

Uma observação sobre a **PRÁTICA DE CUIDADOS PREVENTIVOS DOS CANCROS DA MAMA E DO COLO DO ÚTERO**, em Portugal Continental.

Relatório

Maria João Branco (Médica de Saúde Pública)

Baltazar Nunes (Estatista)

Teresa Contreiras (Médica de Saúde Pública)

Lisboa, Março 2005

Índice

RESUMO	3
1. INTRODUÇÃO	4
2. OBJECTIVO	8
3. MATERIAL E MÉTODOS	8
3.1 Descrição do estudo	8
3.2 População	8
3.3 Amostra	8
3.4 Colheita de dados	9
3.4.1 Varáveis estudadas	9
3.5 Tratamento dos dados e análise estatística	10
4. RESULTADOS	11
4.1 Amostra	11
4.2 Respondentes	11
4.3 Comportamentos preventivos do cancro da mama	14
4.3.1 Mamografia	14
4.3.2 «Prática preventiva adequada»	17
4.4 Comportamentos preventivos do cancro colo do útero	18
4.4.1 Citologia cervical	18
4.4.2 «Prática preventiva adequada»	20
5. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	22
6. REFERÊNCIAS	25
ANEXO I	27

Resumo

O ONSA realizou um estudo com o objectivo de estimar a prevalência de mulheres com exames de rastreio relacionados com os cancros da mama e do colo do útero na população de mulheres de 18 e mais anos, residentes em unidades de alojamento do Continente, com telefone fixo.

O estudo, descritivo transversal, constou de um inquérito realizado por entrevista telefónica, em Julho 2004, a mulheres de 18 e mais anos, residentes nas unidades de alojamento (UA) que integram o painel ECOS (uma mulher/UA). Este painel é constituído por uma amostra de 1149 UA, com telefone fixo, com alocação homogénea, estratificada por Região de Saúde do Continente. As variáveis colhidas contemplaram idade, nível de instrução, ocupação e Região de Saúde de residência, realização de, pelo menos, uma mamografia e uma citologia cervical e respectivos intervalos de tempo de realização. Considerou-se com «prática preventiva adequada para o cancro da mama» as mulheres de 40 a 69 anos que tivessem realizado uma mamografia há dois ou menos anos. Considerou-se com «prática preventiva adequada para o cancro do colo do útero» as mulheres de 30 a 60 anos que tivessem realizado uma citologia cervical há três ou menos anos.

Obtiveram-se **868 questionários válidos**

Relativamente aos principais resultados, poder-se-á concluir que as respondentes eram, na sua **maioria, mulheres de 25-64 (67%)**, com um **nível de instrução correspondente ao ensino básico (51%)**. As **domésticas, reformadas e desempregadas** corresponderam a 55% das respondentes.

Do total de mulheres inquiridas de 18 e mais anos, 27% nunca tinha realizado um mamografia e 38% nunca realizaram uma citologia cervical.

Identificaram-se 491 mulheres, pertencentes ao **grupo etário dos 40-69 anos**, que souberam referir o intervalo de tempo de realização da última **mamografia**. Destas, **80% tinha sido rastreada, no máximo, há 2 anos**.

Identificaram-se 451 mulheres, pertencentes ao **grupo etário dos 30-60 anos**, que souberam referir o intervalo de tempo de realização da última **citologia cervical**. Destas, **71% tinham sido rastreadas há ≤ 3 anos**.

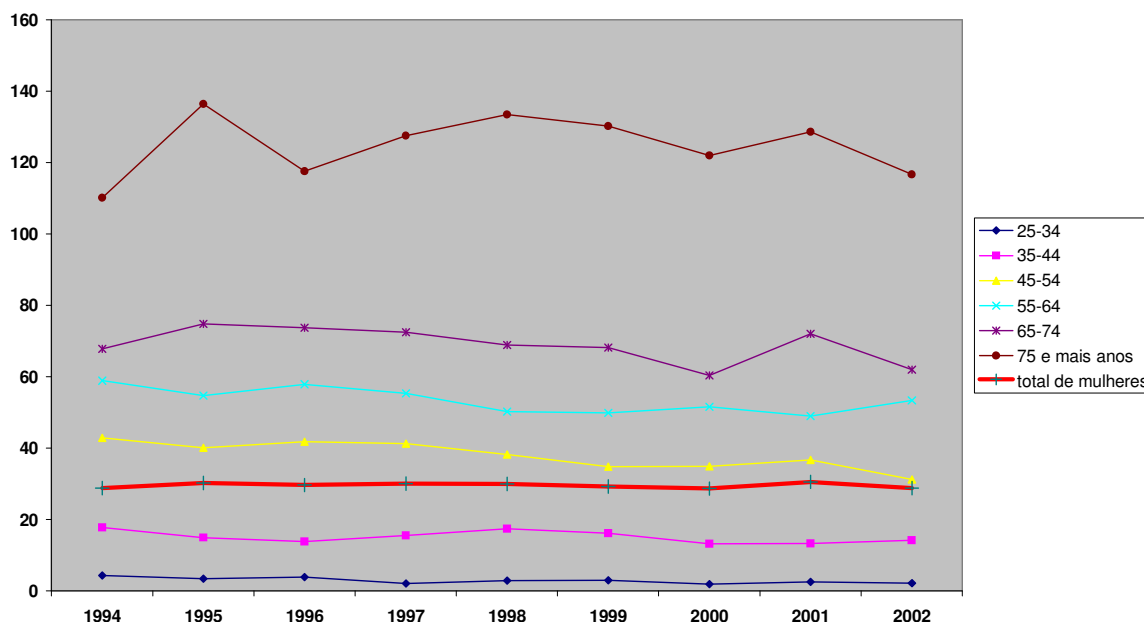
Os resultados apontam para a necessidade de melhorar a prática de detecção precoce, especialmente do cancro do colo do útero.

1. Introdução

Em Portugal, o cancro da mama continua a ser a causa de morte, por cancro, mais comum entre as mulheres, nomeadamente, foi a primeira causa de morte da população feminina dos 35-54 anos do Continente, entre 1994-1999¹. Em 2002, correspondeu no Continente, a uma taxa de mortalidade, padronizada pela idade, de 21,5/100000 mulheres.²

Na figura 1 pode-se analisar a evolução em Portugal Continental da mortalidade devida a este tumor, constatando-se uma estabilização da mortalidade global.

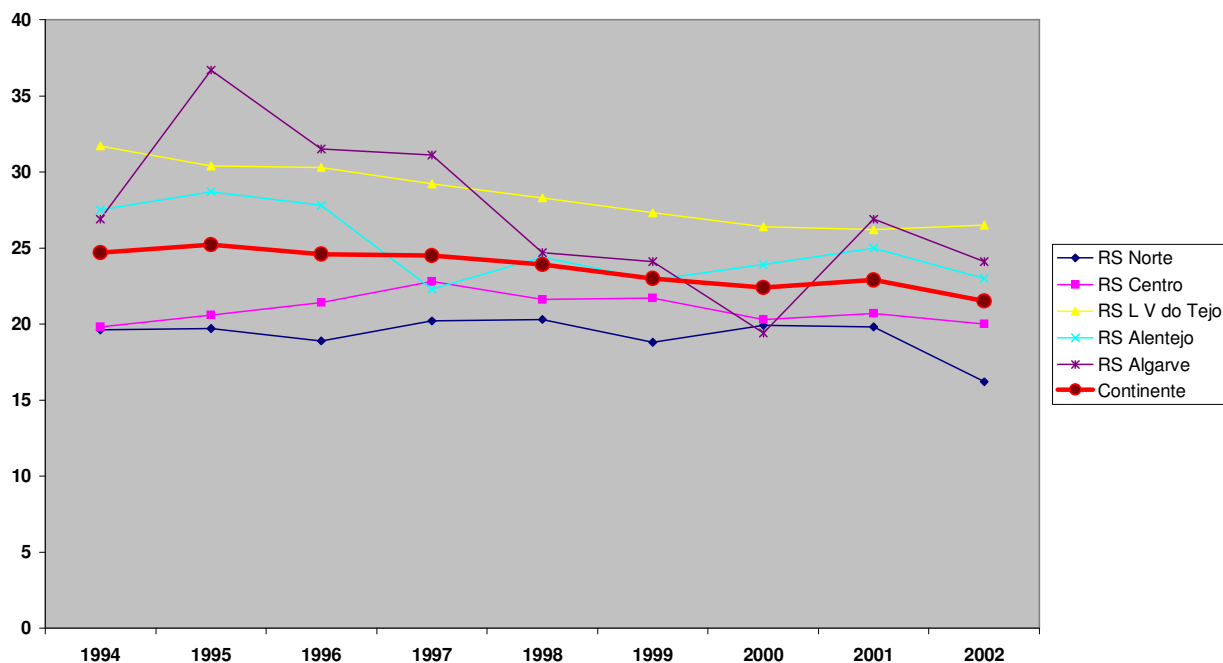
Figura 1 - Taxas de mortalidade (/10⁵ hab.) por tumor maligno da mama feminina, por grupo etário, no Continente. 1994-2002



Fonte - DGS: Risco de Morrer

Do ponto de vista geográfico a situação não é homogénea. Verificaram-se algumas assimetrias, apresentando as regiões do centro e norte do país uma situação mais favorável (Figura 2).

Figura 2 - Taxas de mortalidade (/10⁵ hab.) por tumor maligno da mama feminina, padronizadas pela idade, por Região de Saúde e Continente. 1994-2002



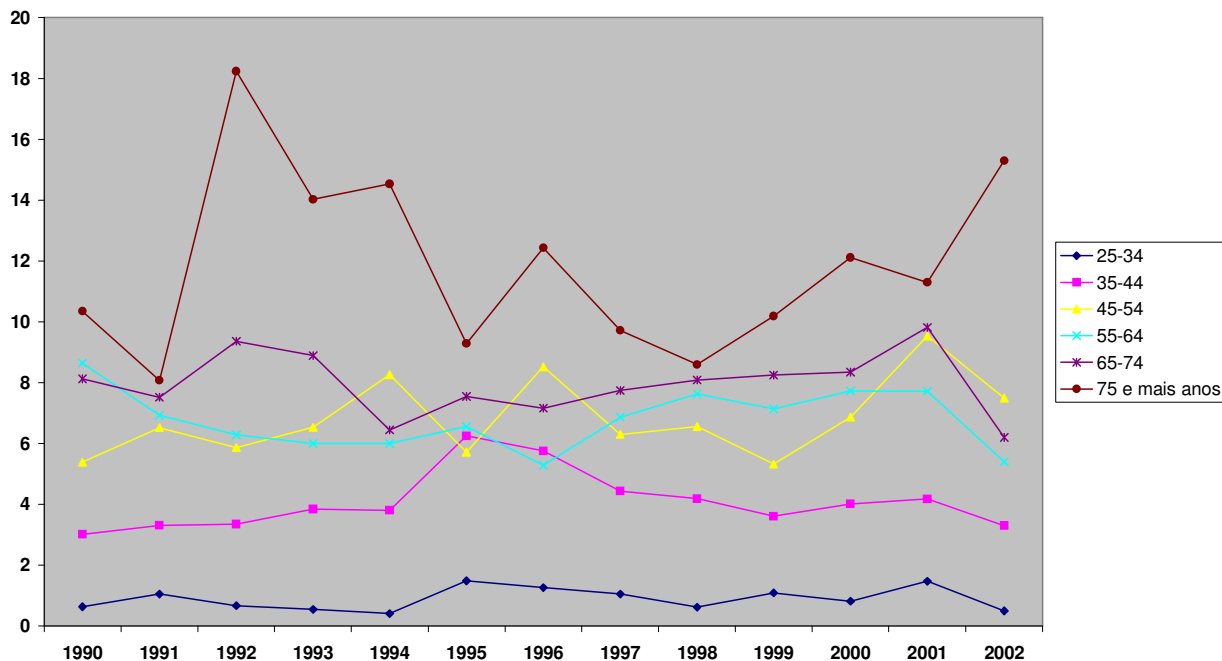
Fonte - DGS: Risco de Morrer

O cancro do colo do útero, ainda que com menos impacto na mortalidade, situou-se, nos anos referenciados, entre as dez principais causas de morte no grupo etário dos 35-44. Em 2002, no Continente, contribuiu com 4,1 mortes por 100000 mulheres². Nas figuras 3 e 4 descreve-se a situação da mortalidade por este tumor. Verificou-se um recrudescimento da mortalidade nos grupos etários 45-54 anos e ≥ 75 anos. Do ponto de vista regional, as Regiões de Lisboa e Vale do Tejo e, especialmente, a do Algarve apresentam as taxas de mortalidade padronizadas mais elevadas, situando-se acima da do Continente.

A eficácia das práticas de rastreio na detecção precoce de lesões, com o consequente impacto na diminuição da mortalidade, tem sido demonstrada através de vastíssimos estudos, que, por sua vez, suportam evidência para recomendações veiculadas através de protocolos de actuação no que diz respeito a quem deve ser rastreada, início, intervalo e descontinuidade na detecção. A título ilustrativo, apontam-se, em linhas gerais, as últimas recomendações definidas pela *American Cancer Society Guidelines* para os exames de rastreio destes dois cancros. Assim, para o cancro da mama, é preconizado que o rastreio com mamografia seja iniciado nas mulheres de 40 anos, sem risco especial acrescido, repetido com intervalo de um a dois anos. O rastreio do cancro do colo do útero deve iniciar-se, aproximadamente, nos três primeiros anos após o início de

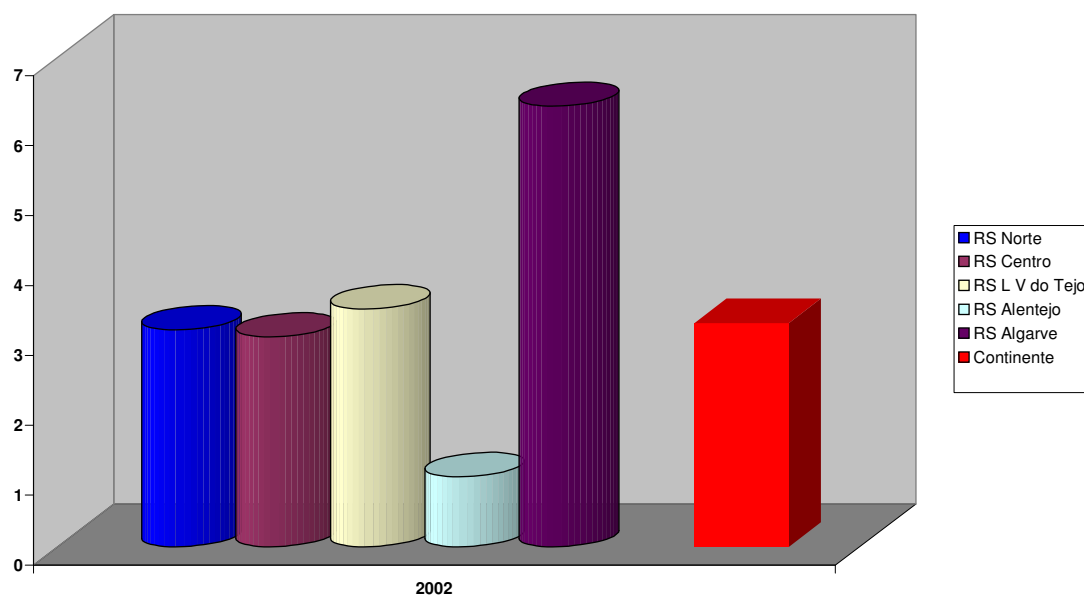
relações sexuais ou aos 21 anos de idade (qualquer que seja o critério a concretizar-se primeiro), repetindo-se todos os três anos.^{3,4,5}

Figura 3 - Taxas de mortalidade (/10⁵ hab.) por cancro do colo do útero, por grupo etário, no Continente. 1994-2002



Fonte - INE: Estatísticas de mortalidade

Figura 4 - Taxas de mortalidade (/10⁵ hab.) por cancro do colo do útero, padronizadas pela idade, por Região de Saúde e Continente. 2002



Fonte - DGS: Risco de Morrer

Entre nós, esta problemática tem merecido a atenção por parte dos decisores.

Assim, em 2001 pela Resolução do Conselho de Ministros nº129/2001⁶ foi aprovado o Plano Oncológico Nacional 2001-2005, no qual foi prevista a implementação de uma estratégia de prevenção e programas de rastreio. Preconizava-se, então, o rastreio de cancro da mama, realizando uma mamografia de dois em dois anos, no grupo etário dos 50-69 anos, abrangendo eventualmente o grupo etário 40-49 anos e o rastreio de cancro do colo do útero, através da realização de citologia cervical em mulheres dos 30 aos 60 anos, com intervalos de 3 anos, após dois exames anuais negativos. Realce-se que se está a falar da aplicação de exames sistemáticos de base populacional, cuja implementação tem que obedecer a requisitos de ordem ética, legal, social, médica, organizativa e económica.⁷

Também nas orientações técnicas para a «Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar», emanadas pela Direcção-Geral da Saúde, são preconizadas como actividades a desenvolver: efectuar o rastreio do cancro do colo do útero e da mama.⁸

Mais recentemente, no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, no âmbito das *Estratégias para obter mais saúde para todos*, surgem como doenças prioritárias que impõem uma abordagem integrada, os cancros da mama feminina e do colo do útero. Nomeadamente, quantificam-se metas apontando para uma *taxa de rastreio*, em 2010, da ordem dos 60% da população-alvo para ambas as situações. Definem-se como indicadores da evolução da doença as taxas de mortalidade padronizada antes dos 65 anos/10⁵ mulheres. A taxa do cancro da mama feminina situava-se em 2001 em 14,3/10⁵, pretende-se que baixe para 10/10⁵, em 2010. Relativamente ao cancro do colo do útero, aquele indicador apresentava o valor de 3,5/10⁵ no ano de 2001 e pretende-se que em 2010 não mais do que 2 em cada 100000 mulheres com menos de 65 anos morram por este cancro.⁹

Neste contexto, o ONSA, através do painel ECOS¹⁰, realizou o presente estudo com a finalidade de contribuir para o conhecimento sobre a prática de cuidados de detecção precoce de cancro da população feminina.

2. Objectivo

Identificam-se os seguintes objectivos:

- i. Estimar a prevalência, na população portuguesa (Continente), de mulheres de 18 e mais anos com exames de rastreio relacionados com o cancro da mama e cancro do colo do útero;
- ii. Caracterizar as rastreadas e estudar possíveis desigualdades, segundo algumas variáveis sócio-demográficas;
- iii. Calcular a percentagem de mulheres do grupo etário 40-69 anos com uma «prática preventiva adequada» do cancro da mama;
- iv. Calcular a percentagem de mulheres do grupo etário dos 30-60 anos com uma «prática preventiva adequada» do cancro do colo do útero.

3. Material e métodos

3.1 *Descrição do estudo*

O modelo do estudo utilizado foi o descritivo transversal. Constatou-se de um inquérito realizado por entrevista telefónica, entre 12 de Julho e 28 de Julho de 2004 a elementos do sexo feminino de 18 e mais anos, residentes nas unidades de alojamento que integram o painel ECOS¹⁰.

3.2 *População*

A população-alvo deste estudo foi constituída pelas mulheres de 18 e mais anos residentes em unidades de alojamento do Continente com telefone fixo.

3.3 *Amostra*

Tratou-se de uma amostra aleatória de 1149 mulheres correspondendo a uma amostra da mesma dimensão de unidades de alojamento (UA), possuidoras de telefone fixo, estratificada por Região de Saúde do Continente, com alocação homogénea e em que residia, pelo menos, uma mulher de 18 e mais anos.

Em cada agregado foi inquirida apenas uma mulher com 18 ou mais anos. A respondente foi seleccionada aleatoriamente em cada unidade de alojamento de entre as mulheres elegíveis (idade ≥ 18 anos). Caso a mulher escolhida não estivesse em casa, ou não pudesse responder ao questionário, este seria aplicado a qualquer mulher com 18 ou mais anos das residentes na respectiva UA que se dispusesse a participar.

Para todos os agregados foi enviado previamente uma carta convite solicitando a participação no estudo

3.4 Colheita de dados

Os dados foram colhidos através de um questionário estruturado composto por 4 perguntas especificamente desenvolvidas para os objectivos do estudo, com base em instrumentos de vigilância amplamente utilizados (Anexo I).¹¹

Como metodologia de inquirição foi utilizada a entrevista telefónica assistida por computador (CATI), tendo-se para tal adjudicado o serviço a uma empresa de sondagens.

3.4.1 Varáveis estudadas

- **Caracterização da inquirida:** idade, nível de instrução, ocupação e Região de Saúde de residência.
- **Caracterização de comportamento preventivo do cancro da mama:** realização de uma mamografia, intervalo de tempo de realização.

Definiu-se «prática preventiva adequada» adoptando o critério: realização de uma mamografia há dois ou menos anos por mulher dos grupos etários «40-49» e «50-69» anos.

- **Caracterização de comportamento preventivo do cancro do colo do útero:** realização de uma citologia cervical, intervalo de tempo de realização.

Definiu-se «prática preventiva adequada» adoptando o critério: realização de uma citologia há três ou menos anos por mulher dos grupos etários «30-60» anos.

3.5 Tratamento dos dados e análise estatística

Os dados colhidos foram gravados em suporte informático, tendo a base de dados sido submetida a um processo de validação da congruência.

Atendendo a que as variáveis em estudo eram, na sua maioria, categoriais, a principal estatística utilizada foi a frequência relativa apresentada na forma de percentagem.

Uma vez que a amostra não é auto ponderada optou-se por apresentar os resultados ponderados por Região de Saúde. Para as ponderações foi utilizada «a população residente de mulheres com idade ≥ 18 anos de Portugal continental em 2001, por Região de Saúde (INE)».

Assim, primeiramente, descreveu-se a amostra no que respeita às características sócio-demográficas das inquiridas.

Para as restantes variáveis que descrevem os comportamentos preventivos (variáveis dependentes), apresentou-se a distribuição de frequências no total da amostra e desagregada pelas categorias de algumas das variáveis de caracterização (variáveis independentes). Para testar a associação (ou independência) com estas variáveis foram utilizados o teste de Qui-quadrado com correcção de Rao-Scott¹² e o testes de Qui-quadrado de Pearson¹³ para a variável independente «Região de Saúde».

Foi estabelecido em 5%, o nível de significância dos testes, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade de significância do teste (p-value) foi inferior a este valor.

Calculou-se também, para todas as frequências apresentadas os seus intervalos de confiança a 95% utilizando a aproximação à distribuição Normal.

A análise estatística foi realizada utilizando os programas de *software* estatístico SPSS 12.01¹⁴ e WesVar PC¹⁵.

4. Resultados

Conforme foi referido consideraram-se para fins de análise dos resultados, as estimativas ponderadas.

4.1 Amostra

Dos contactos telefónicos realizados obtiveram-se **868 questionários válidos** o que corresponde a **75,5%** das 1149 mulheres da amostra inicial. Relativamente aos contactos não sucedidos (151), valerá a pena pormenorizar que na sua maioria foram devidos a motivos relacionados com a operacionalidade do painel (números inválidos, impossibilidade de estabelecer contacto telefónico, *etc.*). Os restantes indivíduos contactados (130) não se mostraram disponíveis para participar ou corresponderam a questionários não validados.

Em 11,5% (100) das entrevistas realizadas, por condicionalismos vários, a inquirida não foi a mulher inicialmente seleccionada aleatoriamente para ser entrevistada. De acordo com a metodologia, foi substituída por outro elemento do sexo feminino, de 18 ou mais anos, com disponibilidade para responder ao questionário. De forma a avaliar o impacto da substituição realizada na amostra inicial, comparou-se a média de idades destas 100 respondentes com as 100 mulheres que estavam seleccionadas *a priori*. A média da diferença da idade da substituída pela substituta foi de 3 anos, e não se revelou estatisticamente diferente de zero.¹⁶

4.2 Respondentes

Nas tabelas 1 e 2 descreve-se a caracterização sócio-demográfica das inquiridas.

O grupo etário predominante foi o dos 45-64 anos de idade (38,3%).

A comparação da distribuição da amostra pelos grupos etários com a da população revela algumas diferenças. Com efeito, nos grupos etários mais novos, há menor número de efectivos na amostra utilizada do que na população, enquanto que nos grupos etários que abrangem as idades compreendidas entre os 45 e os 74 anos, a amostra apresenta-se sobre-representada. A amostra e a população sobrepõem-se relativamente à distribuição observada no grupo etário dos mais idosos. (Tabela 1)

Tabela 1 – Distribuição das inquiridas e da população feminina (estimativas do INE), por idade

	n	amostra n/ponderada	amostra ponderada		População Censo 2001
		%	%	IC 95%	%
Grupo etário (anos)	868				
18-24		5,8	5,6	(4,3 ; 7,2)	12,3
25-44		26,6	29,1	(24,4 ; 33,7)	35,6
45-64		39,7	38,3	(35,2 ; 41,5)	29,5
65-74		18,5	17,4	(14,9 ; 19,8)	12,7
≥75		9,4	9,5	(4,7 ; 14,4)	10,0

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa

Mais de metade dos indivíduos da amostra tem como nível de instrução o ensino básico (50,6%), mas, destes, na sua maioria apenas o 4º ano (4ª classe) de escolaridade. Contudo, ainda se registaram 20,6% das inquiridas com ensino superior (Tabela 2).

As domésticas, reformadas e desempregadas constituíram 55,1% da amostra (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das inquiridas por nível de instrução e ocupação

	n	amostra n/ponderada	amostra ponderada		% s/inf
		%	%	IC 95%	
Nível de instrução	867				0,1
Menos que o ensino básico		16,5	15,2	(13,0 ; 17,4)	
Ensino básico		53,2	50,6	(46,8 ; 54,3)	
Ensino secundário		12,3	13,6	(11,0 ; 16,2)	
Ensino superior		18,0	20,6	(16,4 ; 24,9)	
Ocupação	867				0,1
Vida profissional activa		41,1	40,1	(37,5 ; 42,7)	
Doméstica		24,9	25,0	(23,8 ; 26,1)	
Reformada		25,4	25,4	(21,4 ; 29,4)	
Desempregada		4,3	4,7	(0,1 ; 9,4)	
Estudante		4,4	4,9	(2,2 ; 7,5)	

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa

Na Tabela 3 descreve-se a distribuição das 868 inquiridas pelas Regiões de Saúde da respectiva unidade de alojamento. Note-se que a amostra planeada tinha o mesmo número de UA, em cada Região. As **Regiões do Norte e Alentejo** foram as mais representadas no estudo. No entanto, não se rejeita a hipótese da distribuição poder ser considerada homogénea ($p = 0,656 > 0,05$) pelo teste do Bom-ajustamento do Qui-Quadrado.

Tabela 3- Distribuição das inquiridas por Região de Saúde

Regiões	Nº de mulheres	%
Norte	183	21,1
Centro	164	18,9
Lisboa e Vale do Tejo	173	19,9
Alentejo	185	21,3
Algarve	163	18,8
Total	868	100,0

4.3 Comportamentos preventivos do cancro da mama

Conforme referido na metodologia, **apresentam-se os resultados ajustados por Região de Saúde.**

4.3.1 Mamografia

«*Já alguma vez fez uma mamografia?*»

Do total de mulheres inquiridas de 18 e mais anos, **73,7%** referiram já ter realizado, pelo menos, uma mamografia. A análise da distribuição das inquiridas rastreadas por Região de Saúde revelou diferenças regionais com significado estatístico, apresentando as regiões do sul do país as menores percentagens (Tabela 4).

Tabela 4– Percentagem de mulheres (18 e mais anos) que realizaram, pelo menos, uma mamografia, por Região de Saúde

	n	%	I.C. 95 %	p	% s/inf
Total	867	73,0*	(70,4 ; 75,5)		0,1
Regiões				0.033^b	
Norte	183	73,2	(66,8 ; 79,6)		
Centro	163	72,4	(65,5 ; 79,3)		
Lisboa e Vale do Tejo	173	75,1	(68,7 ; 81,6)		
Alentejo	185	68,1	(61,4 ; 74,8)		-
Algarve	163	60,7	(53,2 ; 68,2)		

n - número de registos válidos; (; .) - IC 95% da estimativa; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; b - teste de χ^2 de Pearson, *resultado ponderado por Região de Saúde

«*Há quanto tempo fez a última mamografia?*»

Houve 583 mulheres que souberam referir o intervalo de tempo de execução do último exame. Destas, 82,9% tinham realizado o exame radiográfico há dois anos ou menos.

Neste estudo, com fundamento no definido no Plano Oncológico Nacional no que diz respeito ao intervalo de execução das mamografias, considerou-se que a mulher estava adequadamente vigiada se tivesse feito a mamografia no máximo há dois anos. Assim,

interessou fundamentalmente analisar a percentagem de mulheres com uma mamografia executada há ≤ 2 anos, no total de mulheres inquiridas.

Adoptando este indicador, verificou-se que a percentagem de mulheres com exame feito há dois anos ou menos foi de 59,8% (Tabela 5). Novamente são as regiões do sul que apresentaram as mais baixas percentagens deste indicador ($p=0.014$).

Tabela 5– Percentagem de mulheres (18 e mais anos) que realizaram uma mamografia há ≤ 2 anos, por Região de Saúde

	n	%	I.C. 95 %	p	% s/inf
Total	843	59,8*	(53,9.; 65,6)		2,9
Regiões				0.014^b	
Norte	179	62,6	(55,5 ; 69,7)		
Centro	158	60,1	(52,5 ; 67,8)		
Lisboa e Vale do Tejo	166	59,0	(51,6 ; 66,5)		
Alentejo	182	56,0	(48,8 ; 63,3)		-
Algarve	158	44,9	(37,2 ; 52,7)		

n - número de registos válidos; (; .) - IC 95% da estimativa; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; b – teste de χ^2 de Pearson; *resultado ponderado por Região de Saúde

Da análise da tabela 6 ressalta não haver homogeneidade na distribuição das inquiridas com mamografia realizada há ≤ 2 anos pelas diferentes categorias das variáveis de desagregação. Com efeito, observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos etários. Foram as mulheres dos 45-64, logo seguidas das dos 65-74, que apresentaram as maiores percentagens de realização de uma mamografia num intervalo de dois anos, respectivamente, 85,2% e 68,1%. Relativamente ao nível de instrução, foram as mulheres de níveis de instrução mais baixo que referiram em maior percentagem (60,3% e 68,0%) ter realizado a mamografia no intervalo preconizado.

Foram as domésticas (71,6%) e as reformadas (64,3%) que apresentaram uma maior proporção de mulheres com prática preventiva.

Tabela 6 – Percentagem de inquiridas (18 e mais anos) que realizaram uma mamografia há ≤ 2 anos, segundo algumas variáveis de caracterização da inquirida

	n	%*	IC 95%	p
Grupo etário (anos)				<0,001^a
18-24	50	5,2	(0,0; 14,0)	
25-44	229	40,5	(33,5 ; 47,5)	
45-64	336	85,2	(78,6 ; 91,9)	
65-74	154	68,1	(58,3 ; 77,8)	
≥ 75	74	33,6	(13,0 ; 54,2)	
Nível de instrução				<0,001^a
Menos que o ensino básico	130	60,3	(43,0 ; 77,7)	
Ensino básico	452	68,0	(62,9 ; 73,1)	
Ensino secundário	106	47,5	(38,4 ; 56,6)	
Ensino superior	155	47,7	(45,1 ; 50,4)	
Ocupação				<0,001^a
Vida profissional activa	353	56,1	(51,2 ; 61,0)	
Doméstica	209	71,6	(67,6 ; 75,7)	
Reformada	208	64,3	(51,5 ; 77,1)	
Desempregada	35	58,8	(45,0 ; 72,5)	
Estudante	38	9,3	(0,0 ; 21,5)	

n - número de registos válidos; (. ; .) - IC 95% da estimativa; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; a - teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott; *resultado ponderado por Região de Saúde

4.3.2 «Prática preventiva adequada»

Tendo como referência os critérios estabelecidos para os rastreios, no Plano Oncológico Nacional, outro aspecto que se analisou foi a idade da mulher relacionada com a realização da mamografia e respectivo intervalo de tempo. Identificou-se um grupo etário específico, o das mulheres dos 40-69 anos de idade. Pelo menos estas, deveriam ter realizado uma mamografia há dois anos ou menos anos.

Identificaram-se 505 mulheres pertencentes a este grupo etário, das quais 91,8% já tinham realizado uma mamografia. Esta percentagem baixou para 80,1%, quando se considerou a variável «realização de uma mamografia há ≤ 2 anos» (Tabela 7).

Tabela 7 - Percentagem de mulheres dos 40-69 anos, que realizaram uma mamografia há ≤ 2 anos, por Região de Saúde

	n	%	I.C. 95 %	p	% s/in
Total	491	80,1*	(76,9 ; 83,2)		2,8
Regiões				0.000^b	
Norte	99	84,8	(77,8 ; 91,9)		
Centro	90	78,9	(70,5 ; 87,3)		
Lisboa e Vale do Tejo	88	80,7	(72,4 ; 88,9)		
Alentejo	111	71,2	(62,7 ; 79,6)		-
Algarve	103	58,3	(48,7 ; 67,8)		

n - número de registos válidos; (. ; .) - IC 95% da estimativa; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; b - teste de χ^2 de Pearson; *resultado ponderado por Região de Saúde

4.4 Comportamentos preventivos do cancro colo do útero

De igual modo, apresentam-se os resultados ajustados por Região de Saúde.

4.4.1 Citologia cervical

«Já alguma vez fez uma citologia (esfregaço vaginal/teste de Papanicolau)?»

Do total de mulheres inquiridas de 18 e mais anos, **71,7%** referiram já ter realizado, pelo menos, uma citologia. A análise da distribuição das inquiridas rastreadas por Região de Saúde revelou diferenças regionais com significado estatístico, apresentando as regiões do sul do país as menores percentagens (Tabela 8).

Tabela 8– Percentagem de mulheres (18 e mais anos) que já realizaram, pelo menos, uma citologia cervical, por Região

	n	%	I.C. 95 %	p	% s/inf
Total	858	71,7*	(67,1 ; 76,3)		1,2
Regiões				0.000^b	
Norte	182	80,2	(74,4 ; 86,0)		
Centro	160	70,6	(63,6 ; 77,7)		
Lisboa e Vale do Tejo	173	69,9	(63,1 ; 76,8)		
Alentejo	183	41,5	(34,4 ; 48,7)		-
Algarve	160	60,0	(52,4 ; 67,6)		

n - número de registos válidos; (. ; .) - IC 95% da estimativa; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; b – teste de χ^2 de Pearson, *resultado ponderado por Região de Saúde

«Há quanto tempo fez a última citologia?»

Nesta pergunta obtiveram-se 520 questionários válidos, isto é mulheres que tinham realizado uma citologia e sabiam referir o intervalo de tempo. Destas, 81,9% tinham realizado o exame radiográfico há três anos ou menos.

Com fundamento no definido no Plano Oncológico Nacional no que diz respeito ao intervalo de execução das citologias, considerou-se que a mulher estava adequadamente vigiada se tivesse feito a citologia no máximo há três anos. Analisou-se, então, a percentagem de mulheres com uma citologia executada há ≤ 3 anos, no total de mulheres inquiridas.

Adoptando este indicador, verificou-se que a percentagem de mulheres com exame feito há três anos ou menos foi de 57,8% (417) (Tabela 9). Mais uma vez as regiões do sul voltam a apresentar valores bastante baixos, 44,1% no Algarve e, especialmente, o Alentejo com 29,6%.

Tabela 9– Percentagem de mulheres (18 e mais anos) que realizaram uma citologia cervical há ≤ 3 anos, por Região

	n	%	I.C. 95 %	p	% s/inf
Total	843	57,8*	(55,0.; 60,6)		4,8
Regiões				0.000^b	
Norte	179	65,9	(59,0 ; 72,9)		
Centro	150	58,0	(50,1 ; 65,9)		
Lisboa e Vale do Tejo	166	55,4	(47,9 ; 63,0)		
Alentejo	179	29,6	(22,9 ; 36,3)		-
Algarve	152	44,1	(36,2 ; 52,0)		

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; b – teste de χ^2 de Pearson; *resultado ponderado por Região de Saúde

Foram observadas associações com significado estatístico entre a realização de citologia nos últimos três anos e algumas das variáveis de desagregação.

Da análise da tabela 10 ressalta não haver homogeneidade na distribuição das inquiridas em que a prática foi observada pelas diferentes categorias das variáveis de desagregação. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos etários. Foram as mulheres dos 25-44 anos e as dos 45-64 anos, que apresentaram as maiores percentagens de realização de uma citologia num intervalo de três anos, respectivamente, 77,0% e 63,8%. Relativamente ao nível de instrução foram as mulheres de níveis de instrução mais elevado que referiram em maior percentagem (76,7% e 65,4%) ter realizado a citologia no intervalo esperado.

Foram as mulheres com vida profissional activa (72,0%) que apresentaram uma maior proporção de mulheres com esta prática preventiva.

Tabela 10 – Percentagem de inquiridas (18 e mais anos) que realizaram uma citologia cervical há ≤ 3 anos, segundo algumas variáveis de caracterização da inquirida

	n	%*	IC 95%	p
Grupo etário (anos)				<0,001^a
18-24	49	18,3	(6,8; 29,7)	
25-44	226	77,0	(73,0 ; 80,9)	
45-64	332	63,8	(56,1 ; 71,5)	
65-74	145	46,5	(31,8 , 61,2)	
≥ 75	74	14,0	(0,0 ; 37,6)	
Nível de instrução				<0,001^a
Menos que o ensino básico	124	29,2	(19,5 ; 38,9)	
Ensino básico	445	57,5	(50,4 ; 64,6)	
Ensino secundário	107	76,7	(69,1 ; 84,3)	
Ensino superior	149	65,4	(59,7 ; 71,1)	
Ocupação				<0,001^a
Vida profissional activa	351	72,0	(66,8 ; 77,2)	
Doméstica	202	56,8	(51,7 ; 61,9)	
Reformada	201	41,9	(31,0 ; 52,8)	
Desempregada	34	59,6	(47,3 ; 71,9)	
Estudante	37	23,4	(15,4 ; 31,5)	

n - número de registos válidos; (. ; .) - IC 95% da estimativa; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; a - teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott; *resultado ponderado por Região de Saúde

4.4.2 «Prática preventiva adequada»

Tendo como referência o critério estabelecido para o rastreio do cancro do colo do útero, no Plano Oncológico Nacional, focou-se a observação sobre as mulheres de 30-60 anos, com uma citologia realizada, no máximo, há três anos.

Identificaram-se 462 mulheres pertencentes a este grupo etário, das quais 84,7% já tinham realizado uma citologia. Esta percentagem baixou para 71,4%, quando se utilizou a variável «realização de uma citologia há ≤ 3 anos» (Tabela 11).

Tabela 11 - Percentagem de mulheres dos 30-60 anos, que realizaram uma citologia cervical há ≤ 3 anos, por Região de Saúde

	n	%	I.C. 95 %	p	% s/in
Total	451	71,4*	(67,2 ; 75,6)		2,6
Regiões				0.000^b	
Norte	100	80,0	(72,2 ; 87,8)		
Centro	92	70,7	(61,3 ; 80,0)		
Lisboa e Vale do Tejo	87	67,8	(58,0 ; 77,6)		
Alentejo	93	44,1	(34,0 ; 54,2)		-
Algarve	79	64,6	(54,0 ; 75,1)		

n - número de registos válidos; (. ; .) - IC 95% da estimativa; p - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; b – teste de χ^2 de Pearson; *resultado ponderado por Região de Saúde

5. Discussão e conclusões

O presente estudo correspondeu a uma abordagem à problemática da adesão/acessibilidade a práticas preventivas de rastreio do cancro.

A validade dos resultados apresentados depende do efeito de potenciais viés, pelo que é importante analisar algumas das limitações do estudo.

O painel utilizado, sendo uma amostra probabilística de unidades de alojamento de Portugal Continental, com telefone fixo, não permite obter indicadores que constituíam suporte de inferências para toda a população portuguesa, atendendo a que o sector da população que não possui telefone fixo ou que têm números confidenciais não se encontra representado na amostra.¹⁰

Obteve-se a uma taxa de resposta de 75,5% que corresponde a 868 entrevistas realizadas.

Duas perguntas do questionário impunham referências temporais. A informação delas obtida pode pois ter sido objecto de eventuais viés de memória.

Incluíram-se elementos do sexo feminino de ≥ 18 anos, pois estudaram-se outras temáticas, optimizando, dentro do razoável, a utilização do Painel.

Focando algumas das características das inquiridas valerá a pena realçar que na sua maioria, eram mulheres de idades compreendidas entre os **25-64 anos de idade** (67,4%), metade da amostra tinha apenas o **ensino básico** (50,6%) e que as **domésticas, reformadas** predominaram (50,4%).

Relativamente aos principais resultados, poder-se-á concluir que praticamente **três quartos da amostra realizou pelo menos uma mamografia (73,7%)**. Esta percentagem baixou para **59,8%**, quando se considerou aquelas que a **realizaram há dois ou menos anos**. Atente-se, contudo, que se trata, ainda, do grupo de inquiridas no qual estão representados todos os grupos etários, portanto aqueles, para o quais não foi definida indicação para realização de mamografia.

Relativamente a este indicador, foram detectadas associações com significado estatístico, expressas por valores percentuais mais elevados em categorias das variáveis usadas para caracterizar a inquirida. As diferenças do valor deste indicador encontradas entre os diferentes grupos etários (Tabela 6) estão dentro do esperado se atendermos aos critérios etários para a realização deste exame de detecção precoce. Realçam-se aquelas,

que carecem de uma interpretação cautelosa. Foram **as mulheres com um nível de instrução «menos que o ensino básico» e «ensino básico», assim como, as «domésticas» e as «reformadas» que apresentaram maiores percentagens de mulheres rastreadas há ≤ 2 anos, respectivamente 60,3 %, 68,0% e 71,6%, 64,3%**. Será que tem a ver com o tipo de assistência a que recorrem? Provavelmente serão mulheres que recorrem aos SNS na procura de cuidados. Não deve ser excluída a hipótese destes resultados estarem associados com a idade e de se tratar de um caso de possível confundimento, impondo uma análise multivariada que oportunamente será realizada. Outro aspecto interessante de análise é a diferença de percentagem de realização nas diferentes Regiões de Saúde, apresentando as regiões do centro e norte do país indicadores mais favoráveis. Várias explicações poderão ser exploradas, uma delas passará necessariamente pela acessibilidade/oferta de cuidados, nomeadamente no âmbito dos cuidados primários de saúde.

Com fundamento nos critérios definidos para rastreios de base populacional deu-se especial enfoque às **mulheres dos 40-69 anos de idade**. Assim, verificou-se que 13,5% (68) das mulheres desta idade nunca tinham feito uma mamografia. No entanto, **80,1%** (IC95%: 76,9-83,2) **cumpriam com os critérios de uma «prática preventiva adequada», tendo realizado uma mamografia há dois ou menos anos**. A comparação deste resultado com outros referenciados na literatura não pode ser linear atendendo a diferenças metodológicas. Mas, apenas a título ilustrativo, tomando como referência um estudo realizado na Dinamarca¹⁷ e outro em Espanha¹⁸, em que se obtiveram resultados da ordem dos 71% e 79%, respectivamente. O resultado deste estudo é concordante com o reportado no estudo espanhol. Poder-se-á pois, concluir que as mulheres estudadas revelaram uma boa prática de cuidados preventivos traduzida numa percentagem de realização elevada.

Os resultados obtidos relacionados com a detecção precoce do cancro do colo do útero foram inferiores. Assim, **71,7%** das inquiridas referiram já ter realizado **uma citologia cervical**, apenas **um pouco mais de metade a realizou há três ou menos anos (57,8%)**.

Também foi verificado um efeito, estatisticamente significativo, do nível de escolaridade . No entanto, ao contrário do observado para a mamografia, verificou-se que **foram as mulheres com níveis de escolaridade mais elevado, nomeadamente, «ensino secundário» e «ensino superior» e as com «vida profissional activa» que apresentaram, maiores percentagens de indivíduos com citologias realizadas há ≤ 3**

anos (76,7%, 65,4% e 72, 0%). Para este exame, foi a Região do Alentejo que apresentou o pior indicador, resultado que, de algum modo, não é consistente com a baixa taxa de mortalidade estimada para esta Região.

Na detecção precoce do cancro do colo do útero, com base nos fundamentos atrás referidos, o enfoque foi as **mulheres do grupo etário dos 30-60 anos**. Neste grupo 20,8% (91) mulheres nunca fizeram citologia cervical, mas **71,4%** (IC95%: 67,2-75,6) realizaram-na obedecendo aos critérios de rastreio. Este valor é consistente com resultados apontados na literatura referenciada. Com efeito, num estudo brasileiro¹⁹, foi encontrada uma percentagem de realização da ordem dos 68,8%, enquanto que noutro trabalho²⁰, referenciando resultados europeus, são apontadas amplitudes de cobertura muito variadas entre países e até mesmo no mesmo país: na Inglaterra, Islândia e áreas rurais da Suécia e Dinamarca foram referidas percentagens de 80% ou mais, enquanto que na Áustria, França Itália e Espanha as percentagens situaram-se nos 60% ou menos. A Espanha, entre províncias, apresentou uma diferença de 25% em Castela para 60% em Madrid.

Esta é uma área de cuidados de saúde em que utilizadoras e prestadores são, igualmente, protagonistas essenciais, cada um com um papel específico a desempenhar, fundamentalmente dependente do grau de educação para a saúde alcançado, no caso da mulher, e da educação médica, no caso do prestador de saúde.

Apesar de algumas fragilidades do estudo não se quis deixar de o apresentar, convictos que os resultados obtidos poderão contribuir quer para uma reflexão sobre a temática, quer para a caracterização epidemiológica da situação. É nesta especialmente, que se deve fundamentar a implementação de recomendações para exames de detecção precoce de cancro. Como nota final, os ganhos de saúde obtidos com a prática destes cuidados, bem demonstrados noutros países, deveriam justificar a prioridade da sua inclusão efectiva em programas preventivos, por parte dos decisores.

6. Referências

1. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde. *De que se morre mais em Portugal. As principais causas de morte de 1990 a 1999*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde, 2002
2. Direcção-Geral da Saúde. DSIA. Divisão de Epidemiologia. *Risco de Morrer em Portugal, 2002*. Lisboa: DGS, 2005. Disponível em [URL:http://www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt). Em publicação 2005
3. Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, Burke W, Constanza ME, Evans III WP, Foster Jr. RS, Hendrick E, Eyre HJ, Sener S. American Cancer Society Guidelines for Breast Cancer Screening: Update2003. *CA Cancer J Clin* 2003;53(3):141-169
4. Saslow D, Runowicz CD, Solomon D, Moscicki A-B, Smith RA, Eyre HJ, Cohen C. American Cancer Society Guideline for The Early Detection of Cervical Neoplasia and Cancer. *CA Cancer J Clin* 2002;52(6):343-362
5. U. S. Preventive Services Task Force (USPSTF). *Guide to Clinical Preventive Services*, 3rd. Edition. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare and Research and Quality. USPSTF. Available from: [URL:http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm)
6. Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros nº129/2001. Plano Oncológico – 2001-2005. *Diário da República – I Série-B*; nº190 (17 de Agosto, 2001): 5241-5247
7. Recomendação do Conselho da União Europeia de 2 de Dezembro de 2003 sobre rastreio do cancro (2003/878/CE). *Jornal Oficial da União Europeia* 2003; 16.12-2003:L327/34-L327/38
8. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. *Saúde Reprodutiva: Planeamento familiar/Direcção-Geral da Saúde. Orientações técnicas nº 9*. Lisboa: DGS, 1998
9. Direcção-Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos*. Lisboa: DGS, 2004. 2 volumes - Volume I – Prioridades, Volume II – Orientações estratégicas
10. Instituto Nacional de saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde (ONSA). *Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde, 2003
11. Center for Disease Control and Prevention (CDC). *Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey Questionnaire*. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 1999
12. Rao J. N. K. e Scott A. J. (1987) - On simple adjustments to chi-squared test with sample survey data. *Annals of Statistics* **15** 385-97

13. Pearson K. (1904) *On the theory of contingency tables and its relation to association and normal correlation*. Draper's Co. Res. Mem. Biometric Ser. 1. Reprinted (1948) in Karl Pearson's Early Papers, Cambridge University Press
14. SPSS[®] Base 12.0 User's Guide. SPSS inc. 2003
15. A User's guide to WesVar PC 2.01 – Westat Copyright 1997
16. Observatório Nacional de Saúde. Relatório de execução do Ecos (Documento interno)
17. Lynge E. Mammography screening for breast cancer in Copenhagen April 1991-March 1997. Mammography Screening Evaluation Group. *APMIS Suppl.* 1998;83:1-44
18. Noguera JMS, Serra MP, Guilà FM, Abellà MC, Oliveres XC. Factores condicionantes de la cobertura, la respuesta y la participación en um programa de cribado del cáncer de mama. *Medicina Clínica* 1998; 111(7):251-256
19. Quadros CAT de, Victora CG, Costa JSD da. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. *Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health* 2004;16(4):223-232
20. Alliance for Cervical Cancer Prevention. *Improving Screening Coverage Rates of Cervical Cancer Prevention Programs: A Focus on Communities*. Seattle: ACCP, 2004. Cervical Cancer Prevention Issues in Depth No 4

Anexo I

Questionário – Comportamentos “preventivos” da mulher

Mamografia é um exame de RX, aos seios para a detecção de nódulos ou caroços.

P1. Já alguma vez fez uma mamografia?

- | | | | |
|--------------|--------------------------|---|-----|
| Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| Não | <input type="checkbox"/> | 2 | ⇒P3 |
| Não Sabe | <input type="checkbox"/> | 9 | ⇒P3 |
| Não Responde | <input type="checkbox"/> | 8 | ⇒P3 |

P2. Há quanto tempo fez a última mamografia?

- _____anos _____meses
- | | | |
|---------------|--------------------------|-----|
| Não Sabe | <input type="checkbox"/> | 999 |
| Não Responde | <input type="checkbox"/> | 998 |
| Não Aplicável | <input type="checkbox"/> | 997 |

Um exame citológico cervico-vaginal (teste de Papanicolau) é um exame que se faz ao colo do útero para detectar alterações.

P3. Já alguma vez fez uma citologia (esfregaço vaginal/teste de Papanicolau)?

- | | | | |
|--------------|--------------------------|---|-----|
| Sim | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| Não | <input type="checkbox"/> | 2 | ⇒P4 |
| Não Sabe | <input type="checkbox"/> | 9 | ⇒P4 |
| Não Responde | <input type="checkbox"/> | 8 | ⇒P4 |

P4. Há quanto tempo fez a última citologia?

- _____anos _____meses
- | | | |
|---------------|--------------------------|-----|
| Não Sabe | <input type="checkbox"/> | 999 |
| Não Responde | <input type="checkbox"/> | 998 |
| Não Aplicável | <input type="checkbox"/> | 997 |

Muito obrigado, pela sua colaboração