

Cobertura de exame Papanicolaou em mulheres de 25 a 64 anos, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2013

Pap-test coverage in women aged 25 to 64 years old, according to the National Health Survey and the Surveillance System for Risk and Protective Factors for Chronic Diseases by Telephone Survey, 2013

Max Moura de Oliveira^{III}, Silvânia Suely Caribé de Araújo Andrade^{III},
Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira^{III}, Gulnar Azevedo e Silva^V,
Marta Maria Alves da Silva^V, Deborah Carvalho Malta^{VI}

RESUMO: *Objetivos:* Estimar e descrever a cobertura do exame Papanicolaou, relatado por mulheres brasileiras entre 25 e 64 anos, na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), e comparar as estimativas do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Sistema Vigitel) para o mesmo indicador nas capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2013. *Métodos:* A partir dos dados da PNS e do Vigitel, foram estimadas as prevalências e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) de mulheres que referiram ter realizado o exame de Papanicolaou nos últimos 3 anos. *Resultados:* Segundo a PNS, 79,4% (IC95% 78,5 – 80,2) das mulheres realizaram exame Papanicolaou nos últimos 3 anos no Brasil. Mulheres de 55 a 64 anos (71,0%; IC95% 68,7 – 73,3) e sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (72,1%; IC95% 70,6 – 73,7) apresentaram as menores prevalências; 88,4% (IC95% 87,5 – 89,2) receberam resultado do exame em até 3 meses. Não houve diferença ao comparar as estimativas do Sistema Vigitel com a PNS para o total das capitais e Distrito Federal. Na PNS, a prevalência foi de 83,8% (IC95% 82,8 – 84,7) e no Vigitel, de 82,9% (IC95% 81,9 – 83,8); além disso, não houve diferenças por capitais, exceto para Recife, Boa Vista e João Pessoa. *Conclusão:* A cobertura do exame Papanicolaou para a população-alvo encontra-se abaixo da meta de 85%. Ao comparar os dados para o total de capitais e o Distrito Federal, verificou-se que o Sistema Vigitel tem sido efetivo no monitoramento desse indicador, assemelhando-se às estimativas da PNS.

Palavras-chave: Neoplasias do colo do útero. Teste de Papanicolau. Fatores de risco. Vigilância epidemiológica. Inquéritos epidemiológicos. Epidemiologia descritiva.

^IFaculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{II}Centro Internacional de Pesquisa, A. C. Camargo Cancer Center – São Paulo (SP), Brasil.

^{III}Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

^{IV}Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^VDepartamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás – Goiânia (GO), Brasil.

^{VI}Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Autor correspondente: Max Moura de Oliveira. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Avenida Doutor Arnaldo, 715, Cerqueira César, CEP: 01246-904, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: max.moura@usp.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: Objectives: To estimate and describe the coverage of the Pap Smear test reported by women aged 25 to 64 years old from data collected by the National Health Survey (Pesquisa Nacional de Saúde - PNS) and to compare the estimates made by the Surveillance System for Risk and Protective Factors for Chronic Diseases using a Telephone Survey (Vigitel) for the same indicator in the Brazilian capital cities and the Federal District in 2013. **Methods:** Based on the data from the PNS and Vigitel, we estimated prevalence and 95% confidence intervals (95%CI) of women who reported having had a Pap test screening in the past 3 years. **Results:** According to the PNS, 79.4% (95%CI 78.5 – 80.2) of the women had had a cervical cancer screening in the past 3 years in Brazil. Women aged 55 to 64 years old (71.0%, 95%CI 68.7 – 73.3) and without an education or incomplete elementary school (72.1%, 95%CI 70.6 – 73.7) had the lowest prevalence, and 88.4% (95%CI 87.5 – 89.2) received test results within 3 months. There was no difference when comparing the estimates of the Vigitel with the PNS for the capital city and Federal District totals. In the PNS, the prevalence was 83.8% (95%CI 82.8 – 84.7) and in the Vigitel, it was 82.9% (95%CI 81.9 – 83.8). In addition, there were no differences by capital, except for Recife, Boa Vista, and João Pessoa. **Conclusion:** Cervical cancer screening coverage for the target population is below the target of 85%. When comparing the data for the capital city and Federal District totals, we verified that the Vigitel System has been effective in monitoring this indicator, which is similar to PNS estimates.

Keywords: Uterine cervical neoplasms. Pap smear. Risk factors. Epidemiological surveillance. Health surveys. Descriptive epidemiology.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero foi o quarto tipo de câncer mais comum em mulheres no mundo, com aproximadamente 528 mil novos casos, de acordo com as estimativas do Globocan 2012. As maiores taxas de incidência padronizada foram observadas em países menos desenvolvidos, chegando a 42,7 casos novos por 100 mil mulheres, na África Oriental, e as menores na Austrália/Nova Zelândia (5,5 por 100 mil mulheres) e Ásia Ocidental (4,4 por 100 mil mulheres)¹. No Brasil, em 2014, estimou-se que o câncer de colo de útero foi o terceiro mais incidente entre as mulheres (15.590 casos novos), representando 5,7% dos cânceres nesse grupo (exceto pele não melanoma), com uma taxa de incidência de 15,3 casos novos por 100 mil mulheres².

Ainda que o Brasil apresente taxa de incidência intermediária, quando comparado às taxas de outras regiões do mundo¹, as estimativas de incidência do Instituto Nacional de Câncer (INCA) demonstraram diferenças de acordo com as regiões de residência dessas mulheres. Excluindo os cânceres de pele não melanoma, o câncer de colo do útero foi o mais incidente na região norte (23,6 por 100 mil mulheres), o segundo mais frequente no Centro-Oeste (22,2 por 100 mil mulheres) e no Nordeste (18,8 por 100 mil mulheres), o quarto na região sudeste (10,2 por 100 mil mulheres) e o quinto na região sul (15,9 por 100 mil)², evidenciando desigualdades regionais na epidemiologia desse câncer.

Ao diagnosticar e tratar, em estádios iniciais ou em fases precursoras, o câncer de colo do útero apresenta alto potencial de cura, chegando a 100%, justificando o rastreamento

populacional em mulheres³. No Brasil, recomenda-se o rastreamento pelo exame Papanicolaou (exame citopatológico ou citologia oncológica) na população-alvo de mulheres entre 25 a 64 anos, que já tiveram relação sexual. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames anuais negativos⁴. Essa faixa etária encontra-se em consonância com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS)³. O exame de Papanicolaou é de baixo custo, seguro, de fácil execução e, em geral, bem aceito pela população feminina⁵, além de ser ofertado em todas as Unidades Básicas de Saúde. O Brasil tem como meta alcançar uma cobertura de 85% de realização do exame Papanicolaou entre mulheres, na faixa etária preconizada, até 2022^{6,7}.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2008, apontou uma proporção de 84,6% de mulheres, entre 25 e 59 anos de idade, que relataram ter feito pelo menos 1 exame Papanicolaou nos 3 anos anteriores à pesquisa, com menores coberturas entre as mulheres de menor renda e entre as residentes nas regiões Norte e Nordeste⁸.

Estudo que utilizou dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico (Sistema Vigitel), nas capitais brasileiras, estimou, para mulheres de 25 a 64 anos, proporções de 82% em 2007 e 82,3% em 2012, tendência estável no período (2007 a 2012) e diferenças entre escolaridades, sendo 78% (2007) e 78,3% (2012) entre as de 0 a 8 anos de estudo e 87,9% (2007) e 88,6% (2012) entre as com 12 anos ou mais de estudo. Apresentou, também, diferenças quanto às regiões em todos os anos estudados, e, em 2012, com as menores proporções verificadas no Norte (78,0%) e no Nordeste (75,5%)⁹.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde, coletou informações relacionadas à saúde da mulher, incluindo realização do exame Papanicolaou. Os objetivos do presente estudo foram estimar e descrever a cobertura do exame Papanicolaou, nos últimos 3 anos, referida pelas mulheres brasileiras entre 25 e 64 anos na PNS, e comparar esse mesmo indicador, presente no Sistema Vigitel, em mulheres residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, em 2013.

MÉTODOS

Para a descrição da cobertura estimada de exames de Papanicolaou no Brasil, foram utilizados os dados da PNS realizada em 2013. A PNS é um inquérito domiciliar, com dados representativos de moradores adultos (≥ 18 anos) de domicílios permanentes, localizados em área urbana ou rural, nas 5 grandes regiões geográficas, 27 unidades da federação (UF), capitais e municípios de cada UF¹⁰.

A amostragem foi definida por conglomerados, em três estágios: no primeiro estágio foram selecionados os setores censitários; no segundo, os domicílios; e no terceiro, selecionou-se 1 morador com 18 anos ou mais, entre todos os moradores adultos do domicílio, para a entrevista¹⁰.

A amostra final foi composta de 64.348 domicílios, nos quais foram realizadas 60.202 entrevistas com indivíduos com 18 ou mais anos de idade. A presente análise utilizou dados de 25.222 mulheres, entre 25 e 64 anos, que responderam o módulo sobre saúde da mulher e relataram ter tido relação sexual na vida^{5,10}.

Para que a amostra fosse representativa do país e dos estratos geográficos analisados, foi realizada uma ponderação que considerou pesos para cada estágio de seleção da amostra e para não resposta. Os dados foram coletados utilizando computadores de mão (*personal digital assistance* — PDA)¹⁰.

Os indicadores referentes ao exame de Papanicolaou foram estimados a partir das seguintes questões da PNS:

1. exame Papanicolaou nos últimos três anos anteriores à pesquisa: “Quando foi a última vez que a senhora fez um exame preventivo para câncer de colo do útero?”. Opções de resposta: menos de 1 ano atrás; de 1 ano a menos de 2 anos 3; e de 2 anos a menos de 3 anos;
2. exame Papanicolaou nos últimos três anos anteriores à pesquisa e receberam o resultado até três meses depois da realização do exame: “Quando a senhora recebeu o resultado do último exame preventivo?”. Opções de respostas: menos de 1 mês depois; entre 1 mês e menos de 3 meses depois.

Os indicadores foram descritos segundo as seguintes características:

1. faixa etária (25 a 34; 35 a 44; 45 a 54; e 55 a 64 anos);
2. nível de instrução (sem instrução e com ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo e médio incompleto; ensino médio completo e superior incompleto; e ensino superior completo);
3. raça/cor (branca; preta; parda);
4. local de residência (urbana; rural);
5. Regiões de residência (Norte; Nordeste; Sudeste; Sul; Centro-Oeste).

Considerando as estimativas da PNS como padrão ouro, este estudo resolveu comparar o indicador de exame de Papanicolaou, obtido pelo Sistema Vigitel, com o objetivo de verificar semelhanças e diferenças entre as prevalências estimadas pelas duas pesquisas para esse indicador no âmbito das capitais brasileiras e do Distrito Federal em 2013.

O Sistema Vigitel é um inquérito telefônico realizado com a população de adultos (≥ 18 anos) residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. O processo de amostragem dessa pesquisa é probabilístico, a partir dos cadastros de linhas de telefone fixo das localidades estudadas. A amostra é composta de 5 mil linhas telefônicas divididas em 200 subamostras para cada cidade, de modo a identificar as linhas elegíveis (residenciais ativas) e, então, é feito o sorteio do morador a ser entrevistado¹¹.

As estimativas do Sistema Vigitel são ponderadas pelo método *rake* de pós-estratificação, utilizando-se as estimativas de idade, sexo e escolaridade da população, projetadas para o ano da pesquisa, com o objetivo de igualar a distribuição da população entrevistada com a

distribuição da população estimada. Para maiores informações, recomenda-se a publicação anual sobre os resultados do Vigitel¹.

As questões utilizadas do Sistema Vigitel para a composição desse indicador foi “A senhora já fez alguma vez exame de Papanicolaou, exame preventivo de câncer de colo do útero?” (opções de respostas: sim; não); e “Quanto tempo faz que a senhora fez exame de Papanicolaou?” (opções de respostas: menos de 1 ano; entre 1 e 2 anos; e entre 2 e 3 anos).

As análises foram realizadas no software Stata versão 11.0, por meio do módulo *survey*, que considera efeitos da amostragem complexa. Foram calculadas as prevalências e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) para todos os indicadores, considerando para comparação, inclusive entre as duas pesquisas, a não sobreposição dos IC95% como diferença significativa.

Os dois inquéritos foram aprovados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sendo a PNS sob o Parecer nº 328.159, de 26 de junho de 2013; e o Sistema Vigitel, sob o Parecer nº 355.590, de 26 de junho de 2013. As participantes concordaram em participar em ambos inquéritos, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Segundo a PNS, no Brasil, em 2013, a proporção de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram o exame Papanicolaou nos últimos 3 anos anteriores à pesquisa foi de 79,4% (IC95% 78,5 – 80,2). As mulheres entre 35 e 44 anos e, entre 45 e 54 anos, apresentaram maiores prevalências: 83,2% (IC95% 81,6 – 84,6) e 81,6% (IC95% 79,8 – 83,2), respectivamente. Houve aumento da proporção conforme maior escolaridade, chegando a 88,8% (IC95% 86,9 – 90,4) entre as mulheres de nível superior completo. A prevalência de exame Papanicolaou foi maior entre as mulheres de raça/cor da pele branca (82,6%; IC95% 81,4 – 83,9) e as residentes na área urbana (80,1%; IC95% 79,2 – 81,1). Quanto à região de residência, a norte (75,5%; IC95% 73,2 – 77,6) e a nordeste (75,1%; IC95% 73,2 – 77,6) foram as que tiveram as menores proporções conforme a PNS (Tabela 1).

A pesquisa apontou que a proporção de mulheres de 25 a 64 anos de idade que realizaram o exame Papanicolaou nos últimos 3 anos anteriores à pesquisa e receberam o resultado até 3 meses depois da realização do exame foi de 88,4% (IC95% 87,5 – 89,2). A maior prevalência foi entre mulheres com ensino superior completo (93,6%; IC95% 91,7 – 95,1), moradoras da área urbana (89,3%; IC95% 88,3 – 90,1); e menor entre as residentes da Região Norte (82,0%; IC95% 79,6 – 84,2). Não houve diferença quanto às faixas etárias estudadas e raça/cor da pele para o Brasil (Tabela 1).

Para o total das capitais, a prevalência de realização do exame Papanicolaou foi de 83,8% (IC95% 82,8 – 84,7) na PNS e de 82,9% (IC95% 81,9 – 83,8) pelo Sistema Vigitel. Por capital, verificou-se diferenças apenas para Recife, Boa Vista e João Pessoa, sendo maiores as proporções estimadas pela PNS (Tabela 2).

Tabela 1. Descrição da cobertura (e respectivos intervalos de confiança de 95%) de mulheres de 25 a 64 anos de idade que realizaram o exame Papanicolaou nos últimos 3 anos anteriores à pesquisa e que receberam o resultado até 3 meses depois da realização do exame, segundo variáveis selecionadas. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013.

Variáveis	Exame Papanicolaou nos últimos 3 anos		Resultado do exame Papanicolaou recebido até 3 meses	
	%	(IC95%)	%	(IC95%)
Faixa etária (anos)				
25 a 34	79,6	(77,9 – 81,1)	88,4	(86,8 – 89,8)
35 a 44	83,2	(81,6 – 84,6)	88,2	(86,5 – 89,7)
45 a 54	81,6	(79,8 – 83,2)	88,8	(87,0 – 90,4)
55 a 64	71,0	(68,7 – 73,3)	88,0	(85,7 – 90,0)
Nível de escolaridade				
Sem instrução e fundamental incompleto	72,1	(70,6 – 73,7)	84,5	(82,8 – 86,1)
Fundamental completo e médio incompleto	77,8	(75,3 – 80,0)	86,9	(84,3 – 89,1)
Médio completo e superior incompleto	83,1	(81,8 – 84,7)	89,9	(88,5 – 91,1)
Superior completo	88,8	(86,9 – 90,4)	93,6	(91,7 – 95,1)
Raça/cor da pele				
Branca	82,6	(81,4 – 83,9)	90,2	(88,9 – 91,3)
Preta	77,4	(74,2 – 80,4)	88,3	(85,3 – 90,7)
Parda	75,9	(74,6 – 77,2)	86,4	(85,0 – 87,7)
Local de residência				
Urbana	80,1	(79,2 – 81,1)	89,3	(88,3 – 90,1)
Rural	74,1	(71,9 – 76,1)	81,8	(79,3 – 84,2)
Região de residência				
Norte	75,5	(73,2 – 77,6)	82,0	(79,6 – 84,2)
Nordeste	75,1	(73,5 – 76,6)	87,6	(86,1 – 88,9)
Sudeste	81,1	(79,5 – 82,6)	89,0	(87,4 – 90,4)
Sul	83,0	(81,8 – 84,0)	90,5	(88,4 – 92,2)
Centro-Oeste	80,9	(79,1 – 82,6)	89,0	(87,3 – 90,6)
Brasil	79,4	(78,5 – 80,2)	88,4	(87,5 – 89,2)

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 2. Proporção de mulheres de 25 a 64 anos de idade que realizaram o exame Papanicolaou nos últimos 3 anos anteriores à pesquisa, residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasil, 2013.

Capitais	PNS		Sistema Vigitel	
	%	(IC95%)	%	(IC95%)
Porto Alegre	92,0	(88,7 – 94,4)	89,3	(86,5 – 92,1)
Vitória	91,7	(87,8 – 94,4)	84,7	(81,4 – 88,1)
Curitiba	91,2	(88,2 – 93,6)	87,9	(84,9 – 90,9)
Recife	90,6	(86,6 – 93,5)	78,4	(75,0 – 81,8)
Palmas	88,2	(83,6 – 91,6)	86,1	(82,3 – 89,9)
Cuiabá	87,9	(82,8 – 91,6)	81,2	(77,8 – 84,7)
Boa Vista	87,8	(83,8 – 91,0)	78,1	(73,6 – 82,6)
Campo Grande	87,7	(83,4 – 91,0)	86,6	(83,4 – 89,7)
Rio Branco	87,7	(83,5 – 91,0)	83,4	(79,5 – 87,2)
São Luís	86,7	(82,5 – 90,0)	82,0	(78,8 – 85,3)
São Paulo	84,8	(82,3 – 86,9)	89,1	(86,5 – 91,6)
Salvador	84,7	(80,5 – 88,1)	81,0	(77,6 – 84,3)
Porto Velho	84,7	(79,9 – 88,5)	83,9	(79,9 – 87,9)
Goiânia	83,5	(78,5 – 87,6)	79,8	(76,3 – 83,2)
Distrito Federal	83,5	(80,5 – 86,1)	76,9	(73,0 – 80,7)
Rio de Janeiro	83,4	(79,4 – 86,7)	84,3	(81,1 – 87,5)
Belém	83,2	(77,3 – 87,8)	78,6	(75,1 – 82,1)
Belo Horizonte	82,1	(78,1 – 85,5)	83,1	(79,7 – 86,6)
Florianópolis	81,8	(75,1 – 87,1)	86,3	(83,1 – 89,5)
João Pessoa	81,1	(76,6 – 85,0)	70,3	(66,2 – 74,5)
Teresina	80,7	(76,0 – 84,7)	73,6	(69,3 – 77,9)
Manaus	80,6	(76,4 – 84,2)	83,1	(79,5 – 86,7)
Natal	80,1	(74,5 – 84,7)	79,0	(75,2 – 82,8)
Fortaleza	75,9	(70,5 – 80,6)	73,0	(69,2 – 76,8)
Maceió	72,1	(66,8 – 76,9)	67,7	(63,2 – 72,1)
Aracajú	70,1	(62,7 – 76,6)	75,5	(71,5 – 79,4)
Macapá	69,8	(63,4 – 75,5)	77,1	(72,7 – 81,6)
Total de capitais	83,8	(82,8 – 84,7)	82,9	(81,9 – 83,8)

PNS: Pesquisa Nacional de Saúde; Vigitel: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

DISCUSSÃO

Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 apontam que, para o país, 79,4% de mulheres entre 25 e 64 anos de idade realizaram o exame Papanicolaou nos últimos 3 anos anteriores à pesquisa. Ao considerar os dados das capitais e do Distrito Federal, essa proporção aumenta para 83,8%, sem diferença quanto ao descrito pelo Sistema Vigitel (82,9%).

Para o Brasil como um todo, as maiores coberturas foram observadas entre mulheres de 35 a 54 anos, com maior escolaridade, brancas e residentes na área urbana. As moradoras das regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores proporções de realização do exame. Essas diferenças sociodemográficas também foram verificadas para o Brasil, conforme dados da PNAD 2008⁸, e para o conjunto das capitais brasileiras monitoradas pelo Sistema Vigitel¹¹, principalmente relacionados à escolaridade e à região de residência dessas mulheres, evidenciando desigualdades socioeconômicas. Nos inquéritos populacionais realizados em São Paulo e em Campinas, foram verificadas altas prevalências de cobertura (86,5 e 92,8%, respectivamente), entretanto não houve diferença segundo a escolaridade^{12,13}.

As maiores coberturas do exame de Papanicolaou foram relatadas por mulheres brancas. Dados da PNAD 2008 apontam diferenças de acesso a serviços de saúde quanto às características sociodemográficas, sendo maior na população com maior renda e escolaridade⁸, que por suas vezes variam conforme a raça/cor da pele.

O Sistema Vigitel 2013 também apontou menor proporção de realização do exame Papanicolaou entre mulheres de 25 a 35 anos (78,8%)¹¹, evidenciando necessidade de explorar estratégias de acesso aos grupos etários específicos.

As diferenças segundo áreas urbana e rural e regiões de residência podem estar relacionadas com a concentração dos serviços de saúde. No estudo sobre desigualdade de acesso em consultas médicas, utilizando dados da PNAD dos anos de 1998, 2003 e 2008, foi demonstrado acesso desigual aos serviços de saúde entre as regiões¹⁴. Outros estudos revelam que quanto melhor a situação socioeconômica dos indivíduos ou das regiões, melhor o estado de saúde e maior o acesso aos serviços de saúde^{15,16}. Apesar do país apresentar uma cobertura de quase 80%, ainda persistem diferenças quanto à proporção de cobertura de realização desse exame quanto a escolaridade, cor da pele e local de residência. O trabalho que tratou das iniquidades quanto à cobertura do Papanicolaou apontou, mesmo após análise ajustada, diferenças sociodemográficas¹⁷.

A PNS apontou que 88,4% das mulheres receberam o resultado do exame 3 meses após a data da coleta; com diferenças quanto à escolaridade e entre as moradoras em áreas urbanas. No Brasil não há recomendação estabelecida para monitorar o tempo entre a realização do exame de Papanicolaou e o recebimento do resultado. Entretanto, o INCA recomenda que o tempo máximo entre o recebimento do material pelo laboratório e a emissão do laudo seja de 30 dias¹⁸. Sendo assim, considerando que desses 3 meses, o tempo máximo para o processamento do exame no laboratório seria de 30 dias, os 60 dias restantes pode ser tempo demasiado entre o envio do material para o laboratório e a chegada do resultado ao serviço e a entrega ao paciente.

Dados do *Ontario Cervical Screening Program 2012 Report*, Canadá, revelaram que em 90% das mulheres que realizaram o exame de Papanicolaou, o tempo entre a coleta no serviço de saúde e o processamento dos exames no laboratório foi de 21 dias, tempo inferior ao observado em 2009 (45 dias)¹⁹.

O sucesso de um programa de rastreamento não se dá apenas com o acesso ao primeiro exame, mas sim com o seguimento completo de pessoas que, nesse exame de rastreamento, tenham apresentado resultados alterados. O atraso entre o recebimento do resultado do exame, a confirmação diagnóstica e o tratamento adequado podem influenciar na evolução clínica dos casos, implicando aumento de incidência, mas não tendo impacto sobre a mortalidade.

Com o Plano de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, foram adotadas diversas medidas visando reduzir a morbimortalidade do câncer de colo do útero. Uma delas foi a elaboração de Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, contendo condutas clínicas para o cuidado adequado às mulheres identificadas como possíveis portadoras de lesões precursoras do câncer do colo do útero e estabelecimento de diretrizes para a ampliação do acesso ao exame citopatológico. Também foi criado, em 2012, o Programa Nacional de Qualidade em Citopatologia, contendo medidas para a qualificação dos laboratórios de citopatologia de grande porte, e está em curso a estruturação de 20 Serviços de Confirmação Diagnóstica e Tratamento das Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero^{6,18,20-22}. Em 2016, as diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero foram revistas, ressaltando a importância dessa doença no contexto brasileiro²³. Com essa reestruturação, espera-se que aumente o percentual de mulheres que receberam o resultado em tempo oportuno.

A PNS é um dos instrumentos para o monitoramento das metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)⁶. Comparando à linha de base, verifica-se que não houve aumento da cobertura do exame de Papanicolaou em mulheres de 25 a 64 de idade anos nos últimos 3 anos.

Os resultados evidenciaram que, exceto para três capitais, não houve diferenças entre as estimativas de cobertura do exame Papanicolaou ao comparar a PNS e o Sistema Vigitel. Entretanto, deve-se considerar que a amostra do Sistema Vigitel se restringe aos que possuem telefone fixo, serviço com menores coberturas nas regiões Norte e Nordeste. Essa é, provavelmente, uma das razões das diferenças entre as frequências encontradas em ambos inquéritos. O uso de fatores de ponderação reduz esses vieses, buscando aproximar a população estudada pelo Vigitel daquela população estimada para cada município estudado em cada ano de realização do inquérito¹¹.

A despeito dessa limitação, verificou-se grande similaridade das prevalências estimadas por ambos inquéritos para monitorar a cobertura de exame Papanicolaou nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Tal constatação, aliada à agilidade e ao baixo custo de execução do sistema baseado em entrevistas telefônicas (cerca de um quinto do custo de uma entrevista domiciliar presencial)²⁴, demonstra que o Sistema Vigitel é adequado para monitorar esse indicador.

CONCLUSÃO

A PNS aponta uma cobertura do exame de Papanicolaou abaixo de 80%, sem aumento da prevalência quando comparado à linha de base utilizada para o monitoramento desse indicador. Verifica-se a presença de diferenças, principalmente regionais, quanto às coberturas de realização desse exame, o que pode impactar negativamente o alcance da meta de cobertura do exame de Papanicolaou.

Em contraponto, tanto a oferta desse exame em todas as Unidades Básicas de Saúde quanto a reorganização das redes de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, que vem ocorrendo nos últimos anos, podem contribuir para o aumento da cobertura e o alcance da meta desejada. Ressalta-se a importância de evoluir para um modelo de rastreamento organizado, em substituição ao oportunístico, com a garantia da confirmação diagnóstica e respectivo tratamento, como previsto no Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT⁶.

Ao comparar as estimativas da PNS e do Sistema Vigitel, para o total de capitais brasileiras e o Distrito Federal, verificou-se que o Sistema Vigitel tem sido útil no monitoramento desse indicador pelos profissionais e gestores, mostrando-se uma ferramenta relevante para a vigilância e a prevenção do câncer de colo de útero no país.

REFERÊNCIAS

1. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 [Internet]. Disponível em: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx (Acessado em 01 de outubro de 2015).
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
3. World Health Organization. Cancer Control. Knowledge into Action. WHO Guide for Effective Programmes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007. Disponível em: www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf (Acessado em 01 de outubro de 2015).
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_colo_uteru.pdf (Acessado em 01 de outubro de 2015).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 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: Ministério da Saúde; 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
7. Malta DC, Silva Junior JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2013; 22(1): 151-64. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100016&lng=en&nrm=iso&tlng=en (Acessado em 04 de outubro de 2017). <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016>

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde (PNAD, 2008). Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
9. Malta DC, Jorge AO. Análise de tendência de citologia oncológica e mamografia das capitais brasileiras. *Ciênc Cult* [Internet]. 2014; 66(1): 25-9. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252014000100012&lng=en (Acessado em 10 de outubro de 2015).
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf> (Acessado em 29 de setembro de 2015).
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasil: Ministério da Saúde; 2014.
12. Francisco PMSB, Barros MBA, Segri NJ, Alves MCGP, César CLG, Carandina L, et al. Comparação das estimativas de prevalência de indicadores de saúde no Município de Campinas, São Paulo, Brasil, nos anos de 2001/2002 (ISA-SP) e 2008/2009 (ISA-Camp). *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(6): 1149-60. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600012>
13. Segri NJ, Francisco PMSB, Alves MCGP, Barros MBA, Cesar CLG, Gouldbaum M, et al. Práticas preventivas de detecção de câncer em mulheres: comparação das estimativas dos inquéritos de saúde (ISA-Capital) e vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL-São Paulo). *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(Supl. 1): 31-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500004>
14. Cambota JN. Desigualdades sociais na utilização de cuidados de saúde no Brasil e seus determinantes [Internet]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12140/tde-11062012-190139/> (Acessado em 17 de outubro de 2015). DOI: 10.11606/T.12.2012.tde-11062012-190139
15. Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro [Internet]. Disponível em: <https://ideas.repec.org/p/cdp/texdis/td171.html> (Acessado em 14 de outubro de 2015).
16. Politi R. Desigualdade na utilização de serviços de saúde entre adultos: uma análise dos fatores de concentração da demanda. *Econ Apl*. 2014; 18: 117-37. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-8050/ea379>
17. Theme Filha MM, Leal MD, Oliveira EF, Esteves-Pereira AP, Gama SG. Regional and social inequalities in the performance of Pap test and screening mammography and their correlation with lifestyle: Brazilian national health survey, 2013. *Int J Equity Health*. 2016; 15(1): 136. <https://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0430-9>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 176 de 29 de janeiro de 2014: Altera dispositivos à Portaria nº 3.388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (Qualicito) no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasil: Ministério da Saúde; 2014.
19. Cancer Care Ontario. Ontario Cervical Screening Program 2012 Report [Internet]. Toronto, Canada, 2014. Disponível em: <https://www.cancercare.on.ca/cervicalreport> (Acessado em 12 de maio de 2016).
20. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil: Ministério da Saúde; 2013.
21. Malta DC, Silva Junior JB. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014; 23(3): 389-95. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000300002>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014: Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. Brasil: Ministério da Saúde; 2014.
23. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
24. Moura EC, Morais Neto OL, Malta DC, Moura L, Silva NN, Bernal R, et al. Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(Supl. 1): 20-37. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500003>

Recebido em: 13/05/2016

Versão final apresentada em: 30/08/2017

Aprovado em: 01/09/2017

