81,8	1
5 a 8	130	85,3	1,04 (0,89 – 1,21)
9 ou mais	289	87,9	1,07(0,94 – 1,21)
Situação conjugal		(p = 0,0002)	
Não casada	193	78,6	0,86 (0,76 – 0,94)
Casada	314	90,9	1
Religião		(p = 0,6021)	
Católica	251	87,0	1
Outras	256	85,4	0,98 (0,91 – 1,05)
Naturalidade		(p = 0,5636)	
Campinas	214	87,7	1
Outros municípios de SP	130	86,8	0,98 (0,90 – 1,08)
Outros estados	162	83,6	0,95 (0,86 – 1,05)
Renda familiar per capita (em salários mínimos)		(p = 0,2809)	
≤ 1	226	83,5	1
1 a 2,5	156	87,8	1,05 (0,96 – 1,14)
2,5 ou mais	125	89,0	1,06 (0,96 – 1,17)
Bens duráveis		(p = 0,2740)	
1 a 5	62	87,1	0,98 (0,86 – 1,12)
6 a 9	167	82,1	0,92 (0,84 – 1,02)
10 ou mais	277	88,4	1
Situação ocupacional		(p = 0,8670)	
Não	200	85,8	1
Sim	307	86,4	1,00 (0,92 – 1,09)
Plano de saúde		(p = 0,3722)	
Não	274	84,7	1
Sim	233	87,9	1,03 (0,95 – 1,12)

a variável “situação conjugal” mostrou-se associada à realização da citologia oncológica. A ausência de disparidades é constatada também na Tabela 4 quanto a variáveis de comportamentos de saúde e morbidade.

Tabela 4. Prevalência da realização da citologia oncológica nos últimos 3 anos segundo comportamentos de saúde e morbidade. ISACAMP 2008 – 2009.

Variáveis	n	Prevalências	RP (IC95%)
Doenças crônicas		(p = 0,8421)	
Nenhuma	289	85,8	1
1 a 2	166	87,3	1,01 (0,94 – 1,10)
3 ou mais	44	84,2	0,98 (0,85 – 1,12)
Hipertensão		(p = 0,5729)	
Não	421	85,8	1
Sim	86	88,3	1,02 (0,93 – 1,13)
Diabetes		(p = 0,2691)	
Não	479	86,4	1
Sim	24	83,6	0,96 (0,77 – 1,21)
Transtorno Mental Comum		(p = 0,3634)	
Ausente	447	86,6	1
Presente	60	83,4	0,96 (0,87 – 1,05)
Hábito de fumar		(p = 0,7045)	
Não fumante	365	86,0	1
Fumante	84	85,8	0,99 (0,91 – 1,08)
Ex-fumante	57	89,7	1,04 (0,94 – 1,14)
Consumo de bebidas alcoólicas		(p = 0,2018)	
Não	315	84,1	1
Sim	155	89,0	1,05 (0,97 – 1,14)
Consumo semanal de frutas ou verduras ou legumes		(p = 0,2447)	
Até 3 vez	81	82,8	0,95 (0,91 – 1,08)
4 vez ou mais	426	86,8	1
Prática de atividade física no lazer		(p = 0,9552)	
Não pratica	383	86,1	1
Pratica	123	86,3	1,00 (0,92 – 1,08)
IMC		(p = 0,8986)	
Normal	265	86,7	1
Sobrepeso	147	85,0	0,98 (0,89 – 1,07)
Obeso	95	86,5	0,99 (0,90 – 1,10)
Consulta odontológica no ano que antecedeu a entrevista		(p = 0,0637)	
Não	207	82,1	1
Sim	300	89,0	1,08 (0,98 – 1,18)

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo revelam importante desigualdade social nas condições de vida e em aspectos demográficos entre o segmento de mulheres cobertas por planos privados de saúde e as que são SUS dependentes, na população de 20 a 59 anos residente na área urbana no município de Campinas. Esse achado é esperado, considerando-se o custo financeiro da filiação a planos privados de saúde; a disparidade social em relação à posse desses planos é uma realidade observada no Brasil e em outros países^{27,28}.

Quanto à realização da citologia oncótica nos três anos que antecederam a entrevista, não foi observada diferença entre as prevalências de mulheres filiadas e não filiadas a plano privado de saúde, apontando que a rede pública de atenção básica do município de Campinas teria tido êxito em promover a equidade no acesso ao exame de Papanicolaou ao ampliar a cobertura do exame. Esse achado difere dos observados em outros estudos brasileiros e de outros países que constata maior prevalência do exame de citologia oncótica nos segmentos de mulheres que têm planos privados de saúde^{19,20,29}.

O achado de equidade, observado em relação à posse de plano de saúde, é reforçado pela verificação de ausência de diferenças de prevalência de realização do Papanicolaou em relação a todas as variáveis socioeconômicas analisadas. Mas a equidade não se manifesta apenas na cobertura do exame. Também não houve diferença quanto ao conhecimento do resultado do exame, e nem quanto aos motivos para a realização ou da não realização do exame. Este é o primeiro estudo brasileiro, de nosso conhecimento, que constata equidade no acesso ao exame de Papanicolaou. Resultados de pesquisas de abrangência nacional têm apontado significativas desigualdades sociais no acesso ao exame preventivo para o câncer de colo do útero^{19,30,31}. Estudo realizado com dados Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 2003, relativo ao conjunto da população brasileira, apontou que mulheres com maior escolaridade e renda apresentaram maiores chances de realizar o exame de citologia oncótica, em relação a mulheres de menor escolaridade e renda, respectivamente, OR = 5,14 e OR = 3,05³⁰. Em estudo realizado no Estado de Pernambuco mulheres com menor nível de escolaridade apresentaram maior chance de não realização da citologia oncótica (OR = 2,967)³². Em relação à cor da pele, estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, apontou que mulheres não brancas (OR = 1,44) são mais vulneráveis à não realização da citologia oncótica do que as brancas³³.

É importante destacar que a equidade observada neste estudo resulta de processo recente, pois em pesquisa realizada em Campinas em 2001/2002, que analisou faixa etária diferente do estudo atual, havia sido constatada significativa desigualdade social no acesso ao Papanicolaou em relação à escolaridade e a raça/cor¹⁸. O achado de equidade de acesso ao exame citológico em Campinas gera uma expectativa de que menor desigualdade social poderá ser obtida também para outras práticas preventivas, à medida que a rede de serviços ganhe qualidade e efetividade. O achado sinaliza ainda que resultados semelhantes em relação ao Papanicolaou podem ser conseguidos em outras localidades brasileiras na medida em que se amplia a cobertura do exame.

Esse estudo também observou que a cobertura da citologia oncótica no município de Campinas (86,2%) encontra-se acima da cobertura mínima preconizada pelo Ministério da Saúde, no Pacto Pela Vida, que tem como meta para o controle do câncer do colo do útero a cobertura de 80% das mulheres-alvo³⁴. A cobertura observada em Campinas está acima da observada na pesquisa realizada em 2007 em 27 capitais brasileiras e no Distrito Federal, que foi de 80,9%³⁵.

No presente estudo, considerando-se apenas as mulheres de 40 a 59 anos, a prevalência do exame foi 87,8% (IC95% 82,7 – 91,5) mostrando um aumento, embora sem significância estatística, em relação ao percentual encontrado em estudo anterior realizado no município de Campinas, que foi de 80,6% (IC95% 67,5 – 89,3)¹⁸. No presente estudo, a idade não se mostrou associada à realização da citologia oncótica, diferentemente do observado em outras pesquisas nacionais^{24,28,32}. Estudo realizado nos EUA também não observou associação da idade com a realização da citologia oncótica²².

A situação conjugal foi a única variável que apresentou associação significativa com a realização da citologia oncótica, assemelhando-se aos achados de outras pesquisas que também observaram que mulheres casadas ou com parceiros apresentam maior prevalência na realização do exame comparadas às que não têm companheiro^{19,24,32,35}. Esse resultado poderia indicar que as mulheres consideram que a realização do Papanicolaou só seria necessária em situação de relações sexuais regulares. Entende-se estar sob a responsabilidade dos serviços de saúde a divulgação de informações, por meio de grupos de educação em saúde ou de sala de espera, sobre a importância da realização do exame, independentemente da periodicidade da atividade sexual, como forma de detecção precoce do câncer do colo do útero.

Observou-se no município uma tendência de aumento, embora sem significância estatística, da proporção dos exames de Papanicolaou realizados pelo SUS (55,7%, IC95% 46,4 – 64,6) em relação à observada em estudo anterior realizado em 2001-2002 (43,2%, IC95% 33,1 – 54,0)¹⁸. Foi observado no presente estudo que o SUS também realizou exames para mulheres que referiram filiação a planos privados de saúde (8,2%), cumprindo assim um dos seus princípios norteadores: o da universalidade. O Ministério da Saúde, desde 2006, através do Pacto pela Vida, reafirmou como uma das prioridades do SUS o controle do câncer de colo de útero e, para isso, firmou junto aos Estados e municípios a necessidade da reorganização das ações que visam à detecção precoce desse agravo, através da ampliação da oferta na atenção básica do exame citológico não só como componente da consulta ginecológica³⁴. A coleta do Papanicolaou no município de Campinas também é realizada pelo enfermeiro, o que ajuda a ampliar a oferta do exame nos serviços de saúde da rede municipal³⁷.

Em relação aos motivos para a não realização do Papanicolaou, o estudo mostrou que as mulheres filiadas ou não a planos privados de saúde relataram como principal motivo não achar necessária a realização do exame, sendo que esse resultado se assemelha ao encontrado em estudo prévio realizado no município de Campinas e em pesquisa desenvolvida no município de São Paulo^{18,38}. Esse achado aponta a necessidade de os serviços de saúde, públicos e privados incorporarem de forma sistemática e contínua as ações educativas para o esclarecimento das mulheres sobre a importância do exame.

O presente estudo também mostrou que, das mulheres que realizaram o Papanicolaou, 92,8% fizeram-no como exame de rotina e que apenas uma parcela pequena das mulheres (4,5%) desconhecia o resultado. E, como um achado muito relevante, esses percentuais não diferiram entre os segmentos de mulheres com e sem plano privado de saúde. Os resultados mostram que a realização do Papanicolaou vem sendo incorporada pelas mulheres como cuidado periódico, rotineiro, e reconhecido como necessário para a manutenção da saúde. E a equidade no acesso ao conhecimento dos resultados do exame sinaliza que a prática não apenas está acessível a todos os segmentos sociais do município, como também que a organização dos serviços de saúde está sendo adequada para garantir o retorno das mulheres ao serviço e a oportunidade de tomar conhecimento do resultado do exame.

Uma das limitações deste estudo é o fato de as informações sobre a realização do exame de Papanicolaou e sobre as demais variáveis terem sido obtidas por meio de entrevistas e, portanto, estarem sujeitas a vieses de memória e de informação. A entrevistada pode ter-se enganado quanto ao tempo decorrido da realização do último exame, ou ainda dizer que realizou o exame por considerar essa a resposta adequada e esperada. Estudos nacionais^{19,24} e internacionais^{21,22,38} realizados sobre a cobertura de realização do Papanicolaou também têm se utilizado de informação referida. Estudos realizados nos EUA observaram uma alta correlação entre os dados autorreferidos sobre as práticas preventivas para vários tipos de câncer, inclusive do colo de útero, e os dados registrados nos prontuários das pessoas entrevistadas, apontando as entrevistas como método confiável e menos dispendioso para a obtenção desse tipo de informação^{39,40}. Outra limitação é o desenho transversal do estudo, que também restringe a possibilidade de interpretar as associações encontradas como derivadas de relações causa-efeito.

Como ponto positivo, o estudo mostra a importância da realização de inquéritos de saúde como instrumentos de avaliação da incorporação de práticas de cuidados com a saúde, mais particularmente do acesso à realização dos exames preventivos e, portanto, da possibilidade de monitoramento da cobertura desses exames e de desigualdades sociais no acesso.

A não verificação de associação entre a realização da citologia oncocítica e a filiação a plano privado de saúde, bem como com todas as outras variáveis socioeconômicas analisadas, demonstra a existência da equidade no município de Campinas, no período estudado, quanto à realização do exame preventivo para o câncer do colo de útero. Observou-se também a equidade no conhecimento do resultado do exame, o que aponta que tanto o SUS quanto os serviços privados têm proporcionado acompanhamento para as mulheres após a realização do exame. Campinas dispõe de ampla e estruturada rede pública de serviços de saúde, com horário de atendimento ampliado, o que facilita o acesso da população aos serviços ofertados, entre eles a coleta da citologia oncocítica e os grupos de entrega do resultado do exame. O Ministério da Saúde, por sua vez, orienta e incentiva os Estados e municípios a desenvolverem estratégias de captação das mulheres ainda não cobertas pelo exame, bem como para o desenvolvimento de ações educativas em saúde para esclarecimentos sobre a necessidade regular do uso de determinadas práticas preventivas.

Apesar desses resultados, o estudo ainda observou a existência de uma pequena parcela da população que nunca realizou o exame de Papanicolaou ou que o realizou há mais de três anos. Para essas mulheres, existe a necessidade de que os serviços de saúde pública encontrem estratégias adequadas que possam motivá-las à adesão a essa prática, considerando que os motivos alegados para a não realização do exame são passíveis de ações educativas. Existe a necessidade de estudos para melhor compreensão dos motivos da não realização, visto que pequena parcela (4,9%) refere dificuldade no agendamento do exame.

A equidade atingida no acesso à citologia oncótica neste município assinala a possibilidade de resultado semelhante para outras localidades e no País como um todo, bem como a possibilidade de maior equidade em outras práticas de saúde, na dependência da melhor estruturação, organização e efetividade das ações do SUS.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2008. Cancer incidence and mortality worldwide in 2008. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900> (acessado em 22 de junho de 2010).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2011.
3. Forouzanfar MH, Foreman KJ, Delossantos AM, Lozano R, Lopez AD, Murray CJ et al. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *Lancet* 2011; 378(9801): 1461-84.
4. Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, Lawson HW, Chesson H, Unger ER. Centers for Disease Control and Prevention. Quadrivalent human papillomavirus vaccine: recommendations of the advisory committee on immunization practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 2007; 56(RR2): 1-24.
5. Almonte M, Albero G, Molano M, Carcamo C, Garcia PJ, Pérez G. Risk factors for human papillomavirus exposure and co-factors for cervical cancer in Latin America and the Caribbean. *Vaccine* 2008; 26(Suppl 11): L16-36.
6. Rosa MI, Medeiros LR, Rosa DD, Bozzeti MC, Silva FR, Silva BR. Papilomavirus humano e neoplasia cervical. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(5): 853-64.
7. Subramanya D, Grivas PD. HPV and cervical cancer: updates on an established relationship. *Postgrad Med* 2008; 120(4): 7-13.
8. Saslow D, Castle PE, CoxJT, Davey DD, Einstein MH, Ferris DG et al. American Cancer Society guideline for human papillomavirus (HPV) vaccine use to prevent cervical cancer and its precursors. *CA Cancer J Clin* 2007; 57(1): 7-28.
9. Bruni L, Diaz M, Castellsangué X, Ferrer E, Bosch FX, de Sanjosé S. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. *J Infect Dis* 2010; 202(12): 1789-99.
10. Ayres ARG, Silva GA. Prevalência de infecção do colo do útero pelo HPV no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(5): 963-74.
11. Muñoz N, Franco EL, Herrero R, Andrus JK, Quados C, Goldie SJ et al. Recommendations for cervical cancer prevention in Latin America. *Vaccine* 2008; 26(Suppl 11): L96-107.
12. Murillo R, Almonte M, Pereira A, Ferrer E, Gamboa OA, Jerónimo J et al. Cervical cancer screening programs in Latin America and the Caribbean. *Vaccine* 2008; 26(Suppl 11): L37-48.
13. Cuzick J. Long-term cervical prevention strategies across the globe. *Gynecol Oncol* 2010; 117(2 Suppl): S11-4.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde nº17. Câncer de colo de útero: a vacina para a prevenção do HPV e o desafio para melhoria da qualidade do rastreamento no Brasil. Brasília; 2011. Disponível em: <http://www.portal.anvisa.gov.br> (acessado em 19 de abril de 2012).
15. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro; 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br> (acessado em 19 de abril de 2012).
16. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for cervical cancer recommendations and rationale.

- Disponível em: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/cervcan/cervcanr.htm> (acessado em 22 de junho de 2010).
17. American Cancer Society. Cancer prevention and early detection worksheet for women. Disponível em: <http://www.cancer.org> (acessado em 22 de junho de 2010).
 18. Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados a não realização do Papanicolaou: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(11): 2329-39.
 19. Malta DC, Moura EC, Oliveira M, Santos FP. Usuários de planos de saúde: morbidade referida e uso de exames preventivos, por inquérito telefônico, Brasil, 2008. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(1): 57-66.
 20. Martins LFL, Valente JG, Thuler LCS. Factors related to inadequate cervical cancer screening in two Brazilian state capitals. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(2): 318-25.
 21. Couture MC, Nguyen CT, Alvarado BE, Velaquez LD, Zunzunegui MV. Inequalities in breast and cervical screening among urban Mexican women. *Prev Med* 2008; 47(5): 471-86.
 22. Nelson W, Moser RP, Gaffey A, Wadrom W. Adherence to cervical screening guidelines for U.S. women aged 25-64: data from 2005 Health Information National Trends Survey (HINTS). *J Womens Health* 2009; 18(11): 1759-68.
 23. Flores K, Bencomo C. Preventing cervical cancer in the latin population. *J Womens Health* 2009; 18(12): 1935-43.
 24. Hackenhaar AA, Cesar JA, Domingues MR. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres entre 20 a 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. *Rev Bras Epidemiol* 2006; 9(1): 103-11.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília; 2011.
 26. Mary JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 23-6.
 27. Farias LO, Melamed C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. *Rev Cien Saúde Coletiva* 2003; 18(2): 585-98.
 28. Ahluwalia IB, Bolen J, Garvin B. Health insurance coverage and use of selected preventive services by working-age women, BRFSS, 2006. *J Womens Health* 2007; 16(7): 935-40.
 29. Quadros CAT, Victora CG, Dias-da-Costa JS. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16(4): 223-32.
 30. Novaes HMD, Braga PE, Schout D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer em mulheres brasileiras, PNAD 2003. *Rev Cien Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 1023-35.
 31. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um programa da saúde do Brasil. Acesso e utilização dos serviços de saúde, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf (acessado em 29 de abril de 2012).
 32. Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLT, Aquino EML, Menezes G, Szwarcwald CL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não realização: um olhar sobre o programa de prevenção do câncer do colo do útero em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(Suppl 2): S301-9.
 33. Dias-da-Costa JB, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(1): 191-7.
 34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Brasília; 2006.
 35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. *Vigil Brasil*. Brasília; 2008.
 36. Coughlin SC, Leadbetter S, Richards T, Sabatino S. Contextual analysis of breast and cervical cancer screening and factors associated with health care access among United States women, 2002. *Soc Sci Med* 2008; 66(2): 260-75.
 37. Prefeitura Municipal de Campinas. Manual de normas e rotinas de procedimentos para a enfermagem. Procedimento: Coleta de citologia oncológica. Disponível em: http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/manual_rot_proced/014.htm (acessado em 26 de junho de 2010).
 38. Pinho AA, França Junior I, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no município de São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(Supl 2): 5303-13.
 39. Montano DE, Phillips WR. Cancer screening by primary care physicians: a comparison of rates obtained from physician self-report, patient survey, and chart audit. *Am J Public Health* 1995; 85(6): 795-800.
 40. Caplan LS, McQueen DV, Qualters ML, Garret C, Calonge N. Validity of women's self-reports of cancer screening test utilization in a managed care population. *Cancer Epidemiol Biomark Prev* 2003; 12(11 Pt 1): 1182-7.

Recebido em: 30/04/2012

Versão final apresentada em: 12/12/2012

Aprovado em: 12/06/2013