

ISSN 2674-8169

This work is licensed under an international
creative commons attribution 4.0 license.

PUBLICATION DATA

Article received on May 05, revised on May 12, accepted for publication on May 27 and published on May 29

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2020v2n5p12-26>

AFFILIATED INSTITUTION

1- Programa de Posgrado en Ciencias de Salud, Universidad Federal de Roraima. Boa Vista, RR, Brasil.

2-Facultad de Medicina. Universidad Federal de Roraima. Boa Vista, RR, Brasil.

KEY WORDS

Neoplasias Cervicales Uterinas, prevención y control; Prevención de neoplasias de células uterinas; Papanicolaou Prueba; Cobertura de servicios de salud; Cuna massiva.

Cibelli Navarro¹, Alex Jardim da Fonseca¹, Alexander Sibajev¹ and Wendell Lima Rabelo².

Correspondence should be Addressed to Cibelli Navarro ; cibellinavarro@yahoo.com.br

ORIGINAL ARTICLE

Cobertura de detección de cáncer de células uterinas en una región de alta incidencia.

OBJETIVO: Analice la cobertura de un programa de detección de cáncer uterino en una ciudad con una alta incidencia de enfermedades, además de los factores asociados con el cumplimiento del programa preventivo actual.

MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal basado en encuestas de hogares. La muestra estaba compuesta por mujeres entre 25 y 59 años de la ciudad de Boa Vista, RR, norte de Brasil, que estaban cubiertas por el programa de detección de cáncer uterino. Se utiliza el método de movimiento por grupos. La variable dependiente fue la participación en un programa de salud de la mujer, definido como menos de una prueba de Papanicolaou en los 36 meses previos a la entrevista; Las variables explicativas se extraen de los datos individuales. Se utilizó un modelo lineal generalizado.

RESULTADOS: Se analizaron 603 mujeres, con una edad promedio de 38.2 años (DE = 10.2). Se agregaron cinco mujeres diferentes al problema de detección, y la prevalencia de adherencia en los últimos tres años fue de hasta 85.7% (IC 95%: 82.5; 88.5). Un alto ingreso por persona y una consulta médica reciente si se asocia con el menú no se probaron en análisis multivariado. La ignorancia de la enfermedad, las causas y los métodos de prevención se correlacionan con las posibilidades de incumplimiento del sistema de detección; Se informó que el 20.0% de las mujeres estaban involucradas en problemas de detección oportunistas y no rutinarios.

CONCLUSIONES: El nivel de cobertura reportado es alto, excediendo el nivel recomendado para el control del cáncer cervical. El programa preventivo parece ser de naturaleza oportunista, particularmente para las mujeres más vulnerables (con bajos ingresos y poca información sobre la enfermedad). Los estudios sobre la calidad diagnóstica de la citología cervicovaginal y los calendarios terapéuticos para casos positivos son necesarios para comprender las barreras para el control del cáncer cervical.



Uterine cell cancer screening coverage in a high incidence region.

OBJECTIVE: To analyze the coverage of a uterine cancer detection program in a city with a high incidence of disease, in addition to the factors associated with compliance with the current preventive program.

METHODS: A cross-sectional study based on household surveys was carried out. The sample was made up of women between 25 and 59 years old from the city of Boa Vista, RR, northern Brazil, who were covered by the uterine cancer detection program. The group movement method is used. The dependent variable was participation in a women's health program, defined as less than a Pap test in the 36 months prior to the interview; The explanatory variables are extracted from the individual data. A generalized linear model was used.

RESULTS: 603 women were analyzed, with an average age of 38.2 years (SD = 10.2). Five different women were added to the detection problem, and the prevalence of adherence in the last three years was up to 85.7% (95% CI: 82.5; 88.5). A high income per person and a recent medical consultation if associated with the menu were not tested in multivariate analyzes. Ignorance of the disease, the causes and the prevention methods are correlated with the chances of non-compliance with the detection system; 20.0% of women were reported to be involved in opportunistic rather than routine screening problems.

CONCLUSIONS: The level of coverage reported is high, exceeding the recommended level for cervical cancer control. The preventive program appears to be opportunistic in nature, particularly for the most vulnerable women (with low incomes and little information about the disease). Studies on the diagnostic quality of cervicovaginal cytology and therapeutic schedules for positive cases are necessary to understand the barriers to cervical cancer control.

Keywords: *Uterine Cervical Neoplasms, prevention and control; Prevention of uterine cell neoplasms; Pap smear; Health services coverage; Massive crib*



INTRODUCTION

Incluso el cáncer uterino (CC) es una neoplasia con un gran potencial de prevención, debido a un importante problema de salud pública en Brasil, que eleva el mayor número de mujeres en mujeres jóvenes (15-44 años). Hasta 2013, los esfuerzos del Ministerio de Salud para controlar el CC se centraron exclusivamente en el uso de flotas vaginales (Papanicolaou) para evaluar la población femenina sexualmente activa (25-64 años). Se han estimado unos 16,000 nuevos casos de CC en Brasil en 2014 (15.3 / 100,000).

En el norte de Brasil, CC es un problema importante. El Instituto Nacional del Cáncer estima una incidencia de 26.6 / 100,000 en 2014 para la ciudad de Boa Vista, RR, norte de Brasil, que se ha mantenido estable en los últimos años. Sin embargo, un estudio de base poblacional realizado en el estado en 2010⁷ reveló una mayor incidencia de cáncer uterino que las estimaciones oficiales (46 / 100,000).

Varios factores, como las características culturales de los nativos, el aislamiento geográfico, las limitaciones del problema de Papanicolaou, las fallas en el seguimiento de las lesiones premalignas y la adopción de una conducta inapropiada, pueden contribuir a explicar el éxito parcial de la detección. Programas en el norte de Brasil.^{8,12} La cobertura poblacional de la estrategia preventiva es un factor crucial en este proceso. En Brasil, los aspectos asociados con la disponibilidad y el acceso a los sistemas de salud han sido ampliamente estudiados e identificados como una limitación en el control de CC en varias regiones.^{1,6}

Las regiones con una alta incidencia de CC generalmente presentan programas de detección predominantemente oportunistas (a diferencia de los programas sistemáticos y organizados) que proporcionan cobertura limitada, generan múltiples problemas para el mismo individuo y tienden a descuidar a las mujeres que se beneficiarían de él. problema de detección¹¹ La conciencia del alcance de los programas preventivos y los factores asociados con la falta de adherencia al modelo propuesto podría ayudar a redactar políticas públicas que sean más eficientes y estén mejor alineadas con el estado de cada región.

El propósito de este estudio fue analizar la cobertura de un programa de detección de cáncer uterino en una ciudad con una alta incidencia de enfermedades, así como los factores asociados con el cumplimiento del programa preventivo actual.

METHODS

Este estudio transversal con encuestas de casas se realizó en Boa Vista, Roraima, una ciudad con una población de 285,000 habitantes ubicada en la Amazonía Legal en el norte de



Brasil. Aproximadamente el 65.0% de la población del estado se concentra en Boa Vista, y la Estrategia de salud familiar cubre el 75% de su población. El objetivo del estudio incluyó mujeres de 25 a 59 años que vivieron en la ciudad durante al menos tres años. El Ministerio de Salud ha ampliado recientemente el rango de edad objetivo de la población a 64 años, utilizando el límite de 59 años, ya que este estudio es retroactivo al período en el que era aplicable el límite anterior. Debido a la prevalencia estimada de 80.0% de cobertura para la cuna CC basada en una encuesta nacional⁵ realizado en 2008 por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) y suponiendo una distribución normal para el intervalo de confianza del 95% (IC del 95%) y un error aceptable del 5%, si se obtuvo un tamaño mínimo de 550 participantes, suponiendo una pérdida del 10.0%. Para evaluar los factores de riesgo, el tamaño de la muestra tiene una potencia del 90.0% para detectar una razón de probabilidad ajustada de > 1.5 con un IC del 95%, suponiendo una tasa de falla del 10.0%.

Se utiliza el método de muestreo aleatorio por conglomerados. Los barrios en el área urbana de Boa Vista comprenden 4,902 bloques. Estos fueron numerados y seleccionados por un software generador de números aleatorios. Los bloques seleccionados fueron ajustados (ponderados) para la población en cada macro área del municipio. Los fines de semana entre junio y agosto de 2013, los investigadores visitaron los bloques en un orden de selección aleatorio para investigar los otros objetivos. Todas las mujeres que viven en el bloque seleccionado han sido contactadas por sus familias e invitadas a participar. De estos, 208 mujeres fueron excluidas por estar presentes pero no residir en sus hogares, no cumplir con los criterios de edad, haber residido en otro municipio en los últimos tres años, negándose a participar en el estudio. Se utilizó un formulario previamente probado en una entrevista personal de 30 minutos en la residencia del entrevistado, preferiblemente en ausencia de los residentes.

El resultado primario evaluado fue la participación en un programa de salud de la mujer, definido como menos de un problema de Papanicolaou en los 36 meses anteriores a la entrevista, independientemente del resultado y la publicidad del niño. Los datos recopilados fueron datos sociodemográficos, nivel educativo (la educación primaria es el límite), conocimiento del virus del papiloma humano y CC, datos clínicos personales y familiares, visita al trabajador de la salud, historial de visitas médicas y razones personales para hackearlo. Prueba.

Después de la encuesta, el 10.0% de los formularios para cada entrevistador fueron seleccionados al azar para el control de calidad. Estas mujeres seleccionadas fueron entrevistadas por teléfono con respecto a lo que se consideraban preguntas "clave". Las respuestas a estas preguntas se comparan con las obtenidas en la primera fase. Los cuestionarios no fueron descartados.



El análisis estadístico descriptivo incluye la distribución de frecuencias para variables categóricas y promedio (desviación estándar) y medianas (con rangos de intercambio) para variables continuas con distribuciones normales y anormales, respectivamente. La prevalencia se definió como el número de mujeres examinadas al menos una vez en los últimos tres años por cada 100 voluntarias entrevistadas, y se ajustó a la estructura de la ciudad del municipio. Además, el IC del 95% se estima en función de la distribución binomial. Para comparar las mediciones promedio, utilizamos la prueba t de Student para la distribución normal de variables y la homogeneidad de las diferentes variables. Para otras variables, se utilizó el trabajo de Mann-Whitney. La prueba de Chi-cuadrado se utilizó para comparar diferencias en las proporciones de variables categóricas. La odds ratio (OR) y el IC del 95% se calcularon mediante análisis bivariado y odds ratio ajustado (OR_a) en análisis de regresión logística multivariante. El criterio para seleccionar variables explicativas para la entrada en el análisis multivariado fue el valor crítico de $p < 0,15$ en el análisis bivariado. Los datos se tabularon con la doble entrada y se analizaron utilizando el software EpiInfo versión 7.1.3 (CDC, Atlanta, EE. UU.).

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la *Universidad Federal de Roraima* (Proceso 111.007 - CEP / UFRR). Todos los participantes en el estudio firmaron el formulario de consentimiento informado.

Este estudio es una adaptación para el Español, que sigue los criterios de acceso abierto creative commons attribution 4.0 license, del artículo: Navarro, Cibelli, et al. "Cervical cancer screening coverage in a high-incidence region." *Revista de saúde pública* 49 (2015): 17. [13]

RESULTS

De los 603 participantes del estudio (edad de los medios), el 54.8% estaban casados o tenían una relación estable. House of mitad (46.0%) había completado la escuela secundaria, con solo 1.6% analfabetos (1.6%) y 28.6% con educación superior completa o incompleta (Tabla 1). Además, 517 solo están sujetos a un problema de detección en los últimos tres años, con una prevalencia ajustada del 85,6% de adherencia (IC 95%: 82,5; 88,5), y 443 si son probables. el año pasado, con una prevalencia del 72.8% (IC 95% 68.6; 77.0). La mayor prevalencia de adherencia (90.0%) se observó en el grupo de edad de 20-34 años, y la más baja en el grupo de edad de 50-54 años (76.0%) (Figura 1). La rutina periódica fue la razón principal informada para la detección preventiva ($n = 411$; 79.5%). Otras razones proporcionadas por el 20.5% de las mujeres incluyen embargos, visitas ginecológicas y visitas a la clínica por otras razones. La Tabla 2 describe las características de las mujeres que no se han adherido al examen preventivo.

Tabla 1 Datos socioeconómicos, conocimiento sobre la enfermedad y el estilo de vida en mujeres de 25 a 59 años. Boa Vista, RR, Norte de Brasil, 2013. (N = 603)

| Datos personales y demográficos. | norte | % |
|--|-------|---------|
| Estado conyugal | | |
| Casado / Unión estable | 330 | 54,8 |
| Soltero | 212 | 35,3 |
| Viudo / Separado | 60 60 | 9,9 |
| Educación | | |
| Analfabeto | 10 | 1,6 |
| Educación primaria | 144 | 23,8 |
| Escuela secundaria | 277 | 46,0 |
| Educación más alta | 136 | 22,6 |
| Educación de posgrado | 36 | 6,0 |
| Tener un plan de salud o seguro de salud. | | |
| si | 85 | 14,1 |
| En el | 509 | 84,4 |
| Ninguna respuesta | 9 9 | 1,5 |
| Renta familiar per cápita | | |
| ≤ R \$ 1,000.00 | 464 | 77,0 |
| > R \$ 1,000.00 | 119 | 19,7 |
| Ninguna respuesta | 20 | 3,3 |
| Recibir asistencia financiera del gobierno. | | |
| si | 260 | 43,1 |
| En el | 343 | 56,9 |
| Número de habitantes en el hogar. | | |
| > 5 personas | 114 | 18,9 |
| ≤ 5 personas | 489 | 81,1 |
| Smoking | | |
| si | 166 | 27,5 |
| En el | 437 | 72,5 |
| Uso regular de alcohol | | |
| si | 26 | 4,3 4,3 |
| En el | 577 | 95,7 |

Tabla 1 Datos socioeconómicos, conocimiento sobre la enfermedad y el estilo de vida en mujeres de 25 a 59 años. Boa Vista, RR, Norte de Brasil, 2013. (N = 603)

| | | |
|---|-----|------|
| Visita médica en el último año. | | |
| si | 476 | 79,0 |
| En el | 127 | 21,0 |
| Recibió visitas domiciliarias de profesionales de la salud durante el período de estudio. | | |
| si | 155 | 25,7 |
| En el | 447 | 74,3 |
| Sepa que el cáncer cervical es causado por un virus | | |
| si | 100 | 16,6 |
| En el | 503 | 83,4 |
| Sepa qué virus causa cáncer cervical | | |
| si | 100 | 16,6 |
| En el | 503 | 83,4 |
| Sepa qué prueba detecta el cáncer cervical | | |
| si | 565 | 93,7 |
| En el | 38 | 6,3 |
| Sepa cuándo comienza la evaluación | | |
| si | 329 | 54,6 |
| En el | 274 | 45,4 |
| Sepa con qué frecuencia se realiza la detección | | |
| si | 313 | 51,9 |
| En el | 290 | 48,1 |

Nota: La línea horizontal representa el objetivo del Ministerio de Salud para la cobertura de detección. ⁶¹

Figura Prevalencia de mujeres no adherentes al cribado preventivo del cáncer de cuello uterino durante un período sucesivo de tres años por grupo de edad (N = 517). Boa Vista, RR, Norte de Brasil, 2013.

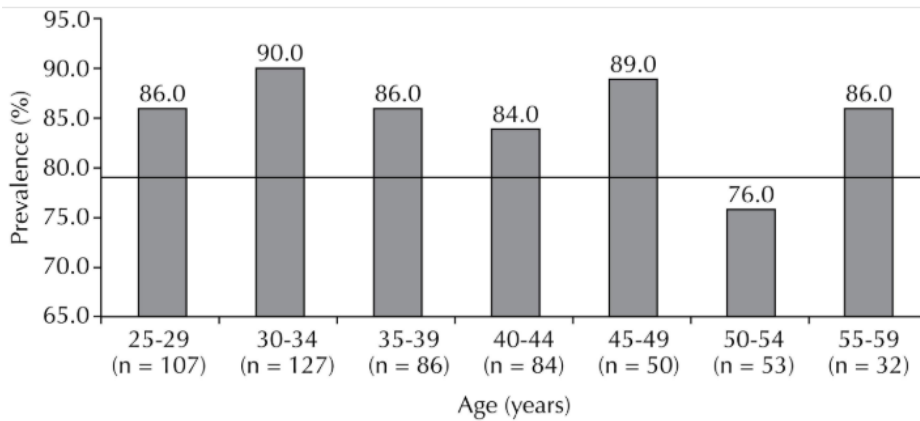


Tabla 2 Características personales de las mujeres (N = 517) que se sometieron a la prueba de detección en un período sucesivo de tres años. Boa Vista, RR, Norte de Brasil, 2013.

| Característica | norte | % |
|---|-----------------|------|
| ¿Cuándo fue la última prueba de detección preventiva? | | |
| Hace menos de 1 año | 443 | 85,7 |
| Hace 2 años | 73 | 14,3 |
| hace 3 años | 0 0 | 0.0 |
| ¿Cuál fue el motivo de la prueba? | | |
| Queja ginecológica | 57 | 11,0 |
| Cuidado prenatal | 20 | 3,9 |
| Campañas de prevención | 12 | 2,3 |
| Someterse periódicamente | 411 | 79,5 |
| Cita médica oportunista | 13 | 2,5 |
| ¿Con qué frecuencia se prueban? | | |
| Una vez al año | 398 | 77,0 |
| Cada 2 años | 44 | 8,5 |
| Cada 3 años | 6 6 | 1,2 |
| 5-10 años | 4 4 | 0,8 |
| No estoy seguro | sesenta y cinco | 12,5 |
| ¿Un profesional de la salud les ordenó someterse a pruebas? | | |
| si | 253 | 49,0 |
| No | 264 | 51,0 |
| Después de ser probado. ¿volvieron para obtener los resultados? | | |
| si | 495 | 95,7 |
| No | 20 | 3,9 |

Características personales de las mujeres (N = 517) que se han agregado a la función de detección en un período sucesivo de tres años. Boa Vista, RR, Norte de Brasil, 2013.

Entre los 86 voluntarios que nunca se acostumbraron al problema de detección, el 75.6% no se lo explicó al pirata informático, el 10.5% informó vergüenza el miedo, el 5.8% dijo que no creía que fuera necesario, el 2.4% informó dificultades para programar una cotización para encontrar tiempo para 2.4% e informe otras razones personales. La falta de tiempo, interés y asesoramiento médico proporcionó las razones informadas por otras tres mujeres (1,1% cada una).

La prevalencia de adherencia al programa preventivo fue similar entre las mujeres menores de 35 años y mayores de 35 años (12.0% *versus* 16.0%, respectivamente). El estado civil y el nivel educativo no cambiaron la tasa de fracaso del examen. La Tabla 3 muestra las variables individuales y las variables de conciencia de la enfermedad con la adhesión en el programa de prevención de DC.

Tabla 3 Correlación entre variables individuales, conocimiento entre mujeres y no finalización de la prueba de Papanicolaou en un período sucesivo de tres años en análisis univariados y multivariados. Boa Vista, RR, Norte de Brasil, 2013.

| Variables explicativas | No se sometió a pruebas de detección en los últimos 3 años (%) | pags | O univariante | O ajustado |
|---|--|---------|---------------|---------------|
| Ingreso familiar per cápita ≤ R \$ 1,000.00 | 16,6 | <0.001 | 3,1 (1,4-7,0) | 2,8 (1,2-6,7) |
| Ingreso familiar per cápita > R \$ 1,000.00 | 5,9 | | 1 | 1 |
| Tuve una visita médica en el último año. | 34 | <0.0001 | 0,2 (0,1-0,3) | 0,4 (0,1-0,7) |
| Ninguna visita en el último año. | 8,8 | | 1 | 1 |
| Conozca el nombre del virus que causa CC | 6,0 | <0,01 | 0,3 (0,1-0,8) | 0,5 (0,2-0,8) |
| No lo sé | 16,9 | | 1 | 1 |
| Sepa qué prueba detecta CC | 13,2 | 0,02 | 0,3 (0,1-0,8) | 0,5 (0,2-0,9) |
| No lo sé | 29,0 | | 1 | 1 |
| Sepa cuándo comienza la evaluación | 9,7 | <0.001 | 0,4 (0,2-0,7) | 0,6 (0,2-0,8) |
| No lo sé | 19,7 | | 1 | 1 |
| Sepa que existe una vacuna para prevenir CC | 5,4 | <0.0001 | 0,2 (0,1-0,5) | 0,6 (0,2-0,9) |
| No lo sé | 17,1 | | 1 | 1 |
| Edad > 35 años | 16,0 | ns | 0,7 (0,4-1,1) | - |
| Edad ≤ 35 años | 12,0 | | 1 | |
| Escolarización hasta educación primaria | 22,5 | ns | 2 (1,2-3,4) | - |

Tabla 3 Correlación entre variables individuales, conocimiento entre mujeres y no finalización de la prueba de Papanicolaou en un período sucesivo de tres años en análisis univariados y multivariados. Boa Vista, RR, Norte de Brasil, 2013.

| | | | | |
|---|------|----|---------------|---|
| Preparatoria o más allá | 12,4 | | 1 | |
| Estado soltero / viudo / separado | 15,7 | ns | 0,8 (0,5-1,2) | - |
| Casado o en una unión estable | 13,0 | | 1 | |
| Recibir asistencia del gobierno. | 15,4 | ns | 1,7 (0,7-1,8) | - |
| No recibir asistencia del gobierno. | 13,4 | | 1 | |
| Más de 5 miembros de la familia en el hogar. | 14,0 | ns | 0,9 (0,5-1,7) | - |
| Hasta 5 miembros de la familia en el hogar. | 14,3 | | 1 | |
| Fumador | 15,6 | ns | 1,1 (0,7-1,9) | - |
| No fumador | 13,7 | | 1 | |
| Usar alcohol | 15,4 | ns | 1,1 (0,3-3,2) | - |
| No use alcohol | 14,2 | | 1 | |
| Historia familiar de CC | 17,7 | ns | 1,3 (0,7-2,4) | - |
| Sin antecedentes familiares de CC | 13,6 | | 1 | |
| No reciba una visita domiciliaria de un profesional de la salud en el último año. | 14,1 | ns | 1,0 (0,6-1,8) | - |
| Recibió una visita | 14,8 | | 1 | |
| Sepa con qué frecuencia se realiza la detección | 13,7 | ns | 0,9 (0,5-1,4) | - |
| No se frecuencia | 14,8 | | 1 | |

CC: cáncer cervical; NS: no significativo ($p > 0.15$) para análisis univariado

Si se demostró que las variables individuales influyen en la frecuencia de detección en el análisis univariante, se reevaluaron en el análisis multivariado, a saber (i) visita médica en el último año en comparación con una visita médica (8.8% versus 34.6%; $p < 0.0001$) y (ii) ingreso familiar *per cápita* de > R \$ 1,000.00 en asociación con ingreso familiar *per cápita* de <R \$ 1,000,000 (5.9% versus 16.6%; $p < 0.001$) . De estas, las visitas médicas en el año anterior tuvieron una mayor influencia en el resultado, reduciendo la posibilidad de incumplimiento en aproximadamente un 60.0% ($O_{un} = 0.4$, IC 95% 0.1; 0.7). De las cinco variables con respecto a la conciencia y prevención de enfermedades, cuatro influencias en el resultado. Conocer el virus causal reduce la prevalencia de incumplimiento en 10 puntos porcentuales en comparación con la tabla entre las mujeres que no conocen (6.0% versus 16.9%,

respectivamente; $OR_a = 0.5$; IC 95% 0.2; 0.8). La información que detecta CC conduce a una menor prevalencia de valores predeterminados (13.2% *versus* 29.0%, respectivamente; $OR_a = 0.5$; IC 95% 0.2; 0.9). Las otras variables evaluadas en los fueron fueron estadísticamente significativas.

DISCUSSION

La prevalencia de la cobertura preventiva de cunas en Boa Vista fue del 85,6%. De las variables con las que se asociaron en la adherencia a la detección: la *entrada por* más de R \$ 1,000.00 y una consulta médica se recibió en el último año.

Este estudio evalúa la cobertura de un programa preventivo basado en el pueblo de Papanicolaou en la ciudad de Boa Vista, Roraima, norte de Brasil, en función de la alta tasa de incidencia de CC en este lugar, según un estudio reciente basado en la población. ⁷ En 2008, el IBGE publicó los resultados de la Encuesta *Nacional de Mantenimiento* (PNAD - Encuesta *Nacional de Mantenimiento*) referente al acceso y uso de los servicios de salud, entre otros datos. En esta encuesta, el 72.7% de las mujeres residentes de Roraima de 25 a 60 años afirmaron que solo estaban preocupadas por el problema de detección, a pesar de que este número era del 76.9% para la región norte y del 78.4% para el país en general. Datos *del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección 2012 para Enfermedades Crónicas por Encuesta Telefónica* (VIGITEL - Encuesta telefónica del Sistema de Monitoreo y Protección de Factores de Enfermedades Crónicas) llevado a cabo por el Ministerio de Salud, se ha revelado que el 79.6% de las mujeres en Roraima solo han reportado problemas de detección en los últimos tres años, y esta prevalencia de adherencia excede el promedio nacional.

En este estudio, la prevalencia de mujeres examinadas en los últimos tres años fue del 85,6%, similar a la de los datos de VIGITEL. La prevalencia de mujeres que nos informaron sobre el problema de detección en el último año fue similar a la obtenida de IBGE (72.7%). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una cobertura de población del 80.0% es suficiente para reducir notablemente la incidencia y mortalidad por CC, según lo registrado en el estado brasileño de Paraná, donde la mortalidad por CC se reduce en un 50.0%, después de lo cual un grupo de trabajo amplía la cobertura de detección del 60.0% al 86.0% entre 1997 y 2002.³ Sin embargo, se puede ver un escenario diferente en este estudio porque Boa Vista todavía tiene una alta incidencia de enfermedad a pesar de una cubierta de techo alta.

Algunos factores pueden explicar esta paradoja. Para las mujeres que se han adherido a la estrategia de detección, más del 20.0% se han agregado a los problemas por razones oportunistas (sin embargo, citas médicas o, en particular, consultas ginecológicas). Cuando las mujeres tienen reñas, como pica y leucorrea, buscan atención médica y se les aconseja solo problemas preventivos.¹² Este modelo está asociado con la percepción de las mujeres de que solo necesita tierra en caso de enfermedad o síntomas; sin embargo, debe realizarse de

manera rutinaria en mujeres asintomáticas. En este estudio, recibir citas médicas en el último año reducirá las posibilidades de incumplimiento con el examen en un 60.0%. Una característica de los programas de detección oportunista es la cantidad de problemas que se llevan a cabo en el mismo mundo, al mismo tiempo, a expensas de la exclusión de otros que probablemente se beneficiarán de los problemas.¹¹

Otros factores pueden explicar la ineficiencia del programa de seguimiento en Roraima, como las dificultades en la confirmación diagnóstica, el monitoreo y el tratamiento de lesiones intraepiteliales y malignas. La cobertura adecuada del programa de detección solo ayuda a controlar el CC si se siguen los siguientes pasos. Los datos indican la baja capacidad de la red de laboratorios del Sistema Unificado de Salud de Brasil (SUS) para identificar lesiones intraepiteliales,¹⁰ fallas en el seguimiento de casos positivos,⁹ y la falta de recursos humanos adecuados, particularmente en las regiones menos desarrolladas del país.^{6,12} La calidad de estos procesos no se ha investigado en Roraima, lo que indica la necesidad de llevar a cabo estudios con respecto a estos pasos para guiar las políticas e intervenciones para controlar eficazmente la CC en este estado.

Factores individuales, como la edad, la educación y el estado civil en la demostración influyen en el resultado. El bajo ingreso fue el principal factor socioeconómico asociado con la adherencia en este estudio. Albuquerque y col.² Se ha revelado que en Pernambuco, en el noreste de Brasil, las características asociadas con él en la finalización de los problemas fueron la educación primaria incompleta, ser soltero y no recibir consulta médica en el último año. En Rio Grande do Sul, al sur de Brasil, el factor más importante para una baja adherencia a la prevención de CC fue un nivel educativo,⁵ con una fuerte asociación entre la presencia de células cutáneas anormales y una educación menor que la escuela primaria. Borges y cols.⁴ Realicé un estudio basado en la población en 2012 en la ciudad de Rio Branco, AC, en el norte de Brasil, y revelé que las mujeres sin una relación estable, con bajos ingresos y escolaridad, solo que la sección primaria tenía una estimación más alta. El riesgo de no hackearlo.

Las variables relacionadas con la conciencia CC en las mujeres se correlacionaron fuertemente con la implementación del programa preventivo en este estudio. Incluso la mayoría de los encuestados han declarado correctamente que el problema de Papanicolaou podría prevenir el CC, pero solo declararon adecuadamente la frecuencia del examen y el examen del examen; solo el 16.6% pudo correlacionar el VPH con CC. Estos datos sugieren que las acciones gubernamentales diseñadas para mejorar la conciencia pública sobre CC pueden dar como resultado un modelo de atención más integral, sistemático y efectivo.

El método de masterización por grupos utilizado es una de las limitaciones de este estudio porque no puede proporcionar el representante apropiado para el acuerdo. Además, el diseño transversal no permite el uso del tiempo como criterio de causalidad como factores de riesgo,



y el resultado es la mitad del tiempo y no puede eliminarse la brecha de causalidad inversa. El tema es de naturaleza personal e íntima, asociado con la salud reproductiva de las mujeres, y puede haber influido en los resultados. Sin embargo, el tamaño se ha adoptado y los procedimientos de encuesta correctos han fortalecido la confiabilidad de los datos.

Se concluyó que la cobertura del programa de detección de Boa Vista CC fue del 85,6%, superando el objetivo de la OMS para controlar esta enfermedad. Sin embargo, se debe prestar especial atención a la calidad diagnóstica de los objetos de citología cervical y los calendarios terapéuticos de los casos positivos para eliminar las barreras y conducir a un control más efectivo de CC. Los datos también muestran que la ignorancia de la enfermedad y los mecanismos de prevención son factores de riesgo para la prevención de programas preventivos para una porción considerable de la población, particularmente para pacientes de bajos ingresos. La detección debe extenderse a los grupos más vulnerables de la sociedad, y deben desarrollarse estrategias preventivas amplias, efectivas y realistas.

EXPRESIONES DE GRATITUD

Personas de Coopebras / Roraima por su ayuda con la logística de transporte durante la encuesta de campo.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCES

- 1- Albuquerque CLF, Costa MP, Nunes FM, Freitas RWJF, Azevedo PRM, Fernandes JV, et al. Knowledge, attitudes and practices regarding the Pap test among women in northeastern Brazil. Sao Paulo Medical J.2014;132(1):3-9. DOI:10.1590/1516-3180.2014.1321551
- 2- Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLT, Aquino EML, Menezes G, Szwarcwald CL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. Cad Saude Publica. 2009;25 Suppl 2:301-9. DOI:10.1590/S0102-311X2009001400012
- 3- Bleggi Torres LF, Werner B, Totsugui J, Collaco LM, Araujo SR, Huculak M, et al. Cervical cancer screening program of Parana: cost-effective model in a developing country. Diagn Cytopathol.2003;29(1):49-54.



- 4- Borges MFSO, Dotto LMG, Koifman RJ, Cunha MA, Muniz PT. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. *Cad Saude Publica*. 2012;28(6):1156-66. DOI:10.1590/S0102-311X2012000600014
- 5- Cesar JA, Horta BL, Gomes G, Houlthausen RS, Willrich RM, Kaercher A, et al. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*.2003;19(5):1365-72. DOI:10.1590/S0102-311X2003000500014
- 6- Corrêa DAD, Villela WV. O controle do câncer do colo do útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil.*Rev Bras Saude Mater Infant*. 2008;8(4):491-7. DOI:10.1590/S1519-38292008000400015
- 7- Fonseca AJ, Ferreira LP, Dalla-Benetta AC, Navarro C, Ferreira ML. Epidemiologia e impacto economico do cancer de colo de utero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS. *Rev Bras Ginecol Obstet*.2010;32(8):386-92. DOI:10.1590/S0100-72032010000800005
- 8- Gontijo RC, Derchain SFM, Montemor EBL, Sarian LOZ, Serra MMP, Zeferino LC, et al. Citologia oncológica, captura de híbridos II e inspeção visual no rastreamento de lesões cervicais. *Cad Saude Publica*.2005;21(1):141-9. DOI:10.1590/S0102-311X2005000100016
- 9- Santos RS, Melo ECP, Santos KM. Análise espacial dos indicadores pactuados para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil.*Texto Contexto - Enferm* 2012;21(4):800-10. DOI:10.1590/S0104-07072012000400010
- 10- Thuler LCS, Zardo LM, Zeferino LC. Perfil dos laboratórios de citopatologia do Sistema Único de Saúde. *J Bras Patol Med Lab*.2007;43(2):103-14. DOI:10.1590/S1676-24442007000200006
- 11- Vale DBAP, Morais SS, Pimenta AL, Zeferino LC. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2010;26(2):383-90. DOI:10.1590/S0102-311X2010000200017
- 12- Zeferino LC. The challenge of reducing mortality due to cervical cancer. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008;30(5):213-5. DOI:10.1590/S0100-72032008000500001
- 13- Navarro, Cibelli, et al. "Cervical cancer screening coverage in a high-incidence region." *Revista de saúde publica* 49 (2015): 17



Cibelli Navarro¹, Alex Jardim da Fonseca¹, Alexander Sibajev¹ and Wendell Lima Rabelo².
Cobertura de detección de cáncer de células uterinas en una región de alta incidencia.