



Revista de APS

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>



A validação da informação autorreferida sobre realização do exame de Papanicolaou em mulheres assistidas na Atenção Primária à Saúde

Accuracy of self-reported pap test in women assisted in Primary Health Care

Maria Teresa Bustamante Teixeira¹, Vania Girianelli², Carmen Gamarra³, Yara Abrão Vasconcelos Vivas⁴, Angélica Atala Lombelo Campos⁵, Kristiane de Castro Dias Duque⁶, Maria Lúcia Salim Miranda Machado⁷, João Carlos Arantes Júnior⁸, Gulnar Azevedo e Silva⁹

RESUMO

Contexto: As informações autorreferidas são comumente utilizadas em pesquisas para estimar a cobertura do exame de Papanicolaou. Entretanto, não foram identificados estudos brasileiros que avaliem sua acurácia, o que pode comprometer os resultados encontrados. Objetivo: Avaliar a acurácia da informação autorreferida sobre a realização do último exame de Papanicolaou em mulheres assistidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Métodos: A informação autorreferida sobre a realização do exame foi obtida em estudo transversal com mulheres de 20 a

¹ Pós-doutora (2012) em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora associada da Universidade Federal de Juiz de Fora. *E-mail*: teitabt@hotmail.com

² Pós-doutora em Epidemiologia pelo Instituto de Medicina Social - UERJ (2009). Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca (ENSP) - Fiocruz (<https://orcid.org/0000-0002-8690-9893>).

³ Pós-doutora (2012) em Saúde Coletiva pelo IMS/Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ. Professora adjunta da Universidade Federal da Integração Latino-Americana - UNILA.

⁴ Mestra em Saúde, área Hematologia, subárea Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas, pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2020).

⁵ Cursa doutorado em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (2018 - Atual).

⁶ Doutora em Saúde (UFJF). Docente efetiva no Instituto Federal de Santa Catarina.

⁷ Mestra em Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2013). Professora da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora.

⁸ Doutor em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia pela Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP (2006). Professor Adjunto de Ginecologia da Universidade Federal de Juiz de Fora.

⁹ Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo em 1997. Professora do Instituto de Medicina Social (IMS) – UERJ.

59 anos atendidas em unidades com ESF, mediante aplicação de questionário. A informação padrão-ouro foi obtida por meio da busca de registros médicos de exames de Papanicolaou. A acurácia entre o padrão-ouro e o autorrelato foi analisada por meio do cálculo do percentual de informação autorreferida adequada, da sensibilidade, da especificidade e dos valores preditivos positivos e negativos. Resultados: Foram incluídas na análise 572 mulheres. O percentual de informação autorreferida adequada foi de 92,3%, sensibilidade de 98,2% (IC95% 96,5–99,1), especificidade de 52,0% (IC95% 40,1–63,8) e valores preditivos positivos e negativos, respectivamente, de 93,3% (IC95% 90,8–95,2) e 80,8% (IC95% 66,3–90,3). Ressalta-se que não foi encontrada diferença nas medidas de acurácia em função das variáveis sociodemográficas. Conclusão: A partir dos dados apresentados, pode-se dizer que a informação autorreferida sobre realização do exame de Papanicolaou apresentou medidas de acurácia que garantem a credibilidade da informação e respaldam o uso do autorrelato na avaliação da cobertura do exame e programação do próximo exame de rastreio.

PALAVRAS-CHAVE: Estudos de Validação. Confiabilidade dos Dados. Autorrelato. Programas de Rastreamento. Neoplasias do Colo do Útero. Teste de Papanicolaou.

ABSTRACT

Context: Self-reported information is commonly used in surveys to estimate coverage of the Pap Test. However, it was not found in Brazil studies that evaluated the accuracy of self-report. Objective: To assess the accuracy of self-reported cervical cancer screening in women assisted in Primary Health Care. Methods: The self-reported information about the test was obtained in a cross-sectional study with women aged 20 to 59 years old who attended Primary Health Care units, using a questionnaire. The gold-standard information was obtained through the search in medical records of Pap smears. The validity of the self-report was analyzed by calculating the percentage of adequate self-reported information, sensitivity, specificity, and positive and negative predict values. Results: A total of 572 women were included in the analysis. The percentage of adequate self-reported information was 92.3%, with sensitivity of 98.2% (95% CI 96.5 to 99.1), specificity of 52.0% (95% CI 40.1 to 63.8) and positive and negative predict values, respectively, of 93.3% (95% CI: 90.8-95.2) and 80.8% (95% CI: 66.3-90.3). No difference was found in validity measures between sociodemographics characteristics. Conclusion: The self-reported cervical cancer screening showed validity measures that guarantee the credibility of the information and supports the use of self-report in the evaluation of the exam coverage and in the scheduling of the next Pap test.

KEYWORDS: Validation Studies. Data Accuracy. Self Report. Mass Screening. Uterine Cervical Neoplasms. Papanicolaou Test.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero ocupa a quarta posição dentre os tipos de câncer mais comuns no mundo, sendo que a maior parte dos casos e óbitos decorrentes dessa doença ocorre em países em desenvolvimento, tal como o Brasil^{1,2}. A prevenção está

intimamente relacionada ao caráter multifatorial de desenvolvimento da doença. Desta forma os esforços têm sido voltados para as ações de educação em saúde, vacinação do público-alvo³ (meninas de 9 a 14 anos de idade e meninos de 11 a 14 anos) e rastreamento para a detecção precoce da doença e de suas lesões precursoras, desenvolvidas no nível primário de atenção à saúde⁴.

O Teste de Papanicolaou constitui-se no principal método de rastreamento do câncer do colo do útero e deve ser realizado em, pelo menos, 80% das mulheres com vida sexual ativa, com idade entre 25 e 64 anos, a cada triênio após a constatação de dois exames negativos em intervalo anual²⁻⁴.

A maior parte dos estudos desenvolvidos para avaliar a cobertura, periodicidade e adesão ao exame de Papanicolaou utilizam exclusivamente a informação relatada pela mulher sobre a realização do exame, tanto em nível nacional⁽⁵⁻¹⁰⁾, como internacional¹¹⁻¹⁵.

As informações autorreferidas, frequentemente utilizadas em estudos epidemiológicos, apresentam limitações e por isso torna-se necessário verificar sua acurácia. Especialmente no caso do exame de Papanicolaou, em que o autorrelato sobre a realização do último exame é utilizado para estimar a cobertura^{5,6} e norteia a programação do próximo exame de rastreio⁴.

Vários estudos internacionais têm demonstrado uma considerável correspondência entre o autorrelato da prática de exames de rastreamento e registros médicos⁽¹⁶⁻¹⁹⁾, entre estes o exame de Papanicolaou⁽²⁰⁻²¹⁾, concluindo que se trata de um indicador com níveis aceitáveis de acurácia. Contudo, não foram identificados estudos nacionais sobre essa temática.

Dessa forma, este estudo tem o objetivo de avaliar a acurácia da informação autorreferida sobre a realização do último exame de Papanicolaou, segundo as características sociodemográficas, em mulheres assistidas pela Estratégia de Saúde da Família.

METODOLOGIA

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal realizado em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais, sobre a realização de exame de rastreamento para câncer do colo do útero.

Este estudo está inserido na pesquisa intitulada “Avaliação de estratégias para o rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres cobertas pela Estratégia de Saúde da Família no município de Juiz de Fora, Minas Gerais”, uma parceria do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade de São Paulo e o Núcleo de Assessoria e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz

de Fora. A presente investigação foi aprovada pela Comissão de Ética do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) conforme parecer número 0026.1.259.180-09.

Recrutamento das participantes

Todas as mulheres, com idade entre 20 e 59 anos, residentes na área de abrangências das referidas unidades foram convidadas a participar da presente investigação, por meio de convite individual em visitas domiciliares, excluindo-se as hysterectomizadas e as que estavam gestantes no período da coleta de dados. A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2010 a agosto de 2012.

Foram elegíveis as mulheres que referiram ter realizado o último exame na UAPS de origem e para as quais foram identificados resultados dos exames de Papanicolaou no caderno de registro das UAPS. As mulheres cujos registros dos exames não foram localizados foram classificadas como perdidas.

Coleta de dados

As entrevistas foram realizadas por pesquisadores previamente treinados, em local reservado e individualizado com duração de aproximadamente uma hora. O questionário utilizado para coleta de dados abordou fatores sociodemográficos, de apoio social, autoavaliação de estado de saúde, estilo de vida, morbidade, saúde da mulher, comportamento sexual e informação autorreferida sobre a realização do exame de Papanicolaou, o que permitiu a descrição detalhada de hábitos e comportamentos de saúde.

Variáveis do estudo

A informação autorreferida sobre a realização do exame de Papanicolaou foi obtida mediante aplicação de duas perguntas do questionário: a primeira sobre a realização do exame de Papanicolaou (sim/não) e, em caso de resposta afirmativa, a segunda interroga sobre o intervalo de tempo desde o último exame (< 1 ano; 1 - <2 anos atrás; 2 - <3 anos atrás; ≥3 anos atrás).

Determinou-se como padrão-ouro a informação obtida por meio da busca de registros de exames de Papanicolaou nas Unidades do estudo, que são rotineiramente recebidos e transcritos para um caderno de controle, admitindo-se uma margem de mais ou menos seis meses, a partir do tempo desde o último exame informado pela mulher.

A pesquisa foi feita nos exames realizados nos últimos 5 anos, contados a partir da data da coleta dos dados da pesquisa. Para os resultados identificados, foram

anotadas as datas de exame da realização do exame de Papanicolaou. Tais dados foram digitados e anexados ao banco da pesquisa de base, considerando o número de cada mulher na pesquisa.

As variáveis sociodemográficas selecionadas foram idade (entre 20 e 40 anos; de 40 a 60 anos), escolaridade (\leq Ensino Fundamental incompleto; \geq Ensino Fundamental completo), cor da pele (branca; parda ou negra), situação conjugal (com companheiro; sem companheiro); situação ocupacional (trabalha; não trabalha), renda familiar mensal per capita, conforme critérios adotados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística²² (média e alta quando renda per capita $\geq 0,5$ salário mínimo; baixa quando renda per capita $< 0,5$ salário mínimo).

Análise estatística

A acurácia do autorrelato sobre a prática do exame de Papanicolaou foi verificada a partir da comparação entre a informação autorreferida e o registro da UAPS, considerado padrão-ouro, mediante cálculos de sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo (VPP e VPN) e percentual da informação autorreferida adequada^{23,24}.

A sensibilidade foi obtida a partir do quociente da divisão do número de mulheres que relataram com informação autorreferida adequada sobre a realização do exame de Papanicolaou pelo total de mulheres da amostra que tinham efetivamente realizado o exame de acordo com o padrão-ouro.

A especificidade foi obtida pela divisão do número de mulheres com informação autorreferida adequada sobre a realização do exame de Papanicolaou pelo total de mulheres na amostra que efetivamente não tinham realizado o exame.

O VPP foi calculado por meio do quociente das que declararam ter realizado o exame de Papanicolaou e que de fato o tinham realizado dividido por todas as que declararam ter realizado o exame; e o VPN, o quociente das que declararam não ter realizado o exame de Papanicolaou e que efetivamente não o tinham realizado, dividido pelo total das que declararam não ter realizado o teste. O percentual da informação autorreferida adequada foi calculado considerando o resultado da soma das que informara corretamente sobre a realização do exame de Papanicolaou, segundo o padrão-ouro, dividida pelo total de mulheres na amostra.

Para investigar os fatores associados à informação autorreferida adequada, foi realizada análise de regressão de Poisson robusta, sendo estimada a razão de prevalência e respectivo intervalo com 95% de confiança. Adicionalmente, as mulheres incluídas no estudo foram comparadas com as que referiram ter realizado o último exame em outras unidades e com as mulheres cujos registros dos exames não foram localizados (perdas) quanto às características sociodemográficas e econômicas. Para comparar as proporções

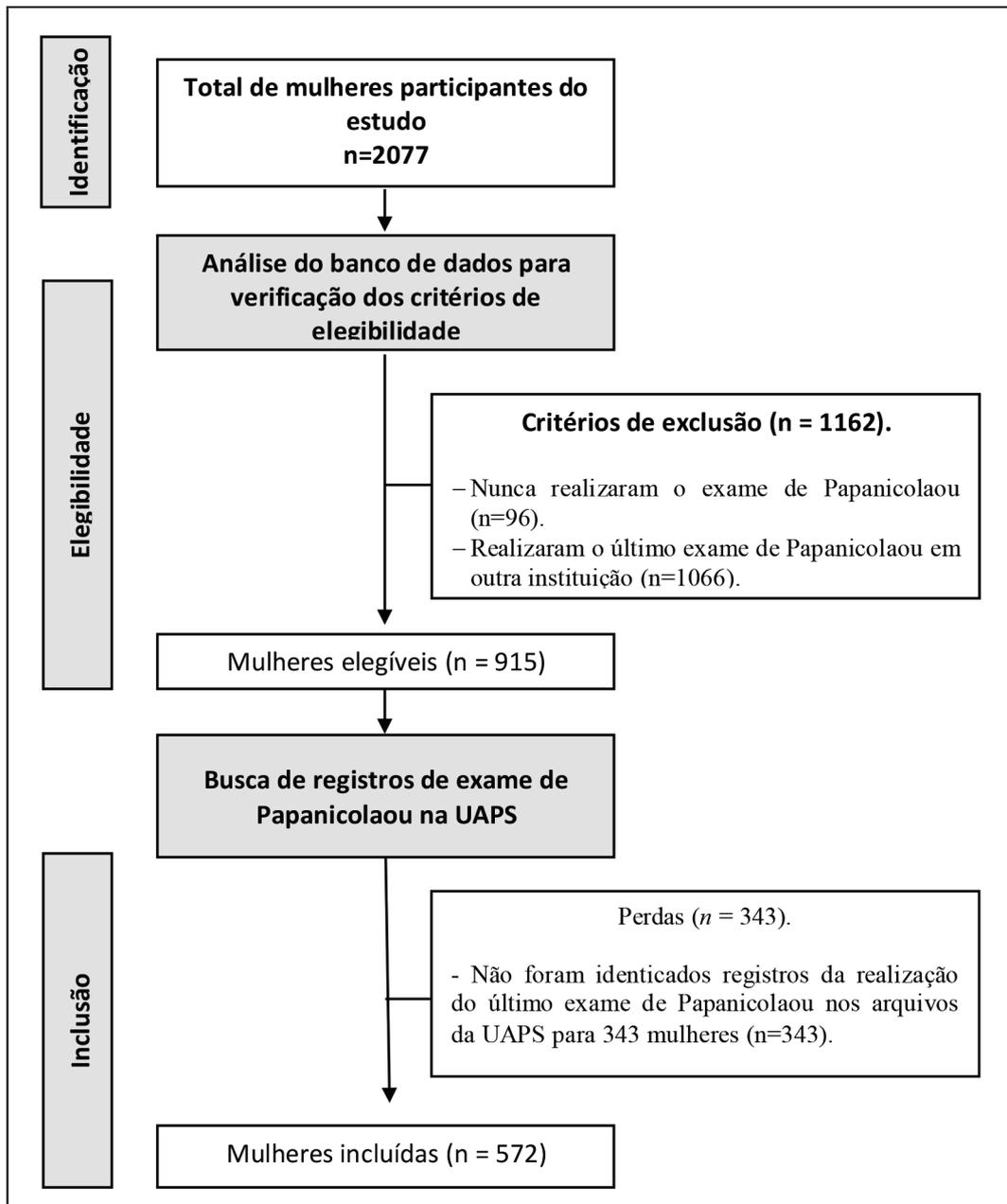
das variáveis analisadas, utilizou-se o teste do Qui-quadrado, com nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

As análises estatísticas foram efetuadas por meio do *software* STATA® (versão 13.0; StataCorp. LP, EUA).

RESULTADOS

A Figura 1 ilustra o diagrama de fluxo acerca das etapas de identificação, elegibilidade e inclusão das participantes para o presente estudo. Das 2077 mulheres submetidas às avaliações, 1162 foram excluídas, pois 96 relataram nunca ter realizado o exame de Papanicolaou em toda a vida e 1066 relataram ter realizado o último exame de Papanicolaou em outra instituição de saúde. Dessa forma, contabilizaram-se 915 mulheres elegíveis, das quais não foi possível encontrar registros da realização do último exame de Papanicolaou nos arquivos da UAPS para 343 mulheres (37,5%).

Figura 1 – Diagrama de fluxo acerca das etapas de seleção das participantes



UAPS: Unidade de Atenção Primária à Saúde

Fonte: Os autores

Foram analisadas as informações de 572 mulheres que contemplaram os critérios de inclusão. A maior parte das participantes pertencia à faixa etária de 20-39 anos (54,5%), declarava-se negra ou parda (56,9%), possuía baixo grau de instrução (51,8%), era casada ou vivia com o companheiro (61,9%), exercia atividade remunerada (54,6%) e possuía alta ou média renda (60%).

Destaca-se que não foram observadas diferenças entre o grupo analisado e as mulheres que referiram ter realizado o último exame em outra instituição, ou das quais

não foram identificados resultados dos exames no caderno de registro das UAPS em relação à idade, escolaridade, situação conjugal e religião ($p \geq 0,176$), diminuindo assim a possibilidade de viés por perdas diferenciais (dados não apresentados).

Considerando a informação sobre a realização do último exame de Papanicolaou agrupada em intervalos anuais, verificou-se que a maior parte das mulheres avaliadas (70,3%) realizou o exame de Papanicolaou com intervalo inferior a um ano. Ademais, 78,3% (448/572) das mulheres informaram adequadamente quando realizaram o exame de Papanicolaou (Tabela 1).

Tabela 1 – Comparação do autorrelato† de intervalo de tempo do último exame de Papanicolaou com a informação obtida a partir dos registros médicos (padrão-ouro), em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família

Informação autorreferida	Registros médicos (padrão-ouro)				Total
	< 1 ano	1 ano a < 2 anos	2 anos a < 3 anos	≥ 3 anos	
< 1 ano	64 (70,3%)	20 (22,0%)	2 (2,2%)	5 (5,5%)	91
1 ano a < 2 anos	2 (0,6%)	265 (81,5%)	46 (14,2%)	12 (3,7%)	325
2 anos a < 3 anos	0 (0,0%)	10 (9,2%)	81 (74,3%)	18 (16,5%)	109
≥ 3 anos	0 (0,0%)	3 (6,4%)	6 (12,8%)	38 (80,9%)	47
TOTAL	66 (11,5%)	298 (52,1%)	135 (23,6%)	73 (12,8%)	572

† Percentual da informação autorreferida adequada: 78,3%

Fonte: Os autores

Dentre as 572 mulheres avaliadas, 93,3% reportaram corretamente a realização do exame de Papanicolaou há menos de três anos e 80,9% há mais de três anos, apresentando um percentual de informação autorreferida adequada de 92,3% (Tabela 2).

Tabela 2 – Comparação do autorrelato† de ter realizado o exame de Papanicolaou nos últimos três anos com a informação obtida a partir dos registros médicos (padrão-ouro) em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família

Informação autorreferida	Registros médicos (padrão-ouro)		Total
	< 3 anos (exame em dia)	≥ 3 anos (exame em atraso)	
< 3 anos (exame em dia)	490 (93,3%)	35 (6,7%)	525
≥ 3 anos (exame em atraso)	9 (19,1%)	38 (80,9%)	47
TOTAL	499 (87,2%)	73 (8,2%)	572

† Percentual da informação autorreferida adequada: 92,3%

Fonte: Os autores

A Tabela 3 apresenta os indicadores de acurácia da informação autorreferida. Observaram-se 98,2% (IC95% 96,5–99,1) de sensibilidade, 52,0% (IC95% 40,1–63,8) de especificidade e 93,3% (IC95% 90,8–95,2) e 80,8% (IC95% 66,3–90,3) de valores preditivos positivos e negativos, respectivamente. A sensibilidade e o valor preditivo positivo apresentaram valores mais elevados quando comparados à especificidade e ao valor preditivo negativo. Não houve, no entanto, variações significativas segundo idade, escolaridade, cor da pele, renda, situação ocupacional e conjugal ($p \geq 0,109$).

Tabela 3 – Percentual da informação autorreferida adequada, sensibilidade, especificidade, valores preditivos da informação autorreferida sobre a data de realização do último exame de Papanicolaou em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família segundo parâmetros sociodemográficos

Variáveis	Informação autorreferida adequada (%)	Sensibilidade (IC 95%)	Especificidade (IC 95%)	VPP (IC 95%)	VPN (IC 95%)
TOTAL	92,3	98,2 (96,5 – 99,1)	52,0 (40,1 – 63,8)	93,3 (90,8 – 95,2)	80,8 (66,3 – 90,3)
Idade					
20 – 39 anos	90,8	97,4 (94,6 – 98,9)	48,9 (33,6 – 64,3)	92,4 (88,5 – 95,0)	75,0 (54,8 – 88,6)
40 – 59 anos	94,1	99,1 (96,5 – 99,8)	56,7 (37,7 – 74,0)	94,5 (90,6 – 96,9)	89,5 (65,5 – 98,1)
Escolaridade					
> Fundamental completo	92,7	98,7 (95,8 – 99,6)	51,5 (33,8 – 68,8)	93,3 (89,1 – 95,9)	85,0 (61,1 – 96,0)
< Fundamental incompleto	91,8	97,6 (94,7 – 99,0)	53,8 (37,4 – 69,6)	93,2 (89,3 – 95,8)	77,8 (57,2 – 90,6)
Cor/raça					
Branca	92,7	99,5 (96,6 – 99,9)	48,3 (29,9 – 67,1)	92,6 (87,9 – 95,7)	93,3 (66,0 – 99,6)
Parda ou Negra	92,3	97,3 (94,5 – 98,7)	56,1 (39,9 – 71,2)	94,1 (90,7 – 96,4)	74,2 (55,1 – 87,5)
Situação ocupacional					
Trabalha	90,4	97,8 (94,8 – 99,1)	52,0 (37,6 – 66,1)	91,4 (87,3 – 94,3)	81,1 (62,9 – 92,1)
Não trabalha	94,6	98,7 (96,0 – 99,7)	52,2 (31,1 – 72,6)	95,5 (91,8 – 97,6)	80,0 (51,4 – 94,7)
Situação conjugal					
Vive com o companheiro	91,6	97,7 (95,2 – 99,0)	51,1 (36,2 – 65,7)	92,9 (89,5 – 95,4)	77,4 (58,5 – 89,7)
Vive só	93,5	98,9 (95,8 – 99,8)	53,8 (33,7 – 72,9)	93,9 (89,4 – 96,7)	87,5 (60,4 – 97,8)
Renda^s					

(Conclusão)

Variáveis	Informação autorreferida adequada (%)	Sensibilidade (IC 95%)	Especificidade (IC 95%)	VPP (IC 95%)	VPN (IC 95%)
Média e alta	92,3	98,6 (96,3 – 99,6)	47,6 (32,3 – 63,4)	93,0 (89,5 – 95,5)	83,3 (61,8 – 94,5)
Baixa	92,1	97,5 (93,8 – 99,0)	58,1 (39,3 – 74,9)	93,6 (89,1 – 96,4)	78,3 (55,8 – 91,7)

RP, razão de prevalência; IC, intervalo de confiança

*As oscilações do tamanho da amostra são justificadas pela ausência de informação

§ Renda média/alta: renda per capita $\geq 0,5$ salário mínimo

Fonte: Os autores

Observou-se que 7,7% das mulheres avaliadas reportaram incorretamente a realização do exame de Papanicolaou. Não houve, no entanto, um padrão para a influência das características sociodemográficas no relato incorreto da realização do último exame de Papanicolaou ($p \geq 0,053$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Acurácia da informação autorreferida sobre a data de realização do último exame de Papanicolaou em relação ao padrão-ouro em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família, segundo variáveis sociodemográficas

Variáveis	n *	Informação autorreferida		RP (IC 95%)	p
		Adequada (%)	Inadequada (%)		
TOTAL	572	528 (92,3)	44 (7,7)	-	-
Faixa etária					
25 a 39 anos	316	287 (54,4)	29 (65,9)	1	
40 a 59 anos	256	241 (45,6)	15 (34,1)	0,97 (0,93 – 1,01)	0,129
Grau de instrução					
> Fundamental completo	269	250 (48,3)	19 (44,2)	1	
< Fundamental incompleto	292	268 (51,7)	24 (55,8)	1,01 (0,97 – 1,05)	0,606
Cor da pele autodeclarada					
Branca	219	203 (39,5)	16 (38,1)	1	
Parda/negra	337	311 (60,5)	26 (61,9)	1,01 (0,96 – 1,04)	0,858
Situação ocupacional					
Trabalha	312	282 (53,5)	30 (68,2)	1	
Não trabalha	259	245 (46,5)	14 (31,8)	0,98 (0,94 – 1,02)	0,398
Situação conjugal					
Vive com o companheiro	357	327 (61,9)	30 (68,2)	1	
Vive só	215	201 (38,1)	14 (31,8)	0,96 (0,92 – 1,01)	0,053
Situação socioeconômica [§]					
Média/alta	339	313 (60,0)	26 (59,1)	1	
Baixa	227	209 (40,0)	18 (40,9)	1,01 (0,96 - 1,04)	0,910

Fonte: Os autores

DISCUSSÃO

Os resultados demonstram percentual de informação autorreferida adequada de 92,3%, considerando a informação de periodicidade de realização do exame de Papanicolaou segundo as diretrizes do Ministério da Saúde (em dia ou em atraso)⁴.

O autorrelato da realização do exame foi mais sensível do que específico, o que reflete maior probabilidade de as mulheres relatarem corretamente que fizeram o exame no prazo recomendado, do que relatarem corretamente que o exame está em atraso. Da mesma forma, os valores preditivos positivos foram superiores aos valores preditivos negativos.

Os resultados encontrados são semelhantes aos referidos em duas revisões sistemáticas com meta-análise que analisaram dados de 15 e 23 estudos internacionais, respectivamente, em que as medidas sumárias de sensibilidade, especificidade e valor preditivo negativo apresentaram valores próximos aos encontrados neste estudo, com resultados menores apenas no valor preditivo positivo^{16,20}. Destaca-se que não foram identificados estudos desta natureza para a população brasileira.

Lofters e colaboradores²⁵, ao avaliarem 39.027 mulheres de 24 a 69 anos em Ontario, Canadá, encontraram valores de acurácia semelhantes. Estudo desenvolvido por Caplan e colaboradores²⁶ no Colorado (EUA), ao avaliar 445 mulheres de 40 a 74 anos, identificou valores semelhantes de sensibilidade, especificidade e valor preditivo positivo. Entretanto, o valor preditivo negativo foi menor. Ainda em população norte-americana, Tumiel-Berhalter e colaboradores²⁷ avaliaram 314 mulheres acima de 40 anos atendidas em duas unidades de atenção primária à Saúde em Nova Iorque encontrando valores semelhantes de sensibilidade e valor preditivo positivo e valores inferiores ao nosso estudo, referentes à especificidade e ao valor preditivo negativo.

O maior percentual da informação autorreferida adequada, verificado entre as mulheres mais velhas e de baixa renda, observado no presente estudo, pode ser atribuído à maior procura dos serviços públicos de saúde por esta população²⁸, que conseqüentemente recebe maiores informações sobre o autocuidado, é acompanhada regularmente pelos serviços de saúde, bem como estabelece maior vínculo com os profissionais de saúde e menor tendência em reportar uma informação incorreta.

Como demonstrado nesse trabalho, o autorrelato sobre a realização do exame de Papanicolaou pode ser utilizado na rotina dos serviços e em inquéritos de saúde⁵⁻¹⁵, destacando especialmente a relação de custo-benefício. Contudo, os dados apresentados, em consonância com os diversos estudos^{16,18,20,21,25}, demonstram que o autorrelato tende a superestimar as taxas de rastreamento.

Cabe, no entanto, ressaltar que, devido à possibilidade do viés de memória, quando o participante não se lembra das informações perguntadas, e ao viés da desajustabilidade

social, ou seja, a tendência de responder o que é socialmente promovido/desejável, deve ser encorajado o uso de dados dos registros de saúde, quando disponíveis.

Cabe ressaltar também que a maior parte das mulheres avaliadas (70,3%) realizaram o exame de Papanicolaou com intervalo inferior a um ano, o que reflete um sobrerastreio na população avaliada e descumprimento das recomendações nacionais^{4,29}. Além disso, este achado reforça a necessidade desenvolvimento de estratégias que permitam maior acompanhamento da população-alvo para o rastreamento do câncer do colo do útero, como, por exemplo, a implementação do rastreamento organizado^{4,30}. Tal medida poderia contribuir para melhorar os indicadores de cobertura pelo exame de Papanicolaou, que, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, apresenta uma cobertura de 79,4% no Brasil, abaixo da recomendada e marcada por desigualdades regionais e sociodemográficas⁶.

Por fim, os achados deste trabalho têm implicações para pesquisadores de saúde pública, gestores e formuladores de políticas direcionadas para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil, pois poderão ser utilizados para uma melhor avaliação e mesmo a correção das taxas de rastreamento baseadas no autorrelato.

REFERÊNCIAS

1. International Association of Cancer Registries (IARC). Global Initiative for Cancer Registry development [Internet]. 2018 [acessado 2019 jan 04]. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/>.
2. World Health Organization. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice [Internet]. 2ª Ed. Geneva: Switzerland; 2014 [acessado 2018 nov 27]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Guia prático sobre HPV: Perguntas e Respostas. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2017 [acessado 2020 fev 07]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/07/Perguntas-e-respostas-HPV-.pdf>.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero [Internet]. 2ª ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [acessado 2018 nov 27]. Disponível em: http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero_2016.pdf.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel

- Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [acessado 2018 nov 27]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf.
6. Barbosa IR. Regional and Socioeconomic Differences in the Coverage of the Papanicolaou Test in Brazil: Data from the Brazilian Health Survey 2013. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2017. Sep [cited 2018 Aug 20]; 39(9):480-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032017000900480&lng=en.
 7. Silveira NSP, Vasconcelos CTM, Nicolau AIO, Oriá MOB, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Knowledge, attitude and practice of the smear test and its relation with female age. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2018 Aug 20]; 24: e2699. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692016000100336&lng=en.
 8. Malta EFGD, Gubert FA, Vasconcelos CTM, Chaves ES, Silva JMFL, Beserra EP. Inadequate practice related of the Papanicolaou test among women. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 20]; 26(1):e5050015. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_1980-265X-tce-26-01-e5050015.pdf.
 9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, 2015. [acessado 2018 nov 27]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>.
 10. Silva MAS, Teixeira EMB, Ferrari RAP, Cestari MEW, Cardelli AAM. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolaou. *Rev Rene* [Internet]. 2015 [acessado 2018 ago 20]; 16(4):532-9. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14463/1/2015_art_massilva.pdf.
 11. Phaswana-Mafuya N, Peltzer K. Breast and Cervical Cancer Screening Prevalence and Associated Factors among Women in the South African General Population. *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 09]; 19(6):1465-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29936716>.
 12. Khan M, Zafar A, Muneer R, Siddiqui AA. Awareness Regarding Pap Smear Among Female University Students of Karachi: A Cross-sectional Survey. *Cureus* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 09]; 10(6):e2784. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6089492>.
 13. Al Rifai R, Nakamura K. Differences in Breast and Cervical Cancer Screening Rates in Jordan among Women from Different Socioeconomic Strata: Analysis of the 2012 Population-Based Household Survey. *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 09]; 16(15):6697-704. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26434897>.

14. Constantinou P, Dray-Spira R, Menvielle G. Cervical and breast cancer screening participation for women with chronic conditions in France: results from a national health survey. *BMC Cancer* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 09]; 16:255. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27029643>.
15. Major D, Armstrong D, Bryant H, Cheung W, Decker K, Doyle G, Mai V, McLachlin CM, Niu J, Payne J, Shukla N. Recent trends in breast, cervical, and colorectal cancer screening test utilization in Canada, using self-reported data from 2008 and 2012. *Curr Oncol* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 09]; 22(4):297-302. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26300668>.
16. Howard M, Agarwal G, Lytwyn A. Accuracy of self-reports of Pap and mammography screening compared to medical record: a meta-analysis. *Cancer Causes Control* [Internet]. 2009 [cited 2019 Jan 09]; 20(1):1-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18802779>.
17. Cho S, Shin A, Song D, Park JK, Kim Y, Choi JY, Kang D, Lee JK. Validity of self-reported cancer history in the health examinees (HEXA) study: A comparison of self-report and cancer registry records. *Cancer Epidemiol* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 09]; 50(Pt A):16-21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28763723>.
18. Powe BD, Cooper DL. Self-reported cancer screening rates versus medical record documentation: incongruence, specificity, and sensitivity for African American women. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2008 [cited 2019 Jan 09]; 35(2):199-204. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18321831>.
19. Walker MJ, Chiarelli AM, Mirea L, Glendon G, Ritvo P, Andrulis IL, Knight JA. Accuracy of Self-Reported Screening Mammography Use: Examining Recall among Female Relatives from the Ontario Site of the Breast Cancer Family Registry. *ISRN Oncol* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jan 09]; 2013:810573. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23984098>.
20. Rauscher GH, Johnson TP, Cho YI, Walk JA. Accuracy of self-reported cancer-screening histories: a meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* [Internet]. 2008 [cited 2019 Jan 09]; 17(4):748-57. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18381468>.
21. Lofters AK, Moineddin R, Hwang SW, Glazier RH. Does social disadvantage affect the validity of self-report for cervical cancer screening? *Int J Womens Health* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jan 09]; 5:29-33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3558311/>.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2016. [acessado 2020 fev 07]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>.
23. VassarStats: Website for Statistical Computation. Clinical Research Calculators [Internet]. 2018. Available from: <http://vassarstats.net/>.

24. Rothman KJ. Epidemiologia moderna [recurso eletrônico] / Rothman KJ, Greenland S, Lash TL; tradução: Geraldo Serra. 3ª ed. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed; 2011.
25. Lofters A, Vahabi M, Glazier RH. The validity of self-reported cancer screening history and the role of social disadvantage in Ontario, Canada. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 09]; 15:28. Available from: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1441-y>
26. Caplan LS, McQueen DV, Qualters JR, Leff M, Garrett C, Calonge N. Validity of women's self-reports of cancer screening test utilization in a managed care population. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* [Internet]. 2003 [cited 2019 Jan 09]; 12(11 Pt 1):1182-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14652278>.
27. Tumiel-Berhalter LM1, Finney MF, Jaén CR. Self-report and primary care medical record documentation of mammography and Pap smear utilization among low-income women. *J Natl Med Assoc* [Internet]. 2004 [cited 2019 Jan 09]; 96(12):1632-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15622694>.
28. Guibu IA, Moraes JC, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio FA, Costa KS, Karnikowski MGO, Soeiro OM, Leite SL, Álvares J. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017 [acessado 2019 Jan 09]; 51 Supl 2:s17. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007070.pdf.
29. Corrêa CSL, LS, Leite ICG, Pereira LC, Nogueira MC, Duarte DAP, et al. Rastreamento do câncer do colo do útero em Minas Gerais: avaliação a partir de dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). *Cad. saúde colet* [Internet]. 2017 [citado 2020 fev 07]; 25(3): 315-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000300315&lng=en.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [acessado 2020 fev 07]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf.

Tabela suplementar – utilizada para os cálculos das medidas de acurácia

INFORMAÇÃO AUTORREFERIDA	Em dia N (%)	Padrão-ouro	
		Em atraso N (%)	Total
Idade			
20 – 39 anos	273 (86,4)	43 (13,6)	316
Em dia	266 (92,4)	22 (7,6)	288
Em atraso	7 (25,0)	21 (75,0)	28
40 – 59 anos	226 (88,3)	30 (11,7)	256

INFORMAÇÃO AUTORREFERIDA	Padrão-ouro		Total
	Em dia N (%)	Em atraso N (%)	
Em dia	224 (94,5)	13 (5,5)	237
Em atraso	2 (10,5)	17 (89,5)	19
Escolaridade			
> Fundamental completo	236 (87,7)	33 (12,3)	269
Em dia	223 (93,6)	16 (6,4)	249
Em atraso	3 (15,0)	17 (85,0)	20
< Fundamental incompleto	253 (86,6)	39 (13,4)	292
Em dia	247 (93,2)	18 (6,8)	265
Em atraso	6 (22,2)	21 (77,8)	27
Cor/raça			
Branca	190 (86,8)	29 (13,2)	219
Em dia	189 (92,6)	15 (7,4)	240
Em atraso	1 (6,7)	14 (93,3)	15
Parda ou Negra	296 (87,8)	41 (12,2)	337
Em dia	288 (94,1)	18 (5,9)	306
Em atraso	8 (25,8)	23 (74,2)	31
Situação ocupacional			
Trabalha	262 (84,0)	50 (16,0)	312
Em dia	256 (91,4)	24 (8,6)	280
Em atraso	6 (18,8)	26 (81,3)	32
Não trabalha	236 (91,1)	23 (8,9)	259
Em dia	233 (95,5)	11 (4,5)	244
Em atraso	3 (20,0)	12 (80,0)	15
Situação conjugal			
Vive com o companheiro	310 (86,8)	47 (13,2)	357
Em dia	303 (92,9)	23 (7,1)	326
Em atraso	7 (22,6)	24 (77,4)	31
Vive só	189 (87,9)	26 (12,1)	215
Em dia	187 (94,0)	12 (6,0)	199
Em atraso	2 (12,5)	14 (87,5)	16
Renda			
Média e alta	297 (87,6)	42 (12,4)	339
Em dia	293 (93,0)	22 (7,0)	315
Em atraso	4 (16,7)	20 (83,3)	24
Baixa	196 (86,3)	31 (13,7)	227
Em dia	191 (93,6)	13 (6,4)	204
Em atraso	5 (21,7)	18 (78,3)	23
TOTAL	499 (87,2)	73 (12,8)	572
Em dia	490 (93,3)	35 (6,7)	525
Em atraso	9 (19,1)	38 (80,9)	47

Submissão: agosto de 2019.

Aprovação: julho de 2020.