

Motivos e fatores relacionados à não adesão ao rastreamento do câncer de mama e do colo uterino na atenção primária à saúde em São José do Rio Preto – SP após pandemia de COVID-19

Reasons and factors related to non-adherence to breast and cervical cancer screening in primary health care in São José do Rio Preto - SP after the COVID-19 pandemic

Leonardo Cortez Guerra¹, Leidiaine Neris Arêdes², Vitor Boutros Carvalho³, Alexandre Justi de Paula dos Santos⁴, Eloá Pinho Maia⁵, Renata Prado Bereta Vilela⁶, Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice⁷

Guerra LC, Arêdes LN, Carvalho VB, Santos AJP, Maia EP, Vilela RP, Sanfelice FAN. Motivos e fatores relacionados à não adesão ao rastreamento do câncer de mama e do colo uterino na atenção primária à saúde em São José do Rio Preto – SP após pandemia de COVID-19 / *Reasons and factors related to non-adherence to breast and cervical cancer screening in primary health care in São José do Rio Preto - SP after the COVID-19 pandemic*. Rev Med (São Paulo). 2023 set-out;102(5):e-208207.

RESUMO: *Objetivo:* Identificar os motivos e os fatores associados à não realização da mamografia e do exame de Papanicolaou. *Métodos:* Este estudo observacional transversal foi conduzido por meio de entrevistas com mulheres de 25 a 69 anos em unidades básicas de saúde. *Resultados:* Foram incluídas 441 mulheres no estudo, sendo 404 elegíveis para o rastreamento do câncer de colo do útero e 208 para o rastreamento de câncer de mama. A realização da mamografia foi associada ao nível de educação ($p<0,001$), histórico familiar de câncer de mama ($p=0,047$), autoavaliação do estado de saúde ($p<0,001$) e conhecimento prévio sobre a faixa etária ($p<0,001$) e frequência ($p<0,001$) do rastreamento preconizada pelo Ministério da Saúde. Contudo, a adesão ao exame de rastreamento do câncer cervical foi associada à idade ($p=0,012$), autoavaliação do estado de saúde ($p<0,001$) e conhecimento prévio sobre a faixa etária ($p<0,001$) e frequência ($p=0,027$) do exame. Em ambos os grupos, os principais motivos da não adesão ao rastreamento foram: falta de tempo, dificuldade no agendamento na consulta e/ou exame e a pandemia de SARS-Cov-2. *Conclusão:* Fatores socioeconômicos e educação em saúde influenciam a decisão de participar da prevenção secundária dessas neoplasias. Desse modo, as políticas de saúde devem ser intensificadas, abordando esses tópicos para elevar as taxas de adesão aos exames.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de Mama; Câncer de Colo Uterino; Mamografia; Teste de Papanicolaou; Prevenção Secundária; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: *Objective:* To identify the reasons and factors associated with non-adherence of mammogram and Pap smear. *Methods:* This cross-sectional observational study was conducted through interviews with women between 25 and 69 years-old in basic health units. *Results:* 441 women were included in the study, 404 of whom were eligible for cervical cancer screening and 208 for breast cancer screening. Mammogram adherence was associated with educational level ($p<0.001$), family history of breast cancer ($p=0.047$), self-assessment of health status ($p<0.001$) and prior knowledge about age group ($p<0.001$) and frequency ($p<0.001$) of screening recommended by the Ministry of Health. However, the decision of undergo cervical cancer screening exam was associated with age ($p=0.012$), self-assessment of health status ($p<0.001$) and prior knowledge about age group ($p<0.001$) and frequency ($p=0.027$) of exam. In both groups, the main reasons for non-adherence to screening were: lack of time, difficulty scheduling appointments and/or tests, and the SARS-Cov-2 pandemic. *Conclusion:* Socioeconomic factors and health education influence the decision to participate in the secondary prevention of these neoplasms. Thus, health policies should be intensified addressing these topics to increase the adherence rate to exams.

KEYWORDS: Breast Neoplasms; Uterine Cervical Neoplasms; Mammography; Papanicolaou Test; Secondary Prevention; Primary Health Care.

1. Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Faculdade de Medicina de Catanduva (FAMECA), Catanduva, SP, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7614-6602> E-mail: leonardocortez_guerra@hotmail.com.

2. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9221-6922>. E-mail: leidineris@hotmail.com.

3. Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto, SP, Brasil. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-0226-6403>. E-mail: vitor_boutros@hotmail.com.

4. Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Marília, SP, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4525-6715>. E-mail: alexandrejusti97@gmail.com.

5. Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto, SP, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0002-1229>. E-mail: eloamaia2012@gmail.com.

6. Faculdade Ceres (FACERES), Programa de Integração Comunitária, São José do Rio Preto, SP, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0329-9648>. E-mail: renata_bereta@hotmail.com.

7. Faculdade Ceres (FACERES), Programa de Integração Comunitária, São José do Rio Preto, SP, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0803-5833>. E-mail: fersanfe@hotmail.com.

Endereço para correspondência: Fernanda Aparecida Sanfelice. Av. Anísio Haddad 6751, Jardim Francisco Fernandes, São José do Rio Preto-SP, Brasil. CEP: 15090-305. E-mail: fersanfe@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama e o câncer do colo do útero são relevantes problemáticas de saúde pública, sendo, respectivamente, a primeira e a terceira neoplasia mais frequentes nas mulheres brasileiras, excluindo-se o câncer de pele não melanoma¹. No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima a incidência de 66.280 novos casos de câncer de mama e 16.590 novos casos de câncer de colo do útero por ano no triênio 2020-2022¹. Embora nos últimos anos tenha havido uma diminuição da mortalidade por essas neoplasias no Brasil, essa redução não ocorreu de forma homogênea em todo o território. Por exemplo, os índices de mortalidade por câncer de mama nas regiões Norte e Nordeste aumentaram, especialmente em áreas distantes das capitais estaduais². Em países industrializados, como os Estados Unidos, também houve diminuição da mortalidade por câncer de mama nas últimas décadas, principalmente entre mulheres brancas não hispânicas, mulheres entre 45 e 64 anos e mulheres que vivem na região nordeste do país³. Globalmente, houve estabilização ou queda das taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero, sobretudo em países que possuem vacinação contra o papilomavírus humano e rastreamento efetivo dessa neoplasia⁴.

Estudos têm mostrado que o atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama resultam em impactos negativos na sobrevida e prognóstico das pacientes⁵. No Brasil, o tempo para o diagnóstico do câncer de mama foi superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde, contudo, o tempo para o tratamento encontra-se dentro dos parâmetros⁶. Pela diretriz para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil, recomenda-se a realização bianual da mamografia entre 50 e 69 anos para a população de risco habitual⁷.

O câncer do colo uterino é causado pela infecção persistente do papilomavírus humano (HPV), o qual apresenta-se na maioria das vezes com lesões subclínicas visíveis apenas após aplicação de reagentes e por meio de técnicas de colposcopia⁸. O Ministério da Saúde preconiza que toda mulher entre 25 e 64 anos, de risco habitual, a partir do início da sua vida sexual, deve comparecer a uma consulta ginecológica e o coletar o teste de Papanicolaou de periodicidade anual nos 2 primeiros anos e posteriormente trienal⁹.

No Brasil, a atenção primária é o principal setor responsável pela prevenção secundária das neoplasias. Entretanto, há inúmeras barreiras no quesito da não realização dos exames de rastreamento. Dentre as barreiras relacionadas com o sistema de saúde, podemos elencar: desorganização dos serviços, recursos financeiros escassos, conflito entre as sociedades médicas em relação à indicação desses exames, baixa adesão pelos profissionais da saúde, entre outros¹⁰. Existem também as barreiras relacionadas ao conhecimento, que pode sofrer influências de questões

socioeconômicas e questões próprias do indivíduo¹¹. Outro empecilho relativamente recente foi a pandemia causada pelo SARS-Cov-2, momento em que recursos financeiros, materiais, humanos e administrativos foram direcionados para o controle da pandemia e, além disso, a sociedade estava apreensiva em relação a frequentar serviços de saúde pela possibilidade de contrair a infecção viral¹².

O objetivo deste trabalho é identificar os fatores e os motivos associados à não adesão aos exames de rastreamento do câncer de mama e do colo do útero após a pandemia de COVID-19 em São José do Rio Preto (SP).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal quantitativo no qual se buscou investigar o motivo da não realização dos exames preventivos (mamografia e exame de Papanicolaou) em usuárias do Sistema Único de Saúde em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de São José do Rio Preto realizado pela Faculdade Ceres (FACERES) através da utilização de um instrumento com questões fechadas e abertas, adaptadas de outros trabalhos.

O critério de seleção das UBS do município de São José do Rio Preto foi pertencer à Região Central, onde ocorria a integração ensino-serviço através da disciplina Programa de Integração Comunitária (PIC), onde foram encontrados menores taxas de coberturas aos exames preventivos, segundo dados do Painel de Monitoramento de 2018, emitido pela Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto.

Os critérios de inclusão das participantes foram: deve consentir com o estudo e preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), mulheres com idade entre 25 e 69 anos no momento da entrevista e residir na região central do município. Foram excluídas do estudo mulheres com história pessoal de câncer de mama e/ou do colo do útero e mulheres com baixa capacidade cognitiva com dificuldades de entendimento do objetivo da pesquisa durante a aplicação do TCLE. Além disso, mulheres com história de histerectomia subtotal ou total não foram incluídas no grupo de rastreamento para o câncer do colo do útero.

Os dados foram coletados entre os meses de maio e junho de 2022 simultaneamente entre as UBS após autorização da Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto e da gerência dessas unidades. O procedimento de coleta foi realizado conforme os preceitos éticos do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com a aprovação do parecer nº 3.903.473 e CAAE: 28293020.9.0000.8083. Os pesquisadores abordaram as mulheres nas unidades e, após verificarem os critérios de elegibilidade e apresentarem o TCLE, solicitaram que respondessem aos questionamentos da entrevista, ficando a cargo do pesquisador anotar as respostas e esclarecer quaisquer dúvidas sobre as perguntas. Nenhuma mulher foi pressionada ou coagida para responder

à entrevista. Em caso de negativa, o pesquisador agradecia à pessoa e deixava em aberto o convite para a participação.

Após a coleta dos dados, a amostra foi dividida em dois grupos conforme a faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde para a realização dos exames preventivos: rastreamento do câncer de mama (mulheres de 50 a 69 anos) e rastreamento do câncer do colo do útero (mulheres de 25 a 64 anos). Mulheres com idade na intersecção desses dois grupos foram incluídas em ambos.

As variáveis analisadas foram:

- Adesão ao rastreamento do câncer de mama: aderente ou não aderente. Para ser considerada aderente, a mulher deve ter realizado pelo menos 01 mamografia nos últimos 2 anos.
- Adesão ao rastreamento do câncer do colo do útero: aderente ou não aderente. Para ser considerada aderente, a mulher deve ter realizado pelo menos 01 exame de Papanicolaou nos últimos 3 anos.
- Idade: quantificada em anos. A amostra foi separada em dois grupos, mulheres abaixo dos 60 anos e mulheres com idade maior ou igual a 60 anos, ou seja, idosas.
- Grau de escolaridade: quantificada em anos de estudo. A amostra foi separada em dois grupos, mulheres com menos de 12 anos de escolaridade e mulheres com escolaridade maior ou igual a 12 anos de estudo, ou seja, que concluíram o ensino médio.
- Estado civil: classificado em solteira; casada / união estável; viúva ou divorciada.
- Religião: classificado em católica, evangélica, espírita e outras.
- Renda familiar: quantificada em número de salários mínimos. O salário mínimo em 2022, na época da coleta de dados, era R\$ 1.212,00.
- Histórico familiar de câncer de mama: presença ou ausência de familiar de primeiro grau com história pessoal de câncer de mama.
- Histórico familiar de câncer do colo do útero: presença ou ausência de familiar de primeiro grau com história pessoal de câncer do colo do útero.
- Estado de saúde: variável na qual as mulheres quantificaram o estado atual de saúde atribuindo uma nota, sendo a nota mínima 0 e a máxima 10.
- Data da última mamografia: tempo decorrido em anos da realização da última mamografia. Há a possibilidade de a participante nunca ter realizado ou não se recordam.
- Data do último exame de Papanicolaou: tempo decorrido em anos da realização do último exame de Papanicolaou. Há a possibilidade de a participante nunca ter realizado ou não se recordam.

- Motivos pela não adesão aos exames de rastreamento: variável descritiva na qual as pacientes relatam o(s) motivo(s) da não realização dos exames. Havia algumas opções pré-codificadas e um espaço em branco para preenchimento do examinado caso não houvesse alternativa contemplando o motivo dado pela participante.

- Conhecimento prévio sobre a faixa etária e a frequência dos exames: foram adotadas como respostas corretas as indicações dos exames pelo Ministério da Saúde em população de risco habitual, ou seja, a mamografia é indicada bianualmente para mulheres de 50 a 69 anos e o exame de Papanicolaou é indicado a cada três anos para mulheres de 25 a 64 anos após 2 exames anuais sem alterações.

A análise exploratória dos dados inclui média, mediana e variação para variáveis contínuas e número e proporção para variáveis categóricas. A distribuição normal das variáveis contínuas foi verificada pela assimetria, curtose e teste de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis autoavaliação do estado de saúde e renda familiar apresentaram distribuição não normal. A comparação entre as variáveis categóricas foi realizada pelo teste Qui-Quadrado de Pearson e a comparação das variáveis contínuas pelo teste de Mann-Whitney. A análise estatística foi realizada com o uso do *software International Business Machines Statistical Package for the Social Sciences* (IBM-SPSS Inc., Chicago, Illinois, Estados Unidos). Todos os testes foram bicaudais e valores de $p < 0,05$ foram considerados significantes.

RESULTADOS

Ao total, foram analisados os dados de 441 mulheres entre 25 e 69 anos, a média da idade na amostra foi de 47,2 anos. Durante a pesquisa foram excluídos da análise 17 pacientes por não pertencerem à faixa etária dos exames de rastreamento do câncer de colo do útero e/ou do câncer de mama ou por não informarem a data de nascimento durante a entrevista.

Relação entre o rastreamento e as Unidades de Saúde

A distribuição das pacientes foi semelhante em relação às Unidades Básicas de Saúde da Família: UBSF 1 (20,6%), UBSF 2 (18,1%), UBSF 3 (20%), UBSF 4 (20,4%) e UBSF 5 (20,9%). Ao analisar a relação entre unidade de saúde frequentada pelas participantes do estudo e a realização dos exames, foi evidenciado que a adesão aos exames de mamografia ($\chi^2=6,781$) e colpocitologia oncológica ($\chi^2=7,162$) não dependem da Unidade de Saúde que a paciente frequenta (Tabela 1 e 2).

Tabela 1 - Características das mulheres sob rastreamento do câncer de mama e fatores associados à adesão.

	Não aderente	Aderente	valor p
Idade (n/%)			0,093
< 60 anos	43 (20,7)	69 (33,2)	
≥ 60 anos	48 (23,1)	48 (23,1)	
Unidade de Saúde (n/%)			0,148
UBSF 1	15 (7,2)	28 (13,5)	
UBSF 2	28 (13,5)	20 (9,6)	
UBSF 3	17 (8,2)	21 (10,1)	
UBSF 4	14 (6,7)	26 (12,5)	
UBSF 5	17 (8,2)	22 (10,6)	
Tempo desde a última mamografia (n/%)			
Até 2 anos	-	117 (56,3)	
Há 3 anos	23 (11,1)	-	
Há 4 anos	23 (11,1)	-	
Nunca realizou	2 (1)	-	
Não se recordam	9 (4,3)	-	
Nível educacional (n/%)			0,001***
< 12 anos de estudo	50 (24)	37 (17,8)	
≥ 12 anos de estudo	41 (19,7)	80 (38,5)	
Estado civil (n/%)			0,568
Solteira	14 (6,7)	19 (9,1)	
Casada / União estável	43 (20,7)	63 (30,3)	
Viúva	18 (8,7)	22 (10,6)	
Divorciada	16 (7,7)	13 (6,3)	
Religião (n/%)			0,505
Católica	46 (22,1)	66 (31,7)	
Evangélica	33 (15,9)	38 (18,3)	
Espírita	6 (2,9)	9 (4,3)	
Outra	0 (0)	1 (0,5)	
Renda familiar (posto médio)	57,89	60,86	0,632
Histórico familiar de câncer de mama (n/%)			0,047*
Não	72 (34,6)	78 (37,5)	
Sim	19 (9,1)	39 (18,8)	
Autoavaliação do estado de saúde (posto médio)	87,13	118,01	0,001***
Conhecimento prévio			
Sobre a faixa etária preconizada (n/%)			<0,001***
Errou	53 (25,5)	0 (0)	
Acertou	38 (18,3)	117 (56,3)	
Sobre a frequência preconizada (n/%)			<0,001***
Errou	36 (17,3)	0 (0)	
Acertou	55 (26,4)	117 (56,3)	

Tabela 2 - Características das mulheres sob rastreamento do câncer do colo do útero e fatores associados à adesão.

	Não aderente	Aderente	valor <i>p</i>
Idade (n/%)			0,012*
< 60 anos	85 (21)	262 (64,9)	
≥ 60 anos	23 (5,7)	34 (8,4)	
Unidade de Saúde (n/%)			0,128
UBSF 1	22 (5,4)	63 (15,6)	
UBSF 2	26 (6,4)	44 (10,9)	
UBSF 3	15 (3,7)	63 (15,6)	
UBSF 4	25 (6,2)	59 (14,6)	
UBSF 5	20 (5)	67 (16,6)	
Tempo desde o último exame de Papanicolaou (n/%)			
Há 1 ano	-	170 (42,1)	
Há 2 anos	-	73 (18,1)	
Há 3 anos	-	53 (13,1)	
Há 4 anos	42 (10,4)	-	
Há 5 anos	37 (9,2)	-	
Nunca realizou	11 (2,7)	-	
Não se recordam	18 (4,5)	-	
Nível educacional (n/%)			0,093
< 12 anos de estudo	38 (9,5)	78 (19,5)	
≥ 12 anos de estudo	70 (17,5)	215 (53,6)	
Estado civil (n/%)			0,356
Solteira	30 (7,5)	71 (17,8)	
Casada / União estável	51 (12,8)	167 (41,9)	
Viúva	19 (4,8)	37 (9,3)	
Divorciada	7 (1,8)	17 (4,3)	
Religião (n/%)			0,199
Católica	47 (11,7)	141 (35)	
Evangélica	38 (9,4)	106 (26,3)	
Espírita	8 (2)	27 (6,7)	
Outra	15 (3,7)	21 (5,2)	
Renda familiar (posto médio)	109,98	118,16	0,402
Histórico familiar de câncer do colo uterino (n/%)			0,27
Não	96 (23,9)	255 (63,6)	
Sim	10 (9,4)	40 (10)	
Autoavaliação do estado de saúde (posto médio)	164,19	215,67	<0,001***
Conhecimento prévio			
Sobre a faixa etária preconizada (n/%)			0,027*
Errou	94 (23,3)	228 (56,4)	
Acertou	14 (3,5)	68 (16,8)	
Sobre a frequência preconizada (n/%)			<0,001***
Errou	49 (12,2)	68 (16,9)	
Acertou	58 (14,4)	228 (56,6)	

Rastreamento do câncer de mama

Neste grupo, foram elegíveis 208 mulheres com idade média de 58,91 anos (intervalo: 50–69 anos). Em relação à adesão ao exame de mamografia, 56,3% realizaram o exame nos últimos dois anos. Nota-se que a maioria das mulheres desse grupo são casadas ou em união estável (51%), de religião católica (53,8%), possuíam 12 anos ou mais de escolaridade (58,3%) e não possuíam histórico familiar de câncer de mama (72,1%). A média da renda familiar neste grupo foi de 3,01 salários mínimos

(intervalo: 0–20, n =118). Na autoavaliação do estado de saúde desse grupo, a média das notas atribuídas foi de 7,97.

O número de pacientes que não realizam a mamografia de forma periódica de acordo com as diretrizes foram 91 mulheres (43,8%). A falta de tempo (39,6%) foi o principal motivo relatado pelas pacientes pela não adesão, seguido por dificuldade no agendamento da consulta ou do exame (23,1%). Nenhuma mulher relatou vergonha como razão para não realizar o rastreamento. A Tabela-3 mostra os motivos relatados pelas mulheres por não realizarem o rastreamento do câncer de mama.

Tabela 3 - Motivos relatados pela não adesão aos exames de rastreamento oncológico.

Motivos	Rastreamento do câncer de mama (n/%)	Rastreamento do câncer do colo do útero (n/%)
Falta de tempo	36 (39,6)	48 (44,4)
Dificuldade no agendamento da consulta e/ou exame	21 (23,1)	22 (20,4)
Pandemia	17 (18,7)	17 (15,7)
Não solicitação pelo médico	13 (14,3)	18 (16,7)
Não apresentar sintomas	12 (13,2)	6 (5,6)
Medo ou desconforto para realizar o exame	9 (9,9)	11 (10,2)
Não apresenta informações prévias sobre o assunto	5 (5,5)	14 (13)
Não procura atendimento médico	5 (5,5)	6 (5,6)
Medo de descobrir a presença do câncer	3 (3,3)	4 (3,7)
Distância	2 (2,2)	2 (1,9)
Religioso	1 (1,1)	0 (0)
Vergonha	0 (0)	3 (2,8)
Outros	4 (4,4)	3 (2,8)

A análise bivariada mostrou associação entre grau de escolaridade ($\chi^2=11,442$, $p=0,001$) e história familiar positiva de câncer de mama ($\chi^2=3,498$, $p=0,047$) e adesão ao rastreamento. Também foi observado maior conhecimento prévio sobre a faixa etária ($\chi^2=91,443$, $p<0,001$) e frequência ($\chi^2=54,973$, $p<0,001$) preconizada do rastreamento em mulheres que seguem adequadamente o protocolo de rastreamento. Além disso, mulheres com histórico familiar de câncer de mama possuem maior conhecimento a respeito da faixa etária ($\chi^2=5,786$, $p=0,016$) da mamografia. Em relação à autoavaliação do estado de saúde, foi observado que mulheres que não realizam adequadamente o rastreamento do câncer de mama creditou notas maiores na autoavaliação ($U=3743$, $p<0,001$). Não houve associação entre a realização do rastreamento e a idade, estado civil, religião e renda familiar. A Tabela 1 mostra as características das mulheres incluídas nesse grupo e os fatores associados à adesão à mamografia.

Rastreamento do câncer do colo do útero

Neste grupo, foram analisados os dados de 404

pacientes com idade entre 25 e 64 anos, a média da idade foi de 45,43 anos e 73,3% delas realizaram a colpocitologia oncológica nos últimos 3 anos. Esse grupo foi composto em maioria por mulheres casadas ou em união estável (55%), católicas (46,7%), sem histórico familiar de câncer do colo do útero (87,5%) e que possuíam 12 anos ou mais de escolaridade (71,1%). A média da renda familiar em salários mínimos nesse grupo foi de 2,97 salários mínimos (intervalo= 0–30, n=231). Em relação à autoavaliação do estado de saúde, a média das notas atribuídas foi de 7,81.

No estudo, 26,7% das mulheres não aderem à colpocitologia oncológica. Assim como no rastreamento do câncer de mama, os principais motivos relatados foram falta de tempo (44,4%) e dificuldade no agendamento da consulta e do exame (20,4%). A religião não foi relatada por nenhuma mulher como razão de não realizar o rastreamento. A Tabela 3 mostra os motivos relatados pelas mulheres por não realizarem o rastreamento do câncer do colo uterino.

Na análise bivariável, foi observado que mulheres acima de 60 anos possuem menor adesão ao rastreamento ($p=0,012$) e que mulheres não aderem ao rastreamento do câncer do colo do útero atribuíram maior nota na

autoavaliação do estado de saúde ($U=1179$, $p<0,001$). Assim como no grupo anterior, mulheres aderem ao rastreamento possuem maior conhecimento prévio a respeito da faixa etária ($\chi^2=4,901$, $p=0,027$) e da frequência ($\chi^2=19,866$, $p<0,001$) da colposcitologia oncológica. Não foi observado associação entre a adesão ao rastreamento do câncer do colo do útero e escolaridade, renda familiar, estado civil, religião e histórico familiar de câncer do colo do útero. A Tabela 2 mostra as características das mulheres incluídas nesse grupo e os fatores associados à adesão ao exame de Papanicolaou.

Relação entre o rastreamento do câncer do colo do útero e do câncer de mama

Neste grupo, foram selecionadas 169 mulheres de 50 a 64 anos que estão em ambos os grupos de rastreamento. A média da idade foi de 57,12 anos. Foi observado que mulheres que aderem um exame rastreamento, também realizam o outro exame ($\chi^2=85,815$, $p<0,001$).

DISCUSSÃO

Estudos epidemiológicos a respeito do rastreamento do câncer de mama e do colo uterino na atenção primária são vastos na literatura, contudo, o presente estudo visa avaliar as razões e fatores associados a não adesão à prevenção secundária desses tumores em uma perspectiva de estabilização do Sistema Único de Saúde pós-pandemia de SARS-Cov-2.

Segundo o Ministério da Saúde, as metas da cobertura do exame de mamografia e do exame de Papanicolaou são, respectivamente, 70% e 85% nas faixas etárias preconizadas¹³. Contudo, nosso estudo encontrou que a cobertura está aquém do esperado em ambos os exames de rastreamento. Na literatura há dados semelhantes, ao analisar dados a respeito da detecção precoce do câncer do colo do útero contidos nos Sistemas de Informação em Saúde no Brasil, foi verificado que nenhuma macrorregião econômica alcançou o parâmetro nacional, sendo as maiores deficiências nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste¹⁴. Em relação à mamografia, Bezerra et al. também observaram aumento progressivo da adesão ao longo de 2008 a 2015, porém, aquém ao esperado pelo Ministério da Saúde, sendo as menores taxas nas regiões com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)¹⁵. É fato conhecido que fatores socioeconômicos, demográficos, histórico médico e de saúde e acesso a serviços de saúde influenciam a adesão ao rastreamento do câncer de mama e do colo do útero^{16,17}.

Fatores socioeconômicos, como idade, paridade, renda, ocupação e utilização do sistema de saúde (público ou privado) interferem na realização do rastreamento do câncer de mama e do colo do útero, resultando em atraso diagnóstico e aumento da mortalidade¹⁸. Em nosso estudo,

observamos que mulheres idosas possuem menor adesão ao exame de Papanicolaou. Em Juiz de Fora, no estado de Minas Gerais, foi observado em um estudo populacional que a adesão ao exame de Papanicolaou diminui conforme a idade avança¹⁹. Tendo em vista que mulheres idosas se sintam menos sexualmente ativas, resultando na não adesão ou postergando o exame. Além disso, outro motivo seria que durante e após a pandemia de COVID-19, idosos se sentem receosos de frequentar serviços de saúde, por serem considerados grupo de risco para pior prognóstico frente a essa infecção viral, consequentemente, mulheres nessa faixa etária de risco teriam menor acesso ao sistema de saúde para exames de rastreamento ginecológico²⁰.

Em relação ao grau de educação, nesse estudo, mulheres com mais de 8 anos de ensino, ou seja, que concluíram o ensino médio, possuem maior adesão à mamografia. Schäfer *et al.* realizaram um estudo transversal por inquérito telefônico nas capitais brasileiras com aproximadamente 23 mil mulheres, onde observado que baixo nível educacional está associado a não realização da prevenção secundária do câncer de mama²¹. Então, por não compreenderem a importância da sua realização, nível educacional baixo poderia explicar a razão pela qual mulheres nessas condições possuem baixa adesão à mamografia²².

Nesse estudo, mulheres com histórico familiar de câncer de mama com parentesco em primeiro grau possuem maior adesão a mamografia. Hong *et al.* entrevistaram 467 mulheres americanas onde mulheres com histórico familiar de câncer de mama são 2,5 vezes prováveis de realizarem a mamografia²³. Além disso, um estudo realizado em Minas Gerais concluiu que conhecer alguém com câncer de mama também influência na decisão de realizar a prevenção secundária²⁴. O seio é um símbolo da feminilidade das mulheres, com isso, conhecer alguém com câncer de mama poderia sensibilizar as mulheres nesse assunto resultando em um maior autocuidado feminino.

Em ambos os grupos presentes nesse estudo, o conhecimento prévio a respeito da faixa etária e a frequência da realização do exame foi associado a maior realização dos mesmos. Além disso, notamos que mulheres com histórico familiar de câncer de mama possuem maior conhecimento a respeito da faixa etária em que se realiza a mamografia. Em São Paulo, verificaram que mulheres que realizam mamografia tinham maior conhecimento sobre o exame e da sintomatologia do câncer de mama²⁵. Em relação ao conhecimento a respeito da citologia oncológica do colo uterino, também foi identificado em um estudo transversal prévio na Tanzânia sua relação com rastreamento prévio²⁶. Então, devido à baixa adesão aos exames, há a necessidade de a intensificação das ações em educação em saúde para conscientizar a população na importância dos exames de rastreio.

Em relação ao estado de saúde, mulheres que não realizam regularmente os exames preventivos possuem

maior percepção que estão saudáveis, comparado as que realizam a mamografia e o exame de Papanicolaou regularmente. Associado a isso, uma parcela das mulheres entrevistadas relatou a ausência de sintomas, medo de descobrir o diagnóstico de câncer e não procurar atendimento médico. A ausência desse autocuidado poderia ser resultado do desconhecimento ou da não valorização da temática, associando um conceito errôneo que saúde seria a ausência do processo patológico, resultando em menores taxas de realização dos exames preventivos¹¹. Porém, esses dados divergem da literatura. Estudos realizados no Brasil, Estados Unidos e Coreia mostraram que mulheres que classificaram sua saúde como boa são mais propensas a aderirem à mamografia e o exame de Papanicolaou²⁷⁻²⁹.

Assim como na literatura, esse estudo foi observado que mulheres que aderiam um dos exames de rastreamento eram mais propensas a realizar o outro. Augustson *et. al.* observaram que a adesão mulheres americanas de baixa renda que ao exame clínico das mamas e o exame de Papanicolaou era preditivo com a adesão a mamografia³⁰. Essa situação poderia ser explicada pelo fato desses dois exames compartilharem fatores que influenciam na sua realização.

Os motivos pelos quais as mulheres não realizam o exame preventivo do colo do útero e a mamografia neste estudo são similares na literatura, porém, a prevalência entre eles se modifica^{31,32}. A falta de tempo foi o principal motivo observado para não realização dos exames preventivos, essa situação pode estar associada ao fato que atualmente a mulher se encontra em uma jornada de trabalho tripla, sofrendo demandas no âmbito profissional, educacional e familiar, assim, deixando o autocuidado em segundo plano³³. Outra situação enfrentada pelas mulheres é a dificuldade de acesso aos exames de rastreamento pela necessidade de se ausentar ao trabalho e o tempo de espera em filas, durante o exame e atendimento, resultando na desmotivação pelos exames, reportado também nesse estudo por uma parcela significativa das mulheres entrevistadas³⁴.

Contribuição dos autores: Guerra LC contribuiu na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Arêdes LN, Carvalho VB e Santos AJP contribuíram na concepção e delineamento do estudo, coleta dos dados, análise e interpretação dos dados. Maia EP contribuiu na coleta de dados e redação do manuscrito. Sanfêlice FAN e Vilela RPB contribuíram na concepção e delineamento do estudo e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão.

Agradecimento: Os autores agradecem a Alline Mafra da Costa pelo auxílio na construção do instrumento de coleta de dados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência do Câncer no Brasil [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2019 [citado 2022 Nov 07]. <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/>

A pandemia de COVID-19 afetou profundamente as ações de prevenção secundária na atenção básica. Nesse estudo, uma parte das mulheres relatou a pandemia como fator para a não realização da mamografia e do exame de Papanicolaou. Em 2020, houve a redução de 42,6% de mamografias e 44,6% de exames citopatológicos do colo do útero comparado com dados de 2019³⁵. Portanto, espera-se que no futuro haja um aumento da adesão aos exames de rastreamento com a resolução da pandemia.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Primeiramente, existe o viés de memória por se tratar de um estudo realizado por entrevista, porém, acreditamos que esse fato não interferiu nos resultados. O estudo foi realizado na atenção básica, portanto, não foram analisados os dados no âmbito do sistema complementar. Aspectos culturais e socioeconômicos da população analisada são influenciados pela região geográfica e o tempo, assim, as variáveis qualitativas não devem ser generalizadas, devendo ser entendidas em conjunto. Por fim, não foram estudados outros fatores que influenciam os exames de rastreamento porque questionários longos desestimulam o participante da pesquisa.

CONCLUSÃO

Concluindo-se, a adesão aos exames de rastreamento foi associada a fatores socioeconômicos, histórico familiar de câncer de mama, autopercepção do estado de saúde e conhecimento prévio a respeito da faixa etária e periodicidade do exame segundo as diretrizes do Ministério da Saúde. Os principais motivos pela não realização da prevenção secundária do câncer de mama e do colo do útero foram a falta de tempo, dificuldade no agendamento da consulta e/ou do exame e a pandemia de COVID-19. Então, os dados obtidos por este estudo poderão auxiliar na criação de políticas públicas para aumentar a taxa de adesão aos exames de rastreio, principalmente nesse período após a pandemia.

estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.

2. Silva GAE, Jardim BC, Ferreira VM, Junger WL, Girianelli VR. Cancer mortality in the Capitals and in the interior of Brazil: a four-decade analysis. *Rev Saude Publica.* 2020;54:126. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002255>

3. Ellington TD, Henley SJ, Wilson RJ, Miller JW, Wu M, Richardson LC. Trends in breast cancer mortality by race/ethnicity, age, and US census region, United States horizontal line 1999-2020. *Cancer*. 2022;129(1):32-8. <https://doi.org/10.1002/cncr.34503>
4. Lin S, Gao K, Gu S, You L, Qian S, Tang M, et al. Worldwide trends in cervical cancer incidence and mortality, with predictions for the next 15 years. *Cancer*. 2021;127(21):4030-9. <https://doi.org/10.1002/cncr.33795>
5. Bleicher RJ. Timing and delays in breast cancer evaluation and treatment. *Ann Surg Oncol*. 2018;25(10):2829-38. <https://doi.org/10.1245/s10434-018-6615-2>
6. Campos AAL, Guerra MR, Fayer VA, Ervilha RR, Cintra JRD, Medeiros IR de, et al. Time to diagnosis and treatment for breast cancer in public and private health services. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2022;43:e20210103. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210103.en>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2015 [citado 2022 Nov 07]. <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil>.
8. Nakagawa JTT, Schirmer J, Barbieri M. Vírus HPV e câncer de colo do útero. *Rev Bras Enferm* 2010;63(2). <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200021>
9. Brasil. 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 [recurso eletrônico]. 2a ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [citado 2022 Nov 07]. <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio>.
10. Santos ROM, Ramos DN, Mígowski A. Barreiras na implementação das diretrizes de detecção precoce dos cânceres de mama e colo do útero no Brasil. *Physis: Rev Saude Coletiva* [online]. 2019;29(4):e290402. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290402>
11. Lourenço TS, Vieira RAC, Mauad EC, Silva TB, Costa AM, Peres SV. Barreiras relacionadas à adesão ao exame de mamografia em rastreamento mamográfico na DRS-5 do estado de São Paulo. *Rev Bras Mastol* 2009;19(1):2-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000400018>
12. Campos P, Souza GM, Midega T, Guimaraes HP, Correa TD, Cordioli RL. A nationwide survey on health resources and clinical practices during the early COVID-19 pandemic in Brazil. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2022;34(1):107-15. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20220005-pt>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [citado 2022 Nov 07]. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf. Acesso em: 07 de novembro de 2022.
14. Silva RMG da, Knupp VM de AO, Dantas C de C, Regazzi ICR, Goulart M de C e L, Garcia LR, Lopes EB, Silveira SSD da, Silva MT da. Early detection of cervical cancer in Brazil: a study of coverage indicators and adherence to national technical guidelines. *RSD* [Internet]. 2022, Mar.4 [cited 2023 Jul.13];11(3):e48511326714. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26714>.
15. Bezerra HS, Melo TFV, Barbosa JV, Feitosa E, Sousa LCM. Evaluation of access to mammographies in Brazil and socioeconomic indicators: a space study. *Rev Gaucha Enferm*. 2018;39:e20180014. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180014>
16. Moreira CB, Dahinten VS, Howard AF, Fernandes AFC, Schirmer J. Factors related to mammography adherence among women in Brazil: a scoping review. *Nurs Open*. 2021;8(5):2035-49. <https://doi.org/10.1002/nop2.706>
17. Limmer K, LoBiondo-Wood G, Dains J. Predictors of cervical cancer screening adherence in the United States: a systematic review. *J Adv Pract Oncol*. 2014;5(1):31-41. PMID: 25032031; PMCID: PMC4093462.
18. Nuche-Berenguer B, Sakellariou D. Socioeconomic determinants of cancer screening utilisation in Latin America: a systematic review. *PLoS One*. 2019;14(11):e0225667. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225667>
19. Freitas MCM, Ribeiro LC, Vieira MT, Teixeira MTBM, Bastos RR, Leite ICG. Fatores associados à utilização do teste de Papanicolaou entre mulheres idosas no interior do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(9):432-7. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000900008>.
20. Okoye C, Calsolaro V, Calabrese AM, Zotti S, Fedecostante M, Volpato S, et al. Determinants of Cause-Specific mortality and loss of independence in older patients following hospitalization for COVID-19: the GeroCovid outcomes study. *J Clin Med*. 2022;11(19). <https://doi.org/10.3390/jcm11195578>
21. Schafer AA, Santos LP, Miranda VIA, Tomasi CD, Soratto J, Quadra MR, et al. Regional and social inequalities in mammography and Papanicolaou tests in Brazilian state capitals in 2019: a cross-sectional study. *Epidemiol Serv Saude*. 2021;30(4):e2021172. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400016>
22. Goncalves CV, Camargo VP, Cagol JM, Miranda B, Mendoza-Sassi RA. Women's knowledge of methods for secondary prevention of breast cancer. *Cien Saude Colet*. 2017;22(12):4073-82. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.09372016>
23. Hong SJ, Goodman M, Kaphingst KA. Relationships of family history-related factors and causal beliefs to cancer

- risk perception and mammography screening adherence among medically underserved women. *J Health Commun.* 2020;25(7):531-42. <https://doi.org/10.1080/10810730.2020.1788677>
24. Brum IV, Rodrigues T, Laporte EGJ, Aarestrup FM, Vitral GSF, Laporte BEP. Does Knowing Someone with Breast Cancer Influence the Prevalence of Adherence to Breast and Cervical Cancer Screening? *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018;40(4):203-8. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1623512>
25. Santos GD dos, Chubaci RYS. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). *Cienc saude coletiva* [Internet]. 2011May;16(5):2533-40. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500023>
26. Weng Q, Jiang J, Haji FM, Nondo LH, Zhou H. Women's knowledge of and attitudes toward cervical cancer and cervical cancer screening in Zanzibar, Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Cancer.* 2020;20(1):63. <https://doi.org/10.1186/s12885-020-6528-x>
27. Bynum JPW, Braunstein JB, Sharkey P, Haddad K, Wu AW. The Influence of health status, age, and race on screening mammography in elderly women. *Arch Intern Med.* 2005;165(18):2083-8. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.18.2083>
28. Park K, Park JH, Park JH, Kim HJ, Park BY. Does health status influence intention regarding screening mammography? *Jpn J Clin Oncol.* 2010;40(3):227-33. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyp160>
29. 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://doi.org/10.1186/s12939-016-0430-9>
30. Augustson EM, Vadaparampil S T, Paltoo DN, Kidd LR, O'Malley AS. Association between CBE, FOBT, and Pap smear adherence and mammography adherence among older low-income women. *Prev Med.* 2003; 36(6):734-9. doi: 10.1016/s0091-7435(03)00050-1
31. Sousa TP, Guimarães JV, Vieira F, Salge AKM, Costa NM. Fatores envolvidos na não realização dos exames de rastreamento para o câncer de mama. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. 20º de setembro de 2019 [citado 9º de novembro de 2022];21:53508. <https://doi.org/10.5216/ree.v21.53508>.
32. Iglesias GA, Larrubia LG, Campos Neto AS, Pacca FC, Iembo T. Conhecimento e adesão ao Papanicolaou de mulheres de uma rede de atenção primária à saúde. *Rev Cienc Med.* 2019;28(1):21-30. <http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v28n1a4008>
33. Vieira A, Amaral G. A arte de ser Beija-Flor na tripla jornada de trabalho da mulher. São Paulo: Saude Soc. 2013;22(2):43-414. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200012>
34. Theodoro MG, Timoteo AC, Camiá GEK. Fatores que dificultam a adesão das mulheres ao exame de Papanicolaou. *Bis.* 2019;17(2):166-72.
35. Ribeiro CM, Correa FM, Migowski A. Short-term effects of the COVID-19 pandemic on cancer screening, diagnosis and treatment procedures in Brazil: a descriptive study, 2019-2020. *Epidemiol Serv Saude.* 2022;31(1):e2021405. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100010>

Recebido: 14.02.2023

Aceito: 17.09.2023