

MÔNICA CRISTINA MARZULLO DE FREITAS¹

LUIZ CLÁUDIO RIBEIRO²

MARCEL DE TOLEDO VIEIRA²

MARIA TERESA BUSTAMANTE TEIXEIRA³

RONALDO ROCHA BASTOS²

ISABEL CRISTINA GONÇALVES LEITE⁴

Fatores associados à utilização do teste de Papanicolaou entre mulheres idosas no interior do Brasil

Factors associated with the use of the Papanicolaou smear screening among older women in the interior of Brazil

Artigo Original

Palavras-chave

Idoso
Estudos transversais
Neoplasias do colo do útero
Acesso aos serviços de saúde
Diagnóstico
Esfregaço vaginal
Brasil

Keywords

Aged
Cross-sectional studies
Uterine cervical neoplasms
Health services accessibility
Diagnosis
Vaginal smears
Brazil

Resumo

OBJETIVOS: Verificar a cobertura, pelo teste de Papanicolaou, de idosas e os fatores associados. **MÉTODOS:** Foi desenvolvido um estudo de base populacional com inquérito domiciliar. Os critérios de inclusão foram mulheres com 60 anos de idade ou mais, com residência na zona norte do município de Juiz de Fora, com independência para responder ao questionário ou que dispusessem de informante. A entrevista foi composta por questões sociodemográficas, referentes ao estado geral de saúde das idosas, e sobre a prática preventiva em saúde da mulher. A seleção se deu por amostragem aleatória estratificada e conglomerada em múltiplos estágios. Para a análise dos fatores de associação, elaborou-se um modelo teórico com três blocos hierarquizados de variáveis, ajustadas entre si em cada um deles. As variáveis que obtiveram nível de significância menor ou igual a 0,2 foram incluídas no modelo de regressão de Poisson e ajustadas ao nível superior ao seu ($p < 0,1$). **RESULTADOS:** A submissão ao Papanicolaou foi de 84,1% (IC95% 79,0–88,4). A partir da regressão multivariada, três variáveis permaneceram associadas ao acesso ao teste de Papanicolaou: a situação conjugal “sem companheiro” (idosas solteiras, viúvas, separadas e divorciadas), a independência para execução das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) e a adesão ao exame de mamografia. Na análise interblocos estas variáveis continuaram significativamente associadas à de desfecho, e a independência para as AIVDs apresentou o mais alto poder de associação. **CONCLUSÕES:** Entre as idosas que compuseram a amostra estudada, observou-se variação acerca da utilização do teste de Papanicolaou. Uma adequação das políticas públicas de saúde em prol da formulação de diretrizes que priorizem o atendimento preventivo em caráter universal pode ser uma alternativa para solucionar as disparidades encontradas.

Abstract

PURPOSE: To verify the coverage, by Pap testing, of older women and the associated factors. **METHODS:** A population-based study was conducted by home interviews. The inclusion criteria were women aged 60 and over, living on the north side of the city of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil, self-sufficient to answer the questionnaire or having someone to answer on their behalf. The interview consisted of sociodemographic questions, regarding the general health of the older women, and preventive practices in women's health. The selection was made by random sampling, stratified and clustered in multiple stages. To analyze associated factors, a theoretical model was formulated with three hierarchical blocks of variables, adjusted to each other in each block. The variables that had a level of significance of 0.2 or less were included in the Poisson regression model and adjusted to their next highest level ($p < 0.1$). **RESULTS:** Pap testing occurred in 84.1% of cases (95%CI 79.0–88.4). Based on multivariate regression analysis, three variables remained significantly associated with access to Pap testing: the marital status “without partner” (older women who were single, widowed, separated or divorced), self-sufficiency to perform Instrumental Activities of Daily Living (IADLs) and adherence to mammography. In the interblock analysis these variables remained significantly associated with the outcome variable, and self-sufficiency for IADLs had the highest association. **CONCLUSIONS:** Among the older women comprising the study sample, was observed variation in the use of Pap testing. An adjustment of public health policies towards the formulation of policies giving priority to universal preventive care may be an alternative to solve the disparities observed.

Correspondência

Mônica Cristina Marzullo de Freitas
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora –
Departamento de Saúde Coletiva
Rua José Lourenço Kelmer s/nº – Campus Universitário – Martelos
CEP: 36036-900
Juiz de Fora (MG), Brasil

Recebido

27/03/2012

Aceito com modificações

13/08/2012

¹Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora – Juiz de Fora (MG), Brasil.

²Departamento de Estatística, Universidade Federal de Juiz de Fora – Juiz de Fora (MG), Brasil.

³Programa de Pós – Graduação em Saúde Coletiva e Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde, Universidade Federal de Juiz de Fora – Juiz de Fora (MG), Brasil.

⁴Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora – Juiz de Fora (MG), Brasil.

Conflito de interesses: não há.

Introdução

Em decorrência das grandes desigualdades sociais ainda encontradas em países em desenvolvimento, como o Brasil, a incidência de alguns tipos de neoplasias relacionadas ao nível de pobreza e às condições ambientais precárias persistem elevadas, tal qual o câncer de colo de útero (CCU)¹. Entretanto, esta neoplasia é considerada de fácil detecção e prevenção a partir do teste de Papanicolaou, uma estratégia de rastreamento pertencente ao conjunto de procedimentos cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que apresenta grande aceitabilidade pela população feminina e pelos profissionais de saúde^{2,3}. O preventivo é responsável pela diminuição da mortalidade do câncer cervical, principalmente nos países desenvolvidos, desde que realizado de forma organizada e tendo em vista a qualidade mínima dos testes.

O Brasil adota os critérios preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em relação à idade e periodicidade do Papanicolaou, em que a população-alvo é composta por mulheres que já iniciaram sua vida sexual ou que tenham entre 25 e 59 anos de idade. O exame é anual, e após dois resultados consecutivos negativos pode ser repetido em um intervalo de três anos⁴.

Apesar de as recomendações de rastreamento priorizarem mulheres pertencentes à faixa etária citada, a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC) demonstrou que, em países da América Latina e do Caribe, a incidência do câncer de colo de útero (e do estadiamento mais avançado do tumor) é alta no grupo de mulheres mais idosas⁵.

Existem algumas barreiras que impedem o êxito do rastreamento do câncer de colo de útero, especialmente em países em desenvolvimento, como a competição com outras necessidades em saúde mais emergenciais, as doenças infecciosas, as taxas de mortalidade significativamente altas e a falta de informação em saúde. De acordo com Dias-da-Costa et al.⁶, a baixa inserção social e a idade avançada, além da existência de doenças crônicas, também estão associadas à baixa cobertura dessas mulheres⁷.

No Brasil, ainda prevalece o modelo de rastreamento oportunístico, com a procura ocasional dos serviços de saúde por parte das mulheres por razões diversas. O resultado é o rastreamento excessivo de um pequeno grupo em detrimento da não cobertura de outro, e a não inclusão das mulheres cuja idade excede a faixa etária foco para o rastreio⁸.

Partindo do princípio da importância da prevenção desta condição, e diante da escassez de estudos transversais sobre a cobertura populacional do teste de Papanicolaou em mulheres mais velhas⁷, o presente estudo procurou analisar a utilização do teste de Papanicolaou por mulheres idosas do município Juiz de Fora, em Minas Gerais, e investigar os fatores associados à realização deste teste.

Métodos

O presente estudo transversal de base populacional está inserido em um estudo mais abrangente, o “Inquérito de Saúde no Município de Juiz de Fora, MG”, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, conforme o parecer nº 277/2009.

Os critérios de inclusão foram mulheres idosas com 60 anos de idade ou mais, residentes na zona norte do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, sem comprometimento cognitivo significativo ou acompanhadas de outro respondente capaz de completar o questionário. O processo de seleção se deu por amostragem aleatória estratificada e conglomerados em múltiplos estágios. As unidades primárias da amostragem foram os setores censitários da cidade.

Para o sorteio, os setores foram agrupados em estratos definidos de acordo com as diferentes modalidades de atenção à saúde a qual a população-alvo estava adscrita (atenção primária com ou sem Estratégia de Saúde da Família, atenção secundária ou área descoberta). No total, foram sorteados 22 setores censitários e o tamanho desejado para a amostra foi estimado em 324 questionários, incluindo 30% de possíveis perdas e considerando o valor hipotético de utilização do Papanicolaou de 80%⁹⁻¹².

Na coleta de dados, foram utilizados quatro instrumentos. O primeiro foi o miniexame do estado mental (MEEM)¹³, aplicado para averiguar a capacidade da idosa de responder de forma independente o questionário da pesquisa. Em caso de não atingir a pontuação mínima esperada, utilizava-se o recurso de outro respondente para dar continuidade à pesquisa. Se não existisse outro respondente, a idosa era excluída do estudo.

A escala de Katz, adaptada para a população idosa¹⁴, foi utilizada para a avaliação da capacidade funcional das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs)¹⁵ e a escala de Lawton-Brody, para a avaliação da capacidade funcional das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs)¹⁶. Finalmente, foi aplicado um questionário semiestruturado, subdividido em características sociodemográficas, do estado de saúde geral da idosa, do histórico de coleta prévia do teste de Papanicolaou e dos exames de detecção precoce para o câncer de mama (exame das mamas por profissional de saúde, autoexame das mamas e mamografia).

Um grupo de alunos pertencentes ao curso de graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora compuseram a equipe de entrevistadores, tendo sido devidamente selecionados e previamente treinados em três fases: teórica, prática piloto e treinamento prático.

A variável do desfecho do estudo foi “teste de Papanicolaou: sua realização ou não alguma vez ao longo de sua vida”. As variáveis independentes foram categorizadas em três blocos: características demográficas e

socioeconômicas, características referentes ao estado geral de saúde das idosas e características referentes às práticas preventivas em saúde da mulher.

O primeiro continha as seguintes questões: idade da idosa, condição do respondente (outro respondente ou a idosa), situação conjugal (com companheiro: casada, ou sem companheiro: solteira, viúva, separada ou divorciada), arranjo domiciliar (sozinha ou acompanhada), anos de escolaridade e nível socioeconômico.

O segundo bloco limitou-se a questionar: autopercepção da saúde, existência ou não de morbidades referidas, capacidade para executar as ABVDs e as AIVDs, dificuldade para andar e necessidade de ajuda para tal. Por último, no terceiro, foram alocadas as seguintes perguntas: realização ou não do exame das mamas por um profissional da saúde, do autoexame das mamas e da mamografia.

Ao final da coleta dos dados haviam sido aplicados 280 questionários, dos quais 28 foram excluídos por não terem contemplado o desfecho de interesse. Do total de 252 questionários analisados, 207 (82%) foram respondidos pela própria idosa e 45 (18%) por outro respondente.

Foi construído um modelo teórico hierarquizado¹⁷, agrupando as variáveis distais, referentes às características sociodemográficas, intermediárias, com questões acerca do estado geral de saúde das idosas; e as variáveis proximais, reunidas num terceiro bloco, correspondentes às práticas preventivas em saúde da mulher.

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 15.0. Na análise univariada, foram descritas as características sociodemográficas, do estado de saúde geral das idosas e das práticas em saúde da mulher. A análise bivariada estimou a razão de prevalência da realização do Papanicolaou. As variáveis que apresentaram valor $p \leq 0,2$ na análise bivariada foram levadas para análise multivariada. No ajuste entre os blocos, só participaram as variáveis com valor $p < 0,1$. As análises foram ajustadas pela regressão de Poisson.

Resultados

Ao final, 252 questionários foram analisados. Na amostra, 52,7% das mulheres tinham entre 60 e 69 anos de idade, 33% entre 70 e 79 anos e 14,3% com 80 anos ou mais. A condição “sem companheiro” concentrou superior porcentagem (60%), assim como as mulheres que residiam acompanhadas (86,7%). Em relação aos anos completos de estudo, 23,4% eram analfabetas e 67,3% tinham entre um e sete anos completos de estudo. Considerando o nível socioeconômico, de acordo com os critérios preconizados pela Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa (ABEP), 59,3% do total de idosas pertenciam à classe C (Tabela 1).

Tabela 1. Características pessoais e socioeconômicas da amostra

| Variáveis | Sim | | Não | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Papanicolaou | Papanicolaou | Papanicolaou | Papanicolaou |
| | n | % | n | % |
| Idade | | | | |
| 60–69 anos | 120 | 56,6 | 13 | 32,5 |
| 70–79 anos | 64 | 30,2 | 19 | 47,5 |
| 80 anos ou mais | 28 | 13,2 | 8 | 20,0 |
| Condição do respondente | | | | |
| Própria idosa | 178 | 84,0 | 29 | 72,5 |
| Situação conjugal | | | | |
| Sem companheiro | 118 | 56,8 | 33 | 82,5 |
| Arranjo domiciliar | | | | |
| Sozinha | 30 | 14,4 | 3 | 7,5 |
| Anos completos de estudo | | | | |
| 0 | 44 | 21,1 | 14 | 35,0 |
| 1–7 | 143 | 68,8 | 24 | 60,0 |
| 8 ou mais | 21 | 10,1 | 2 | 5,0 |
| Nível socioeconômico | | | | |
| Classes A e B | 36 | 17,3 | 3 | 7,5 |
| Classe C | 121 | 58,2 | 26 | 65,0 |
| Classe D | 51 | 24,5 | 11 | 27,5 |
| Capacidade funcional para realização das ABVDs | | | | |
| Independência | 175 | 98,3 | 29 | 100,0 |
| Dependência moderada | 2 | 1,1 | 0 | 0,0 |
| Dependência importante | 1 | 0,6 | 0 | 0,0 |
| Capacidade funcional para realização das AIVDs | | | | |
| Independência | 172 | 96,6 | 23 | 79,3 |
| Dependência parcial | 6 | 3,4 | 6 | 20,7 |
| Dificuldade para andar | | | | |
| Sim | 64 | 36,0 | 15 | 51,7 |
| Necessidade de ajuda para andar | | | | |
| Não | 158 | 88,8 | 26 | 84,0 |
| Ajuda humana/bengala/muleta | 20 | 11,2 | 5 | 16,0 |
| Autopercepção do estado de saúde | | | | |
| Excelente/muito bom | 39 | 21,9 | 6 | 20,7 |
| Bom | 51 | 28,7 | 5 | 17,2 |
| Regular/ruim | 88 | 49,4 | 18 | 62,1 |
| Problemas de saúde | | | | |
| Sim | 154 | 86,5 | 26 | 89,7 |
| Exame das mamas por profissional de saúde no último ano | | | | |
| Sim | 138 | 65,1 | 15 | 37,5 |
| Autoexame das mamas | | | | |
| Não faz | 44 | 20,7 | 13 | 32,5 |
| Faz, mas não tem frequência definida | 100 | 47,2 | 19 | 47,5 |
| Faz mensalmente ou com mais frequência | 56 | 26,4 | 5 | 12,5 |
| Faz anualmente ou duas vezes ao ano | 2 | 1,0 | 0 | 0,0 |
| Não sei/Não respondido | 10 | 4,7 | 3 | 7,5 |
| Mamografia | | | | |
| Sim | 167 | 79,1 | 7 | 17,5 |

ABVDs: Atividades Básicas de Vida Diária; AIVDs: Atividades Instrumentais de Vida Diária.

Tabela 2. Submissão ao teste de Papanicolaou segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, referentes ao estado geral de saúde das idosas e às práticas preventivas em saúde da mulher

| Variáveis | % | RPbruta (IC95%) | Valor p | RPajustada (IC95%) | Valor p |
|---|------|------------------|---------|--------------------|---------|
| Bloco 1: Variáveis demográficas e socioeconômicas | | | | | |
| Idade (anos) | | | 0,007 | | 0,9 |
| 60–69 | 56,6 | Referência | | Referência | |
| 70–79 | 30,2 | 0,3 (0,1 – 0,7) | | 0,7 (0,2 – 2,1) | |
| 80 ou mais | 13,2 | 0,3 (0,1 – 1,0) | | 1,6 (0,6 – 4,6) | |
| Condição do respondente | | | 0,05 | | 0,3 |
| Outro respondente | 16,0 | Referência | | Referência | |
| Idoso | 84,0 | 2,1 (0,9 – 4,6) | | 1,4 (0,6 – 3,6) | |
| Situação conjugal | | | 0,001 | | 0,005 |
| Sem companheiro | 56,8 | Referência | | Referência | |
| Com companheiro | 43,2 | 3,5 (1,5 – 8,4) | | 3,6 (1,4 – 9,0) | |
| Arranjo domiciliar | | | 0,1 | | 0,06 |
| Acompanhada | 85,6 | Referência | | Referência | |
| Sozinha | 14,4 | 0,4 (0,1 – 1,6) | | 0,2 (0,07 – 1,1) | |
| Anos completos de estudo | | | 0,07 | | 0,06 |
| 0 | 21,1 | Referência | | Referência | |
| 1–7 | 68,8 | 1,9 (0,9 – 4,0) | | 1,5 (0,2 – 8,9) | |
| 8 ou mais | 10,1 | 3,4 (0,7 – 16,4) | | 0,9 (0,1 – 5,0) | |
| Nível socioeconômico | | | 0,1 | | 0,5 |
| Classes A e B | 17,3 | Referência | | Referência | |
| Classe C | 58,2 | 0,3 (0,1 – 1,3) | | 0,4 (0,09 – 1,9) | |
| Classe D | 24,5 | 0,3 (0,09 – 1,4) | | 0,8 (0,3 – 2,1) | |
| Bloco 2: Variáveis referentes ao estado geral de saúde das idosas | | | | | |
| Autopercepção do estado de saúde | | | 0,14 | | 0,6 |
| Regular/Ruim | 49,4 | Referência | | Referência | |
| Excelente/Muito bom/Bom | 50,6 | 1,6 (0,7 – 3,7) | | 1,1 (0,4 – 2,9) | |
| Capacidade funcional para realização das AIVDs* | | | 0,002 | | 0,002 |
| Dependência parcial | 3,4 | Referência | | Referência | |
| Independência | 96,6 | 7,4 (2,2 – 25,1) | | 6,9 (2,0 – 23,7) | |
| Dificuldade para andar | | | 0,08 | | 0,2 |
| Não | 64,0 | Referência | | Referência | |
| Sim | 36,0 | 0,5 (0,2 – 1,1) | | 0,5 (0,2 – 1,4) | |
| Bloco 3: Variáveis referentes às práticas preventivas em saúde da mulher | | | | | |
| Exame das mamas por profissional de saúde no último ano | | | 0,001 | | 0,1 |
| Não | 34,4 | Referência | | Referência | |
| Sim | 65,6 | 3,0 (1,5 – 6,1) | | 1,3 (0,9 – 2,1) | |
| Autoexame das mamas | | | 0,06 | | 0,1 |
| Não faz | 20,7 | Referência | | Referência | |
| Faz | 79,3 | 1,9 (0,9 – 4,2) | | 1,7 (0,7 – 3,7) | |
| Mamografia | | | <0,001 | | 0,01 |
| Não | 19,8 | Referência | | Referência | |
| Sim | 80,2 | 1,7 (1,4 – 2,1) | | 2,1 (1,1 – 3,9) | |

RPajustada: Razão de Prevalência ajustada; RPbruta: Razão de Prevalência bruta; AIVDs: Atividades Instrumentais de Vida Diária; *Lawton e Brody¹⁶

Em relação à capacidade funcional para as atividades de vida diária, 98,5% foram classificadas como independentes para a realização das ABVDs e 94,2% para as AIVDs. Quanto à deambulação, 62,2% mostraram-se independentes, e 88% não dispunham de qualquer tipo de ajuda. Tratando-se do estado geral de saúde, 51,2% apresentaram autopercepção regular ou ruim e 27% relataram dispor de bom estado de saúde. Sobre as morbidades autorreferidas, 87% das idosas relataram a existência de alguma outra doença.

A frequência de coleta informada do teste de Papanicolaou foi de 84,1% (IC95% 79–88,4), sendo que 36,8% o fizeram há menos de um ano e 30,2% há mais de três anos. Já o nível de atenção em saúde prevalente para a cobertura a unidade primária de saúde foi 44,3%. Em relação à natureza do serviço, 59,4% das mulheres utilizaram o SUS.

Analisando-se as práticas em saúde da mulher, entre as já submetidas ao teste de Papanicolaou, 56,6% pertenciam à faixa etária compreendida entre 60 e 69 anos; 65,1% tiveram suas mamas examinadas por um profissional de saúde no último ano; 47,2% utilizaram o autoexame das mamas sem frequência definida; e 79% já haviam sido submetidas à mamografia, ao passo que, entre as mulheres que nunca se submeteram ao Papanicolaou, somente 17,5% haviam sido submetidas à mamografia (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta as análises bivariadas e multivariadas dos blocos formados pelas variáveis relacionadas aos fatores demográficos e socioeconômicos, às questões que envolvem o estado de saúde geral das idosas e, finalmente, às práticas preventivas em saúde da mulher. Na regressão multivariada, três variáveis apresentaram significativa associação ($p < 0,1$) com o teste de Papanicolaou: entre as variáveis do nível mais distal (bloco 1 do organograma), a situação conjugal “sem companheiro”, com Razão de Prevalência ajustada (RPajustada) = 3,6 (IC95% 1,4–9,0).

No segundo bloco, a independência para a realização das AIVDs, com RPajustada = 6,9 (IC95% 2,0–23,7), e no terceiro bloco, referente às práticas preventivas em saúde da mulher, a submissão à mamografia, com (RPajustada = 2,1 (IC95% 1,1–3,9)). Na análise interblocos, estas variáveis continuaram significativas e a independência para as AIVDs apresentou o mais alto poder de associação.

Discussão

A cobertura do teste de Papanicolaou encontrada no presente trabalho apresentou resultado semelhante ao de outros autores⁶. Valores superiores a 90% foram descritos em estudo em Rhode Island¹⁰, Estados Unidos e na Grã-Bretanha¹¹. Em pesquisa conduzida na Coreia¹², 75,5% das mulheres relataram haver se submetido alguma vez ao teste

de Papanicolaou. Em São Paulo foi descrito percentual ainda mais baixo, em que no grupo etário com mais de 60 anos de idade houve queda de 11,7% em 2002 para 9,4% em 2007, ressaltando a necessidade de busca ativa desta população⁸.

Em relação à idade, o presente estudo mostrou, assim como trabalhos anteriores o fizeram, que na análise bruta, quanto mais idosa a mulher, menor a chance de utilização do Papanicolaou^{5,11,18,19}, neste caso, persistindo o efeito após o ajuste do modelo de determinação. Possíveis justificativas seriam que mulheres de mais idade não se consideram sexualmente ativas, adiando o teste ou subestimando seu tempo de intervalo.

Outras doenças decorrentes do envelhecimento tornam-se prioritárias, tanto pelas próprias idosas quanto pelos profissionais de saúde. Além disso, a ansiedade em relação à intimidade perante o profissional de saúde, a falta de conforto diante do exame e o medo frente à possibilidade de tratamento oncológico fazem com que o diagnóstico do câncer esteja culturalmente associado à morte, possíveis mutilações e dor^{5,11,18-21}.

Analisando-se as ABVDs e as AIVDs e a necessidade de ajuda para andar, a incapacidade funcional está associada a não utilização do teste, confirmando os achados de outros autores. Em geral, essas mulheres tendem a enfrentar mais dificuldades de acesso aos serviços de saúde pela falta de transporte especial e de conhecimento dos próprios provedores de saúde: muitos associam esta condição à limitação da prática sexual. A incapacidade está ligada também a indicadores socioeconômicos como desemprego, menor grau de escolaridade e menor renda, que são condições de empecilho ao rastreamento^{5,10,22}.

No presente estudo, contrariando os achados de outras pesquisas^{5,10}, as idosas na condição de “sem companheiro” estiveram associadas à submissão ao teste. Alguns autores destacam, porém, que as mulheres sem companheiro, mas sexualmente ativas, se submetem mais ao teste do que as idosas casadas¹⁰.

A situação de “viver sozinha”, ser viúva ou divorciada, a autoavaliação “menos saudável” e a baixa escolaridade e renda estiveram associadas à menor cobertura do teste. O grau de escolaridade deve ser considerado em modelos explicativos para a prática do exame por ser um importante indicador teórico demográfico para o desfecho, podendo, no entanto, estar relacionado a um sub-relato, uma vez que, nesta pesquisa, as informações provinham das próprias entrevistadas^{5,11,19,23,24}.

Em relação às práticas em saúde da mulher (mamografia e Papanicolaou) comparando às que já se submeteram

ao Papanicolaou, houve maior frequência da submissão à mamografia.

Na presente pesquisa, a adesão ao Papanicolaou, assim como a exames de maior complexidade, como a mamografia, esteve relacionada à capacidade da idosa em dispor de um plano/seguro privado ou público de saúde, assim como em outros trabalhos^{5,18,23,24}. A justificativa baseia-se na afirmativa de que os planos de saúde geralmente cobrem os gastos do exame.

Para se comparar o presente estudo a outras referências internacionais, deve-se considerar que as estratégias de rastreamento variam de acordo com o território, e sua forma peculiar de organização pode influenciar seu êxito. O tipo de rastreamento adotado, além das variáveis independentes escolhidas para o estudo, pode explicar a variação dos resultados encontrados²⁵.

O presente estudo apresenta algumas limitações, como a possibilidade da existência do viés recordatório, uma vez que os dados foram coletados a partir das informações fornecidas pelas próprias idosas ou por outro respondente. Há também a chance de ocorrer o viés de informação, em que mulheres podem não saber diferenciar o teste de Papanicolaou da colposcopia, e ainda superestimar a sua utilização por ser a conduta ideal e esperada dessas mulheres.

Os questionários foram aplicados na residência das idosas, não havendo, assim, um banco de dados confiável no qual as respostas poderiam ser conferidas quanto à veracidade. Por outro lado, o estudo de base populacional tende a minimizar o risco do viés do “paciente saudável”, uma vez que a residência é um local imparcial, onde se encontram mulheres que podem ou não frequentar regularmente os serviços de saúde. O inquérito domiciliar possibilita também que seja conhecida a cobertura real do exame sobre as mulheres, e não simplesmente o número de exames realizados.

O presente estudo sugere que a utilização do teste de Papanicolaou pelas idosas está associado mais fortemente ao grupo composto por aquelas que vivem sem companheiro, independentes para as AIVDs e que também já fizeram uso da mamografia. O envelhecimento populacional deve levar à reflexão quanto ao direcionamento de políticas públicas de saúde. No caso do câncer de colo de útero, como forma de priorizar o atendimento preventivo em caráter universal, devem haver incentivos à prática do Papanicolaou independente da idade da mulher, além da implementação de uma rotina de prevenção secundária, baseada em diagnóstico precoce e tratamento imediato eficaz.

Referências

- Guerra MR, Gallo CVM, Azevedo G, Mendonça S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev Bras Cancerol.* 2005;51(3):227-34.
- Greenwood SA, Machado MFAS, Sampaio NMV. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolaou. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2006;14(4):503-9.
- Ozawa C, Marcopito LF. [Papanicolaou smear screening: coverage in two home surveys applied in the city of São Paulo in 1987 and 2001-2002]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33(5):238-45. Portuguese.
- 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(Supl 2):S301-9.
- Reyes-Ortiz CA, Velez LF, Camacho ME, Ottenbacher KJ, Markides KS. Health insurance and cervical cancer screening among older women in Latin American and Caribbean cities. *Int J Epidemiol.* 2008;37(4):870-8.
- Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Borba AT, et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(1):191-7.
- Denny L. The prevention of cervical cancer in developing countries. *BJOG.* 2005;112(9):1204-12.
- Vale DBAP, Morais SS, Pimenta AL, Zeferino LC. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(2):383-90.
- Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. [Coverage of the Pap smear in Brazil and its determining factors: a systematic literature review]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(8):485-92. Portuguese.
- Liu SY, Clark MA. Breast and cervical cancer screening practices among disabled women aged 40-75: does quality of the experience matter? *J Womens Health (Larchmt).* 2008;17(8):1321-9.
- Moser K, Patnick J, Beral V. Inequalities in reported use of breast and cervical screening in Great Britain: analysis of cross sectional survey data. *BMJ.* 2009;338:b2025.
- Park MJ, Park EC, Choi KS, Jun JK, Lee HY. Sociodemographic gradients in breast and cervical cancer screening in Korea: the Korean National Cancer Screening Survey (KNCS) 2005-2009. *BMC Cancer.* 2011;11:257.
- Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-psiquiatr.* 1994;52(1):1-7.
- Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(2):317-25.
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.* 1963;185(12):914-9.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9(3):179-86.
- Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997;26(1):224-7.
- Ross JS, Nuñez-Smith M, Forsyth BA, Rosenbaum JR. Racial and ethnic differences in personal cervical cancer screening amongst post-graduate physicians: results from a cross-sectional survey. *BMC Public Health.* 2008;8:378.
- Hansen BT, Hukkelberg SS, Haldorsen T, Eriksen T, Skare GB, Nygård M. Factors associated with non-attendance, opportunistic attendance and reminded attendance to cervical screening in an organized screening program: a cross-sectional study of 12,058 Norwegian women. *BMC Public Health.* 2011;11:264.
- Rafael RMR, Moura ATMS. Barreiras na realização da colpocitologia oncológica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(5):1045-50.
- Novaes CO, Mattos IE. Prevalência e fatores associados a não utilização de mamografia em mulheres idosas. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(Supl 2):S310-20.
- Haseen F, Adhikari R, Soonthornhada K. Self-assessed health among Thai elderly. *BMC Geriatr.* 2010;10:30.
- Nelson W, Moser RP, Gaffey A, Waldron W. Adherence to cervical cancer screening guidelines for U.S. women aged 25-64: data from the 2005 Health Information National Trends Survey (HINTS). *J Womens Health (Larchmt).* 2009;18(11):1759-68.
- Lee HY, Ju E, Vang PD, Lundquist M. Breast and cervical cancer screening among Asian American women and Latinas: does race/ethnicity matter? *J Womens Health (Larchmt).* 2010;19(10):1877-84.
- Palència L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, Puigpinós R, Pons-Vigués M, Pasarín MI, et al. Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. *Int J Epidemiol.* 2010;39(3):757-65.