

CÂNCER DE COLO UTERINO COMO MARCADOR DE EXCLUSÃO A SERVIÇOS DE SAÚDE E VULNERABILIDADE SOCIAL

CERVICAL CANCER AS A MARKER OF EXCLUSION TO HEALTH SERVICES AND SOCIAL VULNERABILITY

Fernanda Keller Leite Araújo¹, Ígor Gouveia Soares¹, Paula Marina Carneiro Santos¹, Jurema Telles de Oliveira Lima^{1,2}, Rodrigo Alves Pinto².

- 1) Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Avenida Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861 – Imbiribeira, Recife – PE. CEP:51150-000.
- 2) Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Rua dos Coelhos, 300 – Boa Vista, Recife – PE. CEP:50070-550.

Reconhecimento de apoio ao estudo: CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

Os autores negam quaisquer conflitos de interesse no desenvolvimento desta pesquisa.

RESUMO

Objetivos: Analisar as condições de acesso/utilização do sistema de saúde pelas mulheres com câncer de colo uterino (CCU) e de seus familiares, buscando geolocalizar e identificar o perfil sociodemográfico. **Métodos:** Estudo do tipo transversal envolvendo pacientes oncológicas admitidas no IMIP, entre 2016 e 2019. As variáveis estavam relacionadas ao perfil sociodemográfico, ao exame preventivo, ao Papilomavírus Humano (HPV) e à influência do diagnóstico de CCU sobre a busca de medidas preventivas e de rastreamento pelas familiares das mulheres. Optou-se pela estratificação segundo mesorregião do Estado. **Resultados:** Das 285 participantes, 55,8% residem em municípios da I Região de Saúde, enquanto a mesorregião Zona da Mata apresenta maior realização de biópsias no setor público (59,5%). A análise sociodemográfica destaca raça não branca (77,7%) e apenas 6,8% com ensino superior completo. O conhecimento sobre realização do Papanicolau atingiu 88,9% e a desinformação frente ao HPV alcançou 44,4%. Relacionado à influência da doença oncológica, 62,2% afirmaram que as familiares jovens realizaram vacinação contra o HPV e 76,3% relacionaram seu diagnóstico à busca do preventivo em familiares com mais de 25 anos. **Conclusão:** O CCU possui dimensões que revelam desigualdades regionais e sociais, devendo ser entendido não somente como indicador oncológico, mas essencialmente como indicador de vulnerabilidade social e de necessidades de cuidados de saúde.

Palavras-chave: Câncer de Colo do Útero; Iniquidade Social; Acesso aos serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objectives: Verify the conditions of access/use of the health system by women with uterine cervical cancer (UCC) and their families, seeking to geolocate and identify the sociodemographic profile. **Methods:** Cross-sectional study involving cancer patients admitted to IMIP between 2016 and 2019. The variables data were related to the sociodemographic profile, preventive examination, Human Papillomavirus (HPV) and the influence of the UCC diagnosis on the search for preventive and screening measures by women's family members. It was opted for the stratification according to the mesoregions of the State. **Results:** Out of the 285 participants, 55,8% live in municipalities in the 1st Region of Health, while the Florest Zone mesoregion has the higher performance of biopsies in the public sector (59,5%). The sociodemographic analysis highlights non-white race (77,7%) and only 6,8% with complete higher education. The knowledge about performing the Pap smear reached 88,9% and the disinformation about the HPV reached 44,4%. Related to the influence of cancer, 76,3% said that the young family members underwent HPV vaccination and 82,2% related their diagnosis to search for preventive in family members over 25 years old. **Conclusion:** The UCC has dimensions that reveal regional and social inequalities, and should be understood not only as an oncological indicator, but essentially as an indicator of social vulnerability and health care needs.

Keywords: Uterine Cervical Neoplasms; Social Inequity; Health Services Accessibility.

I. INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero (CCU), ou cervical, é o quarto tipo mais frequente de câncer em mulheres do mundo todo¹. Estudos indicam que quase nove de cada dez óbitos relacionados a esta doença ocorrem em regiões menos desenvolvidas, onde o risco de morrer do CCU, antes dos 75 anos, é três vezes maior².

No Brasil, o CCU é o terceiro tumor mais frequente e a quarta causa de óbito de mulheres por câncer. Na região Nordeste, sem considerar os tumores de pele não melanoma, o CCU é o segundo tipo de câncer que mais acomete a população feminina, com taxa de incidência de 20,47 casos a cada 100 mil mulheres. No estado de Pernambuco, para 2018, estimaram-se 1030 casos novos e, destes, 180 previstos para ocorrer na cidade de Recife, com taxas brutas de incidência de 20,84 e 20,52/100.000, respectivamente³.

Esse tema se insere no âmbito da saúde da mulher, área considerada essencial às ações no Sistema Único de Saúde (SUS). O controle do CCU é uma prioridade da agenda de saúde do país, cujas políticas públicas vêm sendo desenvolvidas desde meados dos anos 80, e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), do Ministério da Saúde (MS) de 2011^{4,5}. Todavia, apesar dos esforços governamentais aliados à produção acadêmica e à atuação dos profissionais de saúde, além de o CCU ser a neoplasia com maior potencial de prevenção, associada à lenta evolução das lesões cervicais iniciais de cerca de vinte anos até a fase invasora⁴, ela ainda constitui importante problema de saúde pública no Brasil, sendo a que mais causa óbito de mulheres jovens (15 a 44 anos de idade)⁶.

A estruturação das ações de prevenção devem considerar que, segundo a literatura, o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de lesões intraepiteliais de alto grau (precursoras do CCU) e do CCU é a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) com seus subtipos oncogênicos, estando associada a praticamente todos os casos de câncer cervical^{6,7,8}. Outros fatores associados para o desenvolvimento do CCU incluem o comportamento sexual e os hábitos de vida, como início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, multiparidade, uso prolongado de contraceptivos orais, histórico de doenças sexualmente transmissíveis, como infecção por *Chlamydia trachomatis*, e tabagismo^{9,10}.

Entre as estratégias de prevenção do CCU estão as medidas educativas, vacinação, uso de preservativo, além do rastreamento, diagnóstico e tratamento das lesões subclínicas^{7,11}. Neste sentido, estudos apontam que a detecção precoce de lesões, bem como o diagnóstico exato do grau da lesão e o tratamento precoce, são elementos essenciais para a prevenção¹².

A estratégia adotada para o rastreamento do CCU no País é a realização periódica do exame citopatológico de esfregaço cervical, conhecido como exame Papanicolaou, aliado, desde 2014, à implementação da vacina tetravalente contra o HPV ao calendário vacinal^{5,7}. A efetividade do programa de controle do CCU é alcançada com a garantia da organização, da integralidade e da qualidade dos serviços, bem como do tratamento e do seguimento das pacientes⁷. Desse modo, quanto mais tardia é a sua detecção, menores são as possibilidades de reduzir seus danos, condição que dimensiona a importância de ações preventivas⁴.

Neste sentido, destaca-se, de um modo geral, que para se alcançar maior efetividade nas ações de prevenção ao câncer do colo do útero no Brasil, faz-se necessária a melhoria dos níveis de adequação desta ação programática na rede básica de saúde, havendo a necessidade de se promover melhorias substanciais, principalmente o aperfeiçoamento e implantação de sistemas de registro das atividades desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a qualificação das equipes e o aumento do aporte de insumos e materiais necessários ao pleno desenvolvimento das ações¹³.

A análise da literatura demonstra que áreas com grande desigualdade social apresentam maior mortalidade por CCU, este fenômeno tem várias explicações: estilo de vida dos indivíduos, oferta e acessibilidade aos serviços de rastreamento, tratamento e estratificação social baseada no modelo econômico adotado pelo país¹⁴.

Nesta perspectiva, considerando a mortalidade e incidência do CCU, bem como o potencial de prevenção do mesmo, este estudo tem como objetivo analisar as condições de acesso/utilização do sistema de saúde pelas mulheres com câncer de colo do útero e seus familiares, assim como geolocalizar os casos, identificar o perfil sócio-demográfico e descrever as condições associadas à prevenção, ao diagnóstico, ao acesso e à continuidade de cuidado relacionada ao CCU das mulheres atendidas no IMIP.

II. MÉTODOS

Estudo do tipo transversal observacional envolvendo pacientes com câncer de colo uterino admitidas através do Núcleo de Acolhimento e Triagem do Paciente Oncológico (Nat onco), no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), situado na cidade do Recife, capital de Pernambuco, localizado na região Nordeste do Brasil, no período compreendido entre os anos de 2016 e 2019.

Para composição da amostra, foram considerados como critérios de inclusão pacientes

com idade igual ou superior a 18 anos e com diagnóstico de CCU, confirmado através do exame colpocitopatológico em acompanhamento no período do estudo. Foram excluídas as pacientes com diagnóstico prévio de outro tipo de neoplasia, ou com doença metastática. Assim, a população deste estudo é composta por 285 mulheres.

O processo de coleta de dados, executado pelos estudantes envolvidos, foi realizado a partir da análise do prontuário das mulheres participantes, obtidos por meio dos dados cadastrais presentes no Nat Onco, e de entrevista orientada por um questionário estruturado. Para as pacientes que não compareceram às consultas, realizou-se a busca ativa mediante ligação telefônica.

As variáveis corresponderam a dimensões referentes ao perfil sócio demográfico (idade, cor da pele, escolaridade, situação conjugal, ocupação, religião e local de moradia); ao exame preventivo (conhecimento sobre o exame, realização e periodicidade com que era realizado); ao HPV (conhecimento sobre o vírus e a vacina); e a influência do diagnóstico de CCU sobre a busca de medidas preventivas e de rastreamento pelas familiares das mulheres acometidas pelo câncer (vacinação contra HPV e realização do Papanicolaou).

Os dados coletados para cada variável avaliada foram organizados e tabulados utilizando o programa Microsoft Excel. Após a tabulação, ocorreu a consolidação e análise estatística através do Software Statistical Package of Social Sciences (SPSS) versão 20.0 para Windows. Procedeu-se a realização de uma análise descritiva dos dados com avaliação da frequência de distribuição das variáveis. Os dados foram expressos em distribuição de frequência absoluta e relativa e apresentados em formas de tabelas e figura. Optou-se por fazer uma estratificação das entrevistadas segundo mesorregião do Estado, a saber: agreste, sertão, zona da mata, São Francisco e região metropolitana do Recife (RMR). Para verificar associações entre variáveis categóricas foi utilizado o teste da Razão de Verossimilhança para medir se existem diferenças entre as proporções das respostas, segundo a mesorregião. O nível de significância adotado foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

Este estudo respeitou os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 510/16, do Conselho Nacional da Saúde, que define as Diretrizes e Normas de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 21990719.2.0000.5201. O estudo âncora intitulado por "Educação Permanente em Oncologia do IMIP" também consta como aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos.

III. RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 285 mulheres atendidas nos ambulatórios de oncologia do IMIP, entre 2016 e 2019, que apresentavam alterações colpocitopatológicas compatíveis com CCU, distribuídas em todas as Gerências Regionais de Saúde (GERES), estratificadas conforme mesorregião do Estado.

Dentre as participantes, a maioria, 159 (55,8%), reside em municípios localizados na I GERES, 37 (13%) na IV, 32 (11,2%) na III e 4 (1,4%) em outros estados. Em relação à distribuição segundo os municípios estratificados por mesorregião, verifica-se que as participantes encontram-se distribuídas em todas as mesorregiões, sendo que 157 (55,1%) concentram-se na RMR, 59 (22,7%) no agreste e 42 (14,7%) na zona da mata (figura 1).

É válido enaltecer a importância do exame histopatológico para um diagnóstico preciso e acompanhamento adequado do CCU. Neste sentido, foi predominante, 147 (51,6%), a realização da biópsia em órgão público, enquanto 61 (21,4%) em serviço privado e 77 (27,0%) não possuíam registro do local de realização no sistema de cadastro das pacientes do IMIP. Contudo, a análise por mesorregiões aponta diferenças, sendo que prevalece no sertão, 6 (35,3%), e na mesorregião do São Francisco, 3 (50,0%), a realização em serviço particular.

No que diz respeito ao perfil sócio demográfico, foi possível observar os seguintes dados: houve predomínio de mulheres com CCU na faixa etária entre 40 e 49 anos, 47 (29%), e a média de idade foi de 49,1 anos; prioritariamente as mulheres residem em área urbana, 265 (93%). Para aprofundar esta análise, foram realizadas entrevistas e das 285 mulheres, 162 (56,8%) realizaram totalmente as entrevistas, 78 (27,4%) não foi possível o contato, devido a mulher não atender ou encontrar-se desligado o telefone disponibilizado no cadastro, 29 (10,2%) faleceram e 16 (5,6%) recusaram a responder.

Das 162 entrevistadas, a maioria relatou ter: a situação conjugal casada/união consensual, 81 (50,0%), a religião católica, 83 (51,2%), e a raça não branca, 126 (78,2%). Os resultados prevaleceram em todas as mesorregiões e estas variáveis não apresentaram diferenças estatisticamente significantes ($p > 0,05$), conforme tabela 1.

Em relação à escolaridade (tabela 1), observa-se que 54 (33,3%) entrevistadas têm apenas o ensino fundamental ou equivalente, e somente 11 (6,8%) o ensino superior completo. Quanto à situação por mesorregião, a metropolitana concentra significativamente as mulheres com ensino superior e apesar de constituir apenas 8 (8,4%) das mulheres desta mesorregião, representam 72,2% das entrevistadas que possuem esta formação. Aquelas que não apresentam escolaridade correspondem a 19 (11,7%), destacando o agreste, 9 (25,7%) e

o sertão, 1 (14,7%). Para esta variável houve diferenças com significância estatística ($p=0,043$).

Os resultados apontam a ocupação fora do domicílio como a principal forma de trabalho, 63 (38,9%), seguida por 57 (35,2%) que não trabalhavam, 27 (16,7%) em trabalhos domésticos e 15 (9,2%) aposentadas. Estão na região metropolitana a maioria, 42 (44,2%), das mulheres que trabalham fora do domicílio. Em termos de raça/cor, as “não branca” foram relatadas por 126 (77,7%) pacientes, para estas variáveis não houve diferenças estatísticas significativas (tabela 1).

Quanto ao processo de rastreamento e diagnóstico precoce, destacando-se a realização do exame preventivo (Papanicolaou), as variáveis relacionadas ao conhecimento e adesão ao exame, apresentadas na tabela 2, demonstram que 144 (88,9%) mulheres tinham conhecimento sobre o Papanicolaou, das quais 90 (94,7%) eram da mesorregião metropolitana. O agreste foi a mesorregião que apresentou maior percentual de pacientes que desconhecia o exame, totalizando 8 (22,9%). A periodicidade prévia de realização do exame anual foi predominante, 70 (60,9%). Todavia, um quantitativo expressivo de mulheres, 47 (29,0%) referem que não realizavam o exame, e justificam majoritariamente, 22 (46,9%), por não estarem informadas da necessidade da realização do exame, 16 (34,0%) por medo ou constrangimento, 8 (17,0%) não sabiam informar o motivo e 1 (2,1%) por descuido. Na mesorregião agreste, identificou-se a maior ocorrência de mulheres que não realizaram o exame, 15 (43,0%).

Em relação a idade de início, a maioria, 91 (79,1%), relatou realização antes dos 25 anos e para esta variável pode-se perceber a concentração de entrevistadas que residem em municípios da RMR ($p=0,009$), apresentando diferenças com significância estatística.

Considerando a forte associação da infecção pelo HPV com o CCU, os dados sobre esta dimensão se encontram apresentados na tabela 3. Chama atenção o elevado desconhecimento sobre o HPV, relatado por 72 (44,4%) pacientes. A análise desta variável por mesorregião demonstra piores resultados nos municípios do sertão, 5 (71,4%), e agreste, 23 (65,7%), com diferenças estatisticamente significantes ($p=0,018$). O posto de saúde foi relatado como principal fonte de informação sobre a vacina, 92 (64,8%), seguido pela televisão, 77 (54,2%). Quando questionadas sobre a finalidade da vacinação contra HPV, 121 (84,2%) responderam positivamente, sendo que, destas, 117 (93,6%) apresentaram resposta correta. Os resultados apontam ainda, sobre o público-alvo da vacinação, que “meninos e meninas” representou a principal resposta das entrevistadas, 81 (56,2%), porém 44 (30,6%) não sabe/não respondeu esta questão (tabela 3).

Sobre a influência que o diagnóstico da doença oncológica exerceu sobre familiares próximas (mãe, filhas, netas, sobrinhas e irmãs), as participantes foram interrogadas com questões relacionadas à realização do exame preventivo e vacinação contra HPV (tabela 4). Dentre as entrevistadas, 132 (81,5%) possuem familiares na faixa etária acima de 25 anos, e relatam que a maioria das familiares, 105 (79,5%), realizam exame. Foi elevado o número de entrevistadas, 101 (76,3%), que associam seu diagnóstico à busca das familiares para realização do exame, e este percentual difere com significância estatística ($p=0,007$) nas mesorregiões do São Francisco, 1 (33,3%) e zona da mata, 10 (52,6%).

Ainda nesta perspectiva, 110 (67,9%) mulheres afirmaram possuir familiares na faixa etária entre 09 e 21 anos. As entrevistadas apontam que: 75 (62,2%) familiares realizaram a vacina contra o HPV e 83 (82,2%) reconheceram a interferência do seu diagnóstico na busca das familiares na procura pela vacina contra o HPV.

IV. DISCUSSÃO

O câncer prevalece como sendo um importante problema de saúde pública no mundo e já está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países. Apesar de se observar um processo de transição dos tipos de câncer nas nações em desenvolvimento (correspondente à queda das neoplasias associadas a infecções), atrelado aos fatores de risco socioeconômicos para o desenvolvimento da doença¹, o câncer de colo uterino (CCU) ainda se apresenta como o segundo mais comum entre as mulheres nos países emergentes¹⁵, fato que torna imprescindível a monitorização e a avaliação do controle desta condição.

Em termos nacionais, estudos recentes apontam que as taxas de ocorrência e de mortalidade estimadas no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoce bem estruturados. Tem-se, ainda, o CCU como sendo o segundo mais incidente e a terceira causa de mortalidade na região Nordeste¹.

Pernambuco está conformado em 05 mesorregiões e, em termos de regionalização da saúde, por 12 GERES¹⁶. Neste estudo, ao analisar o perfil sociodemográfico das mulheres com CCU estratificado a partir dos municípios agrupados por mesorregiões, os resultados aqui apresentados mostraram haver tendências semelhantes, mas com aprofundamento de algumas desigualdades sociais entre as mesorregiões.

O câncer do colo do útero não costuma ser frequente até os 30 anos de idade¹⁷, pois para que se desenvolva em mulheres com sistemas imunológicos normais, a infecção crônica pelo HPV deve perdurar por cerca de 15 a 20 anos¹⁸, evidenciando o pico de incidência na faixa etária de 45 a 50 anos¹⁷. Logo, a média de idade de 49 anos das mulheres que compõem a amostra corrobora com a faixa etária mais frequentemente acometida segundo a literatura.

Estudos relacionam a baixa escolaridade e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e aos exames preventivos como importantes fatores relacionados ao diagnóstico tardio do CCU^{14,19,20,21}.

O perfil epidemiológico das pacientes componentes da amostra é compatível com o que prevalece nos estudos quando se trata de CCU: menor escolaridade, raça não branca e situação conjugal casada/união consensual^{18,22,23}.

A escolaridade é indicada como fator sociodemográfico fortemente associado para o desenvolvimento de alterações citopatológicas, para a não realização do exame citopatológico^{22,24} e ainda é considerado fator de mau prognóstico¹⁸. No ano de 2017, no estado do Paraná, possuir baixa escolaridade foi fator determinante associado a quatro vezes mais chances das mulheres serem acometidas por lesões de alto grau quando pertencentes a este grupo²². Cabe ainda destacar os resultados deste estudo, indicando que, em Pernambuco, nas mesorregiões agreste e sertão, as mulheres apresentaram menor escolaridade.

Pesquisa que analisou a mortalidade por CCU, em mulheres residentes na cidade do Recife, demonstrou que a maioria dos óbitos por esta causa ocorreu em mulheres de raça negra. Estes resultados apontam que fatores socioeconômicos contribuem para a maior incidência da doença nesta raça/cor²⁵ e assemelham-se aos achados deste estudo.

Com exceção do câncer de pele, o CCU é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura, e, quando diagnosticado no seu início, a mulher tem uma sobrevida aproximada de 70%. Para uma detecção precoce, a principal estratégia de programas de rastreamento do CCU é o exame citopatológico. No Brasil, é recomendada a realização desse exame em mulheres de 25 a 64 anos que iniciaram atividade sexual. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com um intervalo anual^{5,26}.

Observa-se neste estudo que 88,9% das mulheres referem apresentar conhecimento acerca da realização do exame preventivo. Quanto a periodicidade de realização anual do exame, foi relatada por 60,9%, 54,9% em um intervalo de tempo de até três anos e 29% não realizavam o exame previamente ao diagnóstico.

No que diz respeito ao conhecimento sobre o exame preventivo e sua importância, estudos destacam que o não acesso ao conhecimento da doença e sobre os métodos de

prevenção aumentam a probabilidade de ocorrência do CCU^{27,28}.

Nesta direção, com objetivo de avaliar o conhecimento, atitude e prática de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino, estudo realizado em Recife, no ano de 2015, estimou quanto ao conhecimento que 99,6% das mulheres ouviram falar no exame, 73,8% sabiam que era para prevenir o CCU, e 62,7% afirmaram que o exame deveria ser feito anualmente. Com relação à prática, 94,6% aderem ao exame, 67,4% o fazem anualmente e 87% em um intervalo não superior a três anos²⁹.

Quanto aos motivos da não adesão ao exame preventivo anteriormente ao diagnóstico, a falta de informação sobre a necessidade do exame foi a justificativa que mais prevaleceu neste estudo, seguida do medo ou constrangimento. Neste sentido, objetivando caracterizar os fatores que influenciam mulheres a não realização do Papanicolaou, no Rio Grande do Norte, uma pesquisa indicou medo/vergonha como principal fator que interfere na realização do exame, relatado por 60% das pacientes, enquanto que, comparativamente, neste estudo representa a segunda causa (34%)³⁰.

A análise da variável início da realização do exame preventivo aponta que estão na faixa etária ≤ 25 anos a maioria das mulheres. Pode-se ainda afirmar que o aumento da idade está associado a diminuição da realização do exame. Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul, que demonstrou um aumento do número de exames realizados a partir da faixa etária de 15 a 24 anos, bem como uma diminuição gradativa do número de exames a partir da faixa etária de 50 anos³¹.

Assume-se no estudo que, mensurar o grau de conhecimento da população sobre o HPV é importante, uma vez que permite, via resultados obtidos, avaliar e selecionar as estratégias adequadas para que sejam construídos planejamentos eficazes com medidas de promoção, prevenção e diagnóstico precoce das alterações provocadas pelo vírus³². Deste modo, as variáveis relacionadas ao conhecimento da mulher demonstram que 44,4% não correlacionam o HPV com CCU, entretanto 84,2% afirmam conhecer a finalidade da vacina contra HPV e reconhecem o posto de saúde como principal fonte de informação, seguida pela televisão.

Ao analisar o conhecimento acerca do HPV e das vacinas, estudo realizado com usuários de cinco unidades básicas de saúde e duas policlínicas em Campinas, São Paulo, verificou resultado semelhante, no qual quase 40,0% dos entrevistados referiram ter ouvido falar do HPV, entretanto a principal fonte de informação foi a mídia (41,7%)³³.

Prevaleceu ainda, a percepção das mulheres quanto a interferência da sua doença na busca das familiares para realização do exame preventivo e imunização contra o HPV.

Durante o processo de coleta de dados, percebeu-se que, ao serem indagadas sobre o impacto que o CCU causou sobre suas familiares, as mulheres relataram que a doença passou a ser um fator desencadeador de um maior cuidado frente à prevenção desta neoplasia.

Com base no exposto, os achados do estudo apontam a necessidade de reforçar a importância da educação em saúde voltada ao exame preventivo, de modo particular, reforçando ações voltadas às mulheres que se encontram na faixa etária de rastreamento, e à imunização contra HPV do público-alvo. Faz-se necessário considerar as diversidades entre as mesorregiões, que apresentam uma realidade de desigualdade e iniquidade que impõem desafios aos programas de controle do CCU, doença que deve ser entendida não somente como indicador oncológico, mas essencialmente como indicador de vulnerabilidade social e de necessidades de cuidados de saúde. Visto a relevância da temática, sugere-se a realização de mais estudos que aprofundem o tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Estatísticas globais do câncer 2018: estimativas do GLOBOCAN de incidência e mortalidade em todo o mundo para 36 cânceres em 185 países. *CA Cancer J Clin*. 2018; 0:1–31.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in Globocan 2012. *International Journal of Cancer*, Genebra, v. 136, n. 5, p. 359-386, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25220842>>. Acesso em: 04 set. 2020.
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/>>. Acesso em 25 mar. 2019.
4. Melo MCSC, Vilela F, Salimena AMO, Souza IEO. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2012; 58(3): 389-398.
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf>. Acesso em: 14 out. 2020.
6. World Health Organization. ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Summary report on HPV and cervical cancer statistics in Brazil. Geneva; 2014. Disponível em: <<http://www.hpvcentre.net>>. Acesso em: 26 ago. 2020.
7. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Rastreo, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero. *Febrasgo*. 2017; 1(2): 64. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/05Z-ZDIAGNOySTICOZRASTREIOEZTRATAMENTOZOZCAyNCERZDEZCOLOZDEZ UyTERO.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2020.
8. Serrano B, Brotons M, Bosch FX, Bruni L. Epidemiology and burden of HPV-related disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018; 47: 14-26.
9. Schiffman M, Doorbar J, Wentzensen N, de Sanjosé S, Fakhry C, Monk B, Stanley MA, Franceschi S. Carcinogenic human papillomavirus infection. *Nat Rev Dis Primers*. 2016. Dec 1;2: 1-20.
10. Chichareon S, Herrero R, Muñoz N, Bosch FX, Jacobs MV, Deacon J, et al. Risk factors for cervical cancer in Thailand: a case-control study. *J Natl Cancer Inst*. 1998; 90(1):50-7.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Informe técnico sobre a vacina papilomavírus humano (HPV) na atenção básica. Brasília, 2014. Disponível em <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/26/Informe-Tecnico-Introducao-vacina-HPV-18-2-2014.pdf>> Acesso em: 14 set. 2020.

12. Coelho, S; Porto, Y. F. Saúde da mulher. Nescon/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte Nescon/UFMG, 2013. 144p.
13. Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Duro SMS, Saes MO, Nunes BP, Fassa AG, Facchini LA. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. Rev. Bras. SaúdeMater. Infant. 2015; 15(2):171-180.
14. Duarte DAP, Bustamante-Teixeira MT, 2018. Iniquidade Social e Mortalidade por Câncer de Mama e Colo do Útero: Uma Revisão Integrativa. Revista On Line de Pesquisa. 10(3): p. 877-888.
15. Li, X., Hu, S. Y., He, Y., Hernandez Donoso, L., Qu, K. Q., Van Krieking, G., & Zhao, F. H. (2018). Systematic literature review of risk factors for cervical cancer in the Chinese population. Women's Health, 14, 1745506518816599.
16. Santos ERR, Silva KCL, Bezerra AFB. Desafios para organização do rastreamento do câncer no colo uterino em um município da região metropolitana do Recife. Rev. Ciênc. Méd. 2012; 21(1-6):45-54.
17. Selva ACV, Guaraná CVPS, Dias VS, Sales JT, Azevedo CRAS. Estudo de coorte prospectiva de pacientes com câncer de colo de útero: a idade é um fator determinante?. Braz. J. Hea. Rev. 2020; 3(4):8679-8695.
18. Organização Pan-Americana de Saúde. Folha informativa – HPV e câncer do colo do útero. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5634:folha-informativa-hpv-e-cancer-do-colo-do-utero&Itemid=839> Acesso em: 13 out. 2020.
19. Dunyo P; Effah K; Udofia EA. Factors associated with late presentation of cervical cancer cases at a district hospital: a retrospective study. BMC Public Health. 2018. Oct 3;18(1):1156.
20. Gauri A; Messiah SE; Bouzoubaa LA; Moore KJ; Koru-Sengul T. Cervical cancer sociodemographic and diagnostic disparities in Florida: a population-based study (1981-2013) by stage at presentation. Ethn Health. 2018; May 5:1-9.
21. Ribeiro JF; Araújo KRS; Campelo V; Figueredo MLF; Silva ARV. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero em uma cidade do nordeste. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2015; 6 (2):1367-1381.
22. Melo WA, Pelloso AM, Alvarenga A, Carvalho MDB. Fatores associados a alterações do exame citopatológico cérvico-uterino no Sul do Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2017; 17(4):645-652.
23. Furlan FLS, Machoski MCC, Bernardi GF, Augusto SB. Impacto de características socioeconômicas na adesão do Papanicolaou. Rev. Méd. Paraná, Curitiba. 2019; 77(1):60-64.
24. Fernandes RAQ, Narchi NA. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. Rev Bras

Cancerol. 2002;48(2):223-30.

25. Medonça VG, Lorenzato FRB, Mendonça JG, Menezes TC, Guimarães MJB. Mortalidade por câncer de colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2008; 30(5):248-255.

26. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf> Acesso em: 14 out. 2020.

27. Capote Negrin LG. Epidemiology of cervical cancer in Latin America. Ecanermedicalscience. 2015; Oct 8(9):577.

28. Chiconela FV; Chidassicua JB. Conhecimentos e atitudes das mulheres em relação ao exame preventivo do câncer do colo uterino. Rev. Eletr. Enf. 2017. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.41334>>. Acessado em: 14out. 2019.

29. Melo EMF, Linhares FMP, Silva TM, Pontes CM, Santos AHS, Oliveira SC. Câncer cérvico-uterino: conhecimento, atitude e prática sobre o exame de prevenção. Rev. Bras. Enferm. Brasília. 2019; v. 72; supl. 3.

30. Silva JP, Leite KNS, Souza TA, Sousa KMO, Rodrigues SC, Alves JP, Rodrigues ARS, Souza ARD. Exame Papanicolau: fatores que influenciam a não realização do exame em mulheres de 40 a 65 anos. Arq. Ciênc. Saúde. 2018; 25(2):15-19.

31. Noé BR, Trindade FR, Dexheimer GM. Análise da periodicidade e da idade na realização do exame citopatológico cervicovaginal no Rio Grande do Sul. Revista Saúde e Desenvolvimento. 2018; 12(10):104-120.

32. Abreu MNS, Soares AD, Ramos DAO, Soares FV, Filho GN, Valadão AF, Motta PG. Conhecimento e percepção sobre o HPV na população com mais de 18 anos da cidade de Ipatinga, MG, Brasil. Ciência e Saúde Coletiva. 2018; 23(3):249-260.

33. Osis MJD, Duarte GA, Sousa MH. Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as vacinas disponíveis no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2014; 48(1):123-133.

Figura 01 – Distribuição das pacientes com CCU atendidas no IMIP segundo Mesorregião, Pernambuco, 2016-2019.

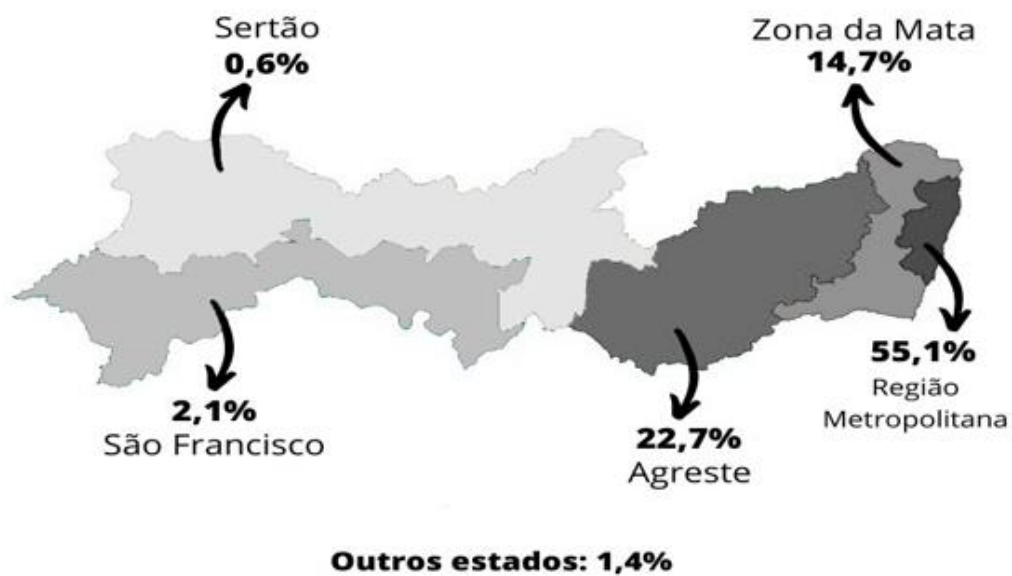


Tabela 01 – Distribuição das pacientes com CCU atendidas no IMIP segundo situação conjugal, escolaridade, religião, raça e ocupação, estratificados por mesorregião, Pernambuco, 2016-2019.

| Variável | Agreste | RMR | São Francisco | Sertão | Zona da Mata | Total | p-valor ¹ |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|-------------------|--------------------|----------------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Situação conjugal | | | | | | | |
| Casada/União consensual | 16 (45,7) | 47 (49,5) | 2 (66,7) | 4 (57,1) | 12 (54,5) | 81 (50,0) | 0,605 |
| Divorciada/Separada | 1 (2,9) | 9 (9,5) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 3 (13,6) | 13 (8,0) | |
| Solteira | 14 (40,0) | 34 (35,8) | 1 (33,3) | 3 (42,9) | 7 (31,8) | 59 (36,4) | |
| Viúva | 4 (11,4) | 5 (5,2) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 9 (5,6) | |
| Escolaridade | | | | | | | |
| Nenhum | 9 (25,7) | 6 (6,3) | 1 (33,3) | 1 (14,3) | 2 (9,1) | 19 (11,7) | 0,043* |
| Antigo primário/elementar | 7 (20,0) | 15 (15,8) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 5 (22,7) | 27 (16,7) | |
| Ensino fundamental ou equivalente | 11 (31,4) | 26 (27,4) | 1 (33,3) | 4 (57,1) | 12 (54,5) | 54 (33,3) | |
| Ensino médio ou equivalente | 7 (20,0) | 38 (40,0) | 0 (0,0) | 1 (14,3) | 2 (9,1) | 48 (29,6) | |
| Superior (3º grau) - Completo | 1 (2,9) | 8 (8,4) | 1 (33,3) | 0 (0,0) | 1 (4,5) | 11 (6,8) | |
| Superior (3º grau) - Incompleto | 0 (0,0) | 2 (2,1) | 0 (0,0) | 1 (14,3) | 0 (0,0) | 3 (1,9) | |
| Religião | | | | | | | |
| Católica | 22 (62,9) | 43 (45,3) | 2 (66,7) | 6 (85,7) | 10 (45,5) | 83 (51,2) | 0,392 |
| Espírita | 0 (0,0) | 1 (1,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,6) | |
| Evangélica | 12 (34,3) | 36 (37,9) | 1 (33,3) | 1 (14,3) | 9 (40,9) | 59 (36,4) | |
| Não tenho religião | 1 (2,9) | 15 (15,8) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 3 (13,6) | 19 (11,7) | |
| Raça | | | | | | | |
| Amarela | 0 (0,0) | 2 (2,1) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (1,2) | 0,100 |
| Branca | 13 (37,1) | 15 (15,8) | 0 (0,0) | 3 (42,9) | 5 (22,7) | 36 (22,3) | |
| Indígena | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (33,3) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,6) | |
| Preta | 1 (2,9) | 12 (12,6) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (4,5) | 14 (8,6) | |
| Parda | 21 (60,0) | 66 (69,5) | 2 (66,7) | 4 (57,1) | 16 (72,7) | 109 (67,3) | |
| Ocupação | | | | | | | |
| Aposentada | 4 (11,4) | 8 (8,4) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 3 (13,6) | 15 (9,2) | 0,641 |
| Não trabalha | 15 (42,9) | 27 (28,4) | 2 (66,7) | 4 (57,1) | 9 (40,9) | 57 (35,2) | |
| Trabalho fora do domicílio | 12 (34,3) | 42 (44,2) | 1 (33,3) | 2 (28,6) | 6 (27,3) | 63 (38,9) | |
| Trabalho doméstico | 4 (11,4) | 18 (19,0) | 0 (0,0) | 1 (14,3) | 4 (18,2) | 27 (16,7) | |
| Total | 35 (100,0) | 95 (100,0) | 3 (100,0) | 7 (100,0) | 22 (100,0) | 162 (100,0) | |

1-Teste de independência da Razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significante.

Tabela 02 – Distribuição das pacientes com CCU atendidas no IMIP segundo variáveis relacionadas a realização do exame preventivo, estratificados por mesorregião, Pernambuco, 2016-2019.

| Variável | Agreste | Metropolitana | São Francisco | Sertão | Zona da Mata | Total | p-valor ¹ |
|--|-------------------|-------------------|------------------|------------------|-------------------|--------------------|----------------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Conhecimento prévio sobre exame preventivo | | | | | | | |
| Não | 8 (22,9) | 5 (5,3) | 1 (33,3) | 0 (0,0) | 4 (18,2) | 18 (11,1) | 0,021* |
| Sim | 27 (77,1) | 90 (94,7) | 2 (66,7) | 7 (100,0) | 18 (81,8) | 144 (88,9) | |
| Total | 35 (100,0) | 95 (100,0) | 3 (100,0) | 7 (100,0) | 22 (100,0) | 162 (100,0) | |
| Periodicidade prévia da realização do exame | | | | | | | |
| Com intervalo \geq 3 anos | 0 (0,0) | 2 (2,1) | 0 (0,0) | 1 (14,3) | 0 (0,0) | 3 (1,9) | 0,203 |
| De 2 em 2 anos | 5 (14,2) | 6 (6,3) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (4,5) | 12 (7,4) | |
| De 3 em 3 anos | 1 (2,8) | 2 (2,1) | 0 (0,0) | 1 (14,3) | 2 (9,0) | 6 (3,7) | |
| Mais de uma vez por ano | 0 (0,0) | 1 (1,1) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,6) | |
| Sem regularidade | 7 (20,0) | 11 (11,6) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 5 (22,7) | 23 (14,2) | |
| Todo ano | 7 (20,0) | 50 (52,6) | 2 (66,6) | 4 (57,1) | 7 (31,9) | 70 (43,2) | |
| Não realizava | 15 (43,0) | 23 (24,2) | 1 (33,4) | 1 (14,3) | 7 (31,9) | 47 (29,0) | |
| Total | 35 (100,0) | 95 (100,0) | 3 (100,0) | 7 (100,0) | 22 (100,0) | 162 (100,0) | |
| Motivo da não realização do exame | | | | | | | |
| Não informada da necessidade do exame | 10 (43,5) | 8 (53,3) | 3 (42,8) | 1 (100,0) | 0 (0,0) | 22 (46,9) | 0,201 |
| Medo do exame ou constrangimento | 8 (34,8) | 4 (26,7) | 3 (42,8) | 0 (0,0) | 1 (100,0) | 16 (34,0) | |
| Descuido | 1 (4,3) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (2,1) | |
| NS/NR | 4 (17,4) | 3 (20,0) | 1 (14,4) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 8 (17,0) | |
| Total | 23(100,0) | 15 (100,0) | 7 (100,0) | 1 (100,0) | 1 (100,0) | 47 (100,0) | |
| Idade de início da realização do exame preventivo | | | | | | | |
| < 25 anos | 14 (70,0) | 65 (90,3) | 1 (50,0) | 3 (50,0) | 8 (53,3) | 91 (79,1) | 0,009* |
| Entre 25 e 65 anos | 4 (20,0) | 7 (9,7) | 1 (50,0) | 3 (50,0) | 7 (46,7) | 22 (19,1) | |
| \geq 65 anos | 1 (5,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (66,7) | 1 (0,9) | |
| Não lembra | 1 (5,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (0,9) | |
| Total | 20 (100,0) | 72 (100,0) | 2 (100,0) | 3 (100,0) | 15 (100,0) | 115 (100,0) | |

1-Teste de independência da Razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significativa.

Tabela 03 – Distribuição das pacientes com CCU atendidas no IMIP segundo variáveis relacionadas ao conhecimento sobre o HPV, estratificados por mesorregião, Pernambuco, 2016-2019.

| Variável | Agreste | Metropolitana | São Francisco | Sertão | Zona da Mata | Total | p-valor ¹ |
|--|-------------------|-------------------|------------------|------------------|-------------------|--------------------|----------------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Conhece o HPV | | | | | | | |
| Não | 23 (65,7) | 31 (32,6) | 1 (33,3) | 5 (71,4) | 12 (54,5) | 72 (44,4) | 0,005* |
| Sim | 12 (34,3) | 64 (67,4) | 2 (66,7) | 2 (28,6) | 10 (45,5) | 90 (55,6) | |
| Total | 35 (100,0) | 95 (100,0) | 3 (100,0) | 7 (100,0) | 22 (100,0) | 162 (100,0) | |
| Conhece a vacina contra o HPV | | | | | | | |
| Não | 7 (20,0) | 6 (6,3) | 2 (66,7) | 0 (0,0) | 3 (13,6) | 18 (11,1) | 0,018* |
| Sim | 28 (80,0) | 89 (93,7) | 1 (33,3) | 7 (100,0) | 19 (86,4) | 144 (88,9) | |
| Total | 35 (100,0) | 95 (100,0) | 3 (100,0) | 7 (100,0) | 22 (100,0) | 162 (100,0) | |
| Fonte da informação sobre a vacina contra o HPV (caso a resposta anterior seja SIM)** | | | | | | | |
| Posto de Saúde | 17 (60,7) | 59 (66,2) | 1 (100,0) | 5 (71,4) | 10 (52,6) | 92 (64,8) | 0,725 |
| Televisão | 17 (60,7) | 46 (51,7) | 0 (0,0) | 4 (57,1) | 10 (52,6) | 77 (54,2) | 0,696 |
| IMIP | 4 (14,3) | 19 (21,3) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (10,5) | 25 (17,6) | 0,306 |
| Profissional de Saúde | 8 (28,6) | 21 (23,6) | 0 (0,0) | 1 (14,3) | 5 (26,3) | 35 (24,6) | 0,850 |
| Amigos | 1 (3,6) | 5 (5,6) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (5,7) | 7 (4,9) | 0,903 |
| Outros | 0 (0,0) | 4 (4,5) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (10,5) | 4 (2,8) | 0,636 |
| Conhecimento sobre o público alvo da vacina contra HPV | | | | | | | |
| Apenas meninas | 5 (17,9) | 9 (10,1) | 0 (0,0) | 1 (14,3) | 4 (20,0) | 19 (13,2) | 0,672 |
| Meninas e Meninos | 13 (46,4) | 58 (65,2) | 1 (100,0) | 2 (28,6) | 7 (35,0) | 81 (56,2) | |
| NS/NR | 10 (35,7) | 22 (24,7) | 0 (0,0) | 4 (57,1) | 9 (45,0) | 44 (30,6) | |
| Total | 28 (100,0) | 89 (100,0) | 1 (100,0) | 7 (100,0) | 20 (100,0) | 144 (100,0) | |
| Adequação do conhecimento ao preconizado (Análise da variável anterior) | | | | | | | |
| Não | 5 (27,8) | 8 (12,1) | 0 (0,0) | 1 (33,3) | 5 (41,7) | 19 (19,0) | 0,142 |
| Sim | 13 (72,2) | 58 (87,9) | 1 (100,0) | 2 (66,7) | 7 (58,3) | 81 (81,0) | |
| Total | 18 (100,0) | 66 (100,0) | 1 (100,0) | 3 (100,0) | 12 (100,0) | 100 (100,0) | |
| Conhecimento sobre a finalidade da vacina contra HPV | | | | | | | |
| Não | 6 (21,4) | 10 (11,2) | 0 (0,0) | 4 (57,1) | 3 (15,8) | 23 (15,8) | 0,064 |
| Sim | 22 (78,6) | 79 (88,8) | 1 (100,0) | 3 (42,9) | 16 (80,0) | 121 (84,2) | |
| Total | 28 (100,0) | 89 (100,0) | 1 (100,0) | 7 (100,0) | 19 (100,0) | 144 (100,0) | |
| Adequação do conhecimento ao preconizado (Análise da variável anterior) | | | | | | | |
| Não | 1 (4,5) | 2 (2,3) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (6,3) | 4 (3,3) | 0,793 |
| Sim | 21 (65,5) | 77 (97,5) | 1 (100,0) | 3 (100,0) | 15 (93,7) | 117 (96,7) | |
| Total | 22 (100,0) | 79 (100,0) | 1 (100,0) | 3 (100,0) | 16 (100,0) | 121 (100,0) | |

1-Teste de independência da Razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significativa. 1-Teste de independência da Razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significativa; ** Para esta variável é possível mais de uma resposta.

Tabela 04 – Distribuição das pacientes com CCU atendidas no IMIP segundo variáveis relacionadas a mulheres na família, estratificados por mesorregião, Pernambuco, 2016-2019.

| Perguntas | Agreste | Metropolitana | São Francisco | Sertão | Zona da Mata | Total | p-valor ¹ |
|---|-------------------|-------------------|------------------|------------------|-------------------|--------------------|----------------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Mulheres na família com mais de 25 anos | | | | | | | |
| Não | 7 (20,0) | 18 (19,0) | 0 (0,0) | 2 (28,6) | 3 (13,6) | 30 (18,5) | 0,641 |
| Sim | 28 (80,0) | 77 (81,0) | 3 (100,0) | 5 (71,4) | 19 (86,4) | 132 (81,5) | |
| Total | 35 (100,0) | 95 (100,0) | 3 (100,0) | 7 (100,0) | 22 (100,0) | 162 (100,0) | |
| Realização do exame preventivo pelas mulheres da família com mais de 25 anos | | | | | | | |
| Não | 8 (28,6) | 5 (6,5) | 0 (0,0) | 1 (20,0) | 8 (42,1) | 22 (16,7) | 0,004 |
| NS/NR** | 0 (0,0) | 5 (6,5) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 5 (3,8) | |
| Sim | 20 (71,4) | 67 (87,0) | 3 (100,0) | 4 (80,0) | 11 (57,9) | 105 (79,5) | |
| Total | 28 (100,0) | 77 (100,0) | 3 (100,0) | 5 (100,0) | 19 (100,0) | 132 (100,0) | |
| Influência do diagnóstico de CCU sobre a busca pela realização do preventivo nas mulheres da família | | | | | | | |
| Não | 8 (28,6) | 8 (10,4) | 1 (33,3) | 1 (20,0) | 9 (47,4) | 27 (20,6) | 0,007 |
| NS/NR | 0 (0,0) | 3 (3,9) | 1 (33,3) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 4 (3,1) | |
| Sim | 20 (71,4) | 66 (85,7) | 1 (33,3) | 4 (80,0) | 10 (52,6) | 101 (76,3) | |
| Total | 28 (100,0) | 77 (100,0) | 3 (100,0) | 5 (100,0) | 19 (100,0) | 132 (100,0) | |
| Meninas na família entre 9 e 21 anos | | | | | | | |
| Não | 11 (31,4) | 30 (31,6) | 2 (66,7) | 1 (14,3) | 6 (27,3) | 50 (30,9) | 0,324 |
| NS/NR | 2 (5,7) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (1,2) | |
| Sim | 22 (62,9) | 65 (68,4) | 1 (33,3) | 6 (85,7) | 16 (72,7) | 110 (67,9) | |
| Total | 35 (100,0) | 95 (100,0) | 3 (100,0) | 7 (100,0) | 22 (100,0) | 162 (100,0) | |
| Meninas na família instruídas a fazer a vacina do HPV | | | | | | | |
| Não | 0 (0,0) | 3 (4,6) | 0 (0,0) | 1 (16,7) | 1 (6,3) | 5 (4,5) | 0,049* |
| NS/NR* | 7 (31,8) | 8 (12,3) | 1 (100,0) | 0 (0,0) | 4 (25,0) | 20 (18,2) | |
| Sim | 15 (68,2) | 54 (83,1) | 0 (0,0) | 5 (83,3) | 11 (68,8) | 85 (77,3) | |
| Total | 22 (100,0) | 65 (100,0) | 1 (100,0) | 6 (100,0) | 16 (100,0) | 110 (100,0) | |
| Fonte da informação sobre a vacina | | | | | | | |
| Escola | 5 (33,3) | 16 (29,6) | 2 (0,0) | 0 (50,0) | 3 (27,3) | 26 (30,6) | 0,886 |
| Profissional do posto de saúde | 13 (86,7) | 47 (87,0) | 3 (0,0) | 1 (75,0) | 9 (81,8) | 73 (85,9) | 0,876 |
| Televisão | 1 (6,7) | 5 (9,3) | 1 (0,0) | 0 (25,0) | 0 (0,0) | 7 (8,2) | 0,401 |
| IMIP | 1 (6,7) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (1,2) | 0,328 |
| Pediatra | 0 (0,0) | 1 (1,8) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (1,2) | 0,819 |
| Total | 15 (100,0) | 54 (100,0) | 4 (0,0) | 1 (100,0) | 11 (100,0) | 85 (100,0) | |

1-Teste de independência da Razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significante; **Não sabe/não respondeu