



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA  
FACULDADE DE MEDICINA**

**SINTIA FAGUNDES LEITE**

**MOTIVOS PARA A NÃO-ADESÃO AO EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DO  
COLO DO ÚTERO EM PACIENTES DO SERVIÇO PÚBLICO EM UM MUNICÍPIO  
DA AMAZÔNIA BRASILEIRA**

**ALTAMIRA  
2023**

**SINTIA FAGUNDES LEITE**

**MOTIVOS PARA A NÃO-ADESÃO AO EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE  
COLO DE ÚTERO EM PACIENTES DO SERVIÇO PÚBLICO DE ALTAMIRA - PA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará, Campus Universitário de Altamira, como requisito final para obtenção de título de Médica.

**Orientador(a):** Sérgio Beltrão de Andrade Lima, MS.

**Co-orientador(a):** Helane Conceição Damasceno, MS.

**ALTAMIRA  
2023**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará  
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a)  
autor(a)**

---

- F151m Fagundes Leite, Sintia.  
Motivos para a não adesão ao exame preventivo de  
câncer do colo do útero em pacientes do serviço público em  
um município da Amazônia brasileira / Sintia Fagundes Leite.  
— 2023.  
56 f. : il. color.
- Orientador(a): Prof. Me. Sérgio Beltrão de Andrade Lima  
Coorientador(a): Prof<sup>a</sup>. MSc. Helane Conceição  
Damasceno  
Trabalho de Conclusão (Graduação) - Universidade  
Federal do Pará, Campus Universitário de Altamira,  
Faculdade de Medicina, Altamira, 2023.
1. câncer do colo do útero. 2. vergonha e  
constrangimento. 3. falta de conhecimento. 4. exame  
preventivo do câncer do colo do útero. 5. papanicolau. I.  
Título.

CDD 610

---

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA  
FACULDADE DE MEDICINA**

**SINTIA FAGUNDES LEITE**

**MOTIVOS PARA A NÃO-ADESÃO AO EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE  
COLO DE ÚTERO EM PACIENTES DO SERVIÇO PÚBLICO DE ALTAMIRA - PA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará, Campus Universitário de Altamira, como requisito final para obtenção de título de Médica.

Examinador:  
Nota:  
Data:

Examinador:  
Nota:  
Data

ALTAMIRA  
2023

## DEDICATÓRIA

Dedico esta obra, em primeiro lugar, a Deus que plantou este sonho tão lindo em meu coração, por ter me dado muito mais do que eu merecia e por até aqui ter me sustentando, me dando forças e me guiando nesta longa jornada. À minha mãe, que com certeza foi o maior presente que Deus entregou a mim, a pessoa que mais me inspirou a lutar pelos meus sonhos, e com certeza a que mais acreditou que um dia eu conseguiria. Minha irmã, Lays, gratidão por tantas vezes ter me incentivado, por ter lutado comigo, por todas as vezes que você enfrentou sol, chuva e o cansaço para me transportar até o cursinho, eu te amo para sempre. Ao meu pai, Elizeu, obrigada por ter me mostrado o quão forte eu consigo ser, por ter me ajudado até onde pôde. Ao meu amigo e namorado, Adailton, você foi uma dádiva de Deus em minha vida. A minha família e amigos, sou grata por todo o apoio que me deram, eu amo vocês.

## AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos vão para todos que ao longo de toda minha jornada, se mantiveram ao meu lado, me dando apoio diretamente ou indiretamente, não citarei o nome de todos, mas em meu coração há enorme gratidão, rogo todos os dias pela vida de cada um.

A **Deus**, pelas suas misericórdias, seu amor e zelo com a minha vida, por ter me amparado nos momentos mais desafiadores de minha trajetória, por ter me enchido de bondade, mesmo quando eu não mereci.

À minha mãe, **Carmen Lúcia Fagundes**, por todo sacrifício feito por mim e pela minha irmã, por todo amor e cuidado, pelas orações por sonhar os meus sonhos, por acreditar em mim até quando eu mesma me achei incapaz. Você sempre será a pessoa que mais admirarei, te amo daqui até a eternidade.

À minha irmã, **Lays Fagundes**, pela paciência, por ter cuidado de mim, por estar ao meu lado na saúde e na doença, por inúmeras vezes ter que enfrentar o cansaço, sol e chuva para me levar até o cursinho, por ter me ajudado tanto e por ter torcido por mim.

Ao meu pai, **Elizeu da Silva Leite**, que apesar de eu ter convivido pouco, me mostrou o que é o amor através dos pequenos gestos, por ter me dado as mãos quando precisei, por ter feito sacrifícios para me manter na faculdade, sou grata por todo esforço.

Ao meu amigo e namorado, **Adailton Delfino Machado**, por ter se dedicado tanto a me ajudar, por estar ao meu lado nos piores e melhores momentos da minha vida, por me acompanhar e me apoiar nessa longa jornada, pela compreensão, por me ouvir e me dar apoio todas as vezes que precisei.

À minha família, em especial aos que se sacrificaram para me ajudar durante todo esse tempo. Gratidão aos meus avós, em especial minha avó Laurinha, pelas orações, aos meus tios e primos, vocês são os maiores tesouros da minha vida.

Aos meus amigos, os que a igreja, escola, cursinho e faculdade me deram, vocês são a família que eu escolhi, obrigada a cada um por todo apoio, consolo, orações e conselhos, eu amo vocês.

Aos meus professores, da escola à faculdade, obrigada pela paciência e dedicação que vocês demonstraram ao longo da minha jornada estudantil. Docência é sinônimo de heroísmo, vocês são verdadeiros heróis que trabalham

incansavelmente para moldar não só nossas mentes, mas também nossos valores e perspectivas sobre o mundo, se eu cheguei até aqui, foi graças a cada docente que passou pela minha vida, sempre lembrarei de cada um com carinho, respeito e admiração. Professor Sérgio Beltrão, Helane Damasceno e Denis Ferreira, minha eterna gratidão, obrigada pela paciência, comprometimento e por me ajudarem a enxergar a importância deste trabalho, serei eternamente grata a cada um.

Essa conquista foi graças a cada pessoa que, apesar de eu não ter citado nomes, me recordei durante o processo de escrita desta dedicatória. Foi tudo por vocês e graças a vocês, essa conquista é NOSSA.

*“Onde quer que a arte da medicina seja amada,  
também existirá amor pela humanidade”  
Hipócrates.*

## RESUMO

O exame preventivo, conhecido como Papanicolau, é uma ferramenta crucial para detectar precocemente alterações no colo do útero que podem levar ao desenvolvimento do câncer. No entanto, muitas mulheres não realizam regularmente esse exame, o que aumenta o risco de diagnóstico tardio e consequências graves. Existem vários fatores que contribuem para a não adesão, alguns como a falta de conhecimento sobre a importância do exame, falta de acesso a serviços de saúde, barreiras financeiras, medo, estigma, falta de tempo e desinformação. Esse estudo teve como objetivo investigar os motivos pelos quais as mulheres do município de Altamira-PA não se submetem ao exame Papanicolau (PCCU). Realizou-se um estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa e qualitativa a respeito dos obstáculos enfrentados na realização do exame citopatológico. Identificou-se que a ausência de conhecimento a respeito do câncer do colo uterino e do próprio exame, juntamente com experiências negativas relacionadas ao procedimento, estão associados a não adesão. Assim, este estudo visou apresentar proposta de análise referente aos motivos pelos quais muitas mulheres do município de Altamira, no Pará, não aderem ao exame preventivo do câncer do colo do útero. Concluiu-se que a ausência de conhecimento e experiências negativas em relação ao PCCU são os principais fatores que levam as mulheres do município supracitado a não adesão do exame preventivo do câncer do colo uterino.

**Palavras-chave:** Papanicolau; Atenção Básica à Saúde; Câncer de Colo Uterino

## **ABSTRACT**

The preventive exam, known as a Pap smear, is a crucial tool for early detection of changes in the cervix that can lead to the development of cancer. However, many women do not undergo this exam regularly, which increases the risk of late diagnosis and serious consequences. There are several factors that contribute to non-adherence, some such as lack of knowledge about the importance of the exam, lack of access to health services, financial barriers, fear, stigma, lack of time and misinformation. This study aimed to investigate the reasons why women in the city of Altamira-PA do not undergo the Pap smear (PCCU). A cross-sectional, descriptive study with a quantitative and qualitative approach was carried out regarding the obstacles faced in carrying out the cytopathological examination. It was identified that the lack of knowledge about cervical cancer and the exam itself, together with negative experiences related to the procedure, are associated with non-adherence. Thus, this study aimed to present an analysis proposal regarding the reasons why many women in the municipality of Altamira, in Pará, do not adhere to preventive screening for cervical cancer. It was concluded that the lack of knowledge and negative experiences in relation to the PCCU are the main factors that lead women in the aforementioned municipality to not adhere to the preventive examination for cervical cancer.

**Keywords:** Pap smear. Primary Health Care. Cervical Cancer

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>10</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>11</b>
3.1 GERAL.....	11
3.2 ESPECÍFICOS .....	11
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>12</b>
4.1 O CÂNCER .....	12
4.2 O PAPILOMA HUMANO .....	14
4.3 O CÂNCER CERVICAL .....	16
4.4 A VACINA .....	17
4.5 IMPLEMENTAÇÃO DO TESTE MOLECULAR NO BRASIL .....	19
4.6 PAPANICOLAU: O PRIMEIRO EXAME DE RASTREAMENTO.....	19
4.7 AS BARREIRAS .....	23
<b>5 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>27</b>
5.1 TIPOS DE ESTUDO .....	27
5.2 POPULAÇÃO.....	27
5.3 AMOSTRA .....	27
5.4 PROCEDIMENTO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS .....	28
5.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	28
5.6 RISCOS E BENEFÍCIOS .....	29
5.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	29
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>30</b>
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>39</b>
<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>50</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU), também chamado de câncer cervical, é a segunda neoplasia maligna mais frequente entre as mulheres, de acordo com análises às estatísticas mundiais (ER GÜNERI; ŞEN, 2020). O CCU é definido como o comprometimento do estroma devido a replicação de maneira desarranjada do epitélio de revestimento do órgão (INCA, 2022a). É uma moléstia de avanço vagaroso, suscetível a diagnóstico precoce e com um bom prognóstico (FERREIRA *et al.*, 2022). Esta problemática representa uma barreira na saúde pública, principalmente em países subdesenvolvidos, onde estão 83% dos casos e 86% dos óbitos, evidenciando que há uma forte ligação entre populações à mercê do desenvolvimento social e a falta de procura pelo exame papanicolau e ou tratamento da doença (FERREIRA *et al.*, 2022).

O Papilomavírus Humano (HPV), que é contraído através de contato pele a pele, foi correlacionado em quase 100% dos casos de CCU em todo o mundo. Sexarca precoce, número de gestações, múltiplos parceiros, assim como história de infecções sexualmente transmissíveis são os principais fatores de risco para a infecção do HPV (TEKALEGN *et al.*, 2022). A idade é um importante fator para o desenvolvimento da malignidade, uma vez que em mulheres jovens há grande possibilidade de regressão do vírus, ao contrário do que acontece em mulheres acima de quarenta anos expostas ao papillomavirus humano, em que a chance de progressão é aumentada (MARTINS *et al.*, 2016).

Uma medida preventiva contra o câncer do colo do útero é o exame de Papanicolau, amplamente utilizado como método de rastreamento primário para a doença. O principal propósito desse rastreio é detectar anomalias e pré-cânceres tratáveis que possam evoluir para um câncer invasivo. Isso visa reduzir a frequência, mortalidade e as complicações relacionadas ao tratamento. Além disso, identificar o câncer cervical invasivo em estágio inicial também ajuda a diminuir a mortalidade e os efeitos adversos do tratamento (FONTHAM *et al.*, 2020). Com o propósito de evitar o câncer cervical invasivo causado pelos principais tipos oncogênicos do Papilomavírus Humano, em 2014 o Brasil incluiu a vacina contra o HPV no Programa Nacional de Imunização (PNI) (MOURA; CODEÇO; LUZ, 2020).

Com o objetivo de configurar o enfrentamento da doença, o Brasil estabeleceu políticas públicas para prevenção, rastreamento, controle e tratamento do câncer cervical. Apesar das modernizações para aumentar a adesão ao exame citopatológico, muitas vezes é observada uma baixa procura, devido à falta de informação por parte das mulheres, dificuldades de acesso às Unidades Básicas de Saúde, agendamentos necessários para realizar o teste, insuficiência de materiais e profissionais qualificados, local de moradia, além de sentimentos como vergonha e medo (BEDELL *et al.*, 2020). Outro desafio, é incluir o homem trans na triagem, muitas pessoas transgêneros não aderem ao atendimento pelo profissional de saúde por medo da falta de respeito, muitos deles, tiveram atendimento negado devido a sua orientação sexual e identidade de gênero (MARTINS *et al.*, 2022)

Mundialmente, mais de 85% das mortes por câncer cervical ocorrem em países subdesenvolvidos, particularmente regiões de média e baixa renda. Portanto, é o principal tipo oncológico que mais gera óbitos em mulheres de países em desenvolvimento (BEDELL *et al.*, 2020). É evidente que o CCU é inhomogêneo no mundo, em países com alta vulnerabilidade socioeconômica, os indicadores tendem à elevar-se, ao contrário dos países desenvolvidos, em que a incidência e a mortalidade tendem à regressão (SOUZA *et al.*, 2022).

## 2 JUSTIFICATIVA

Cerca de 570 mil mulheres em todo o mundo desenvolvem o câncer do colo do útero a cada ano, tornando-o o quarto tipo de câncer mais comum entre elas. Esta doença é responsável por 311 mil mortes por ano, sendo a quarta maior causa de óbito por câncer entre as mulheres (INCA, 2022a).

O câncer cervicouterino é um desafio à saúde, especialmente entre as mulheres que residem em nações subdesenvolvidas, essa problemática está intrinsecamente ligada ao ambiente em que vivem, bem como ao seu status socioeconômico (SANTAMARÍA-ULLOA *et al.*, 2022). O nível socioeconômico está profundamente ligado à saúde, várias pesquisas mundiais e nacionais, tanto em países em desenvolvimento como em outros, mostraram que formas diferentes de pobreza costumam estar associadas a um pior estado de saúde e ao difícil acesso aos serviços relacionados à saúde (GUTIÉRREZ; ALARCÓN, 2008).

A meta do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 foi alcançar a cobertura do exame preventivo do câncer do colo do útero em mulheres entre 25-64 anos nos últimos 3 anos para 85%. Contudo, mesmo à frente desses objetivos, o nível de cobertura do exame preventivo permaneceu constante durante todo o período examinado, variando de 82,2% em 2010 a 81,5% em 2019. É importante observar que, desde o momento em que o plano foi lançado, a meta de aumentar os exames nunca foi alcançada (BRASIL, 2021a). Em Altamira, no período de 2018 a 2022, a média de cobertura foi de 8%. Essa média ainda é alarmante, podendo resultar em um índice ainda maior de taxa de mortalidade (BRASIL, 2021b).

Nesta situação, dado o significativo déficit na procura por exames preventivos na cidade de Altamira, a gravidade da doença e a falta de consciência sobre o câncer do colo do útero, esta pesquisa desempenhou um papel crucial no aprimoramento da qualidade dos cuidados de saúde nessa região, uma vez que possibilitou identificar os principais obstáculos que impedem as mulheres de realizarem o exame.

Com base nesse contexto, esta pesquisa tem como principal questão: Quais os principais motivos que levam as mulheres de Altamira-PA a não adesão do pccu? Assim, torna-se essencial analisar e descrever os fatores associados, uma vez que

esse tema possui significativa importância social, permitindo a identificação de desafios a serem superados nos anos futuros.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

Investigar os motivos pelos quais as mulheres do município de Altamira-PA não realizam o exame Papanicolau.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

- Compreender as principais causas subjacentes à não adesão das mulheres do município de Altamira-PA ao exame de Papanicolau.
- Mensurar o nível de conhecimento das mulheres acerca do exame preventivo do câncer do colo do útero.
- Identificar fatores de risco e possíveis associações desses com eventuais impactos presentes e futuros.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil, esperou-se 16.710 novos diagnósticos anuais durante o triênio 2020-2022, que corresponde a aproximadamente 7,5% do total de casos registrados. No ano de 2019, câncer do colo uterino foi responsável por 6.596 mortes, que representam 6,0% do total de óbitos devido a neoplasias malignas no país (INCA, 2022b). Contudo, mesmo diante de preocupantes números de óbitos, a taxa de adesão ao exame ainda é baixa, especialmente nas regiões norte, nordeste e centro-oeste. Se observadas as divisões federais, as discrepâncias são ainda mais evidentes, o que denota uma diferença substancial na realização destas análises entre as regiões (INCA, 2022b).

### 4.1 O CÂNCER

O câncer é caracterizado pelo desenvolvimento desordenado de células, podendo ocorrer em qualquer parte do corpo humano. Os tumores cancerígenos são originados a partir de células que perdem a capacidade de controlar o próprio crescimento, causando um acúmulo desordenado e anormal (ROY; SAIKIA, 2016). O termo câncer se refere a uma ampla gama de mais de 100 tipos de doenças malignas distintas. Cada tipo de câncer é caracterizado pela multiplicação desordenada de células que podem afetar diversos tecidos e órgãos do corpo humano. Quando têm origem nos tecidos epiteliais, tais como a pele ou as mucosas, são designados como carcinomas. Por outro lado, se surgem a partir dos tecidos conjuntivo, como osso, músculo ou cartilagem, são denominados sarcomas (INCA, 2022c).

O câncer assola a humanidade desde os tempos mais remotos, descobertas paleopatológicas evidenciam a presença de neoplasias em animais durante períodos pré históricos, bem antes da presença humana se manifestar na terra. O câncer de mama foi o primeiro câncer a ser descrito dentro da medicina, encontrado no papiro de Edwin Smith, onde foi escrito por volta de três mil anos a.C. (HAJDU, 2011). Existem registros históricos que indicam que os antigos egípcios consideravam o câncer uma maldição (SENGA; GROSE, [s.d.]

Hipócrates (460-315 aC), considerado pai da medicina, assentia que o câncer poderia ser iniciado por causas naturais. Até meados do século 20, foram criadas

diversas teorias sobre o câncer, entre elas estão a teoria humoral a qual pregava que a grande quantidade de bile negra em um determinado órgão, resultava na doença; a teoria da linfa, a qual o câncer era formado a partir da linfa; teoria de Blastema-Muller o qual defendia que o câncer acontecia por meio das células, e não da linfa (SUDHAKAR, 2009). Virchow formulou a teoria de que a irritação crônica desempenhava um papel fundamental no surgimento do câncer; durante o período que abrange o século XIX até a década de 1920, havia a prevalente crença na teoria do trauma como causa do câncer. Até o século 18, prevalecia a teoria do parasita, na qual os cientistas sustentavam a crença de que o câncer era uma condição contagiosa, transmitida por meio de parasitas (SUDHAKAR, 2009).

No decorrer do século XX, os pesquisadores adquiriram conhecimento sobre o funcionamento dos genes e como eles poderiam sofrer danos por meio de mutações. Foi identificado que o câncer pode ser desencadeado por substâncias químicas cancerígenas, radiação, vírus e até mesmo herdado de gerações anteriores. A maioria dos agentes cancerígenos prejudica o DNA, resultando no crescimento anormal das células. Enquanto as células normais com DNA danificado tendem a morrer, as células cancerosas com DNA danificado mantêm-se vivas (SUDHAKAR, 2009).

O câncer tem se destacado como uma das principais causas de morte globalmente. Com as transformações nos estilos de vida da população, que apresenta uma crescente tendência à obesidade, sedentarismo e tabagismo, espera-se que essa doença maligna se torne ainda mais prevalente, afetando tanto países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (TORRE *et al.*, 2016). Já entre as mulheres, o câncer é a principal causa de morte em todo mundo, sem distinção de classes sociais, contudo, é esperado que o aumento dos casos seja ainda mais preocupante em países de baixa renda devido a maior exposição de fatores de risco. Prevê-se um aumento na incidência do câncer à medida que as populações continuam a crescer e envelhecer, juntamente com o aumento dos fatores de risco relacionados à urbanização (TORRE *et al.*, 2017).

A transição da visão do câncer como uma maldição para um grupo diversificado de doenças que apresentam deficiência na capacidade de responder aos sinais essenciais que regulam a proliferação, diferenciação e morte celular representa um avanço significativo em nossa compreensão. Desde as práticas antigas de ressecção

sem anestesia até as terapias direcionadas contra o câncer, testemunhamos uma conquista notável nesse campo (SENGA; GROSE, [s.d.]

## 4.2 O PAPILOMAVÍRUS HUMANO

O papilomavirus humano (HPV) são vírus de DNA não envelopado. Infecta e se reproduz nos tecidos epiteliais da pele e das mucosas. Essa família de vírus é composta por mais de 100 tipos diferentes (LETO *et al.*, 2011). Cerca de 40 tipos de HPV afetam especificamente a região genital. Esses tipos podem ser classificados em categorias de baixo risco (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 e CP6108), que estão associados a um menor risco de câncer cervical, e alto risco (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82), que apresentam uma maior probabilidade de desenvolvimento de câncer (ELASBALI *et al.*, 2012).

Contudo dentro dos subtipos de alto risco, os tipos 16 e 18 do HPV são frequentemente relacionados ao câncer cervical invasivo em maior medida do que outros tipos. Isso sugere que os tipos 16 e 18 do HPV de alto risco são mais propensos a causar câncer. Além disso, os cânceres associados ao tipo 16 de HPV tendem a ocorrer em idades mais jovens em comparação com outros tipos de câncer cervical (AHMED *et al.*, 2017).

Por motivos fisiológicos, o HPV tem alta prevalência em mulheres mais jovens, especialmente em adolescentes, o vírus penetra na zona de transformação do colo uterino, onde ocorre a metaplasia. Essa região é suscetível a infecções e mutações. Essa área é composta principalmente por tecido glandular macio e vulnerável, que está mais exposto durante a adolescência. Com o tempo, o tecido é gradualmente transformado em um epitélio escamoso mais duro e resistente, que persiste ao longo da vida adulta (KROUPIS; VOURLIDIS, 2011).

Portanto, mulheres jovens sexualmente ativas, com idade entre 18 e 30 anos, apresentam uma maior prevalência de infecção pelo vírus. No entanto, o CCU é de progressão lenta, o que faz com que a maior prevalência desta patologia aconteça em mulheres acima de 35 anos.

A infecção pelo vírus do papiloma é frequentemente contraída por meio de pequenas lesões na pele, como verrugas cutâneas. Também pode ser adquirida por

meio de relações sexuais, resultando em verrugas genitais. Em alguns casos, a infecção pode ocorrer durante o parto, quando há contaminação do canal de parto, levando ao desenvolvimento de papiloma laríngeo de início juvenil. Além disso, a autoinoculação, ou seja, a transferência do vírus de uma área infectada para outra parte do corpo, e o sexo oral também podem contribuir para a disseminação da infecção (SABEENA *et al.*, 2017).

O papilomavírus humano tem a capacidade de infectar as células queratinócitas presentes na pele e mucosa humana. O HPV é conhecido por invadir a camada basal das células epiteliais e é responsável por uma variedade de infecções tanto na pele como nas mucosas (MAMMAS; SPANDIDOS, 2017a). As manifestações clínicas relacionadas ao HPV abrangem verrugas cutâneas, verrugas genitais, papilomatose respiratória recorrente, lesões intraepiteliais escamosas de baixo e alto grau, além do câncer cervical, que é considerado um dos mais prevalentes entre as mulheres (MAMMAS; SPANDIDOS, 2017a).

Portanto, o HPV pode se apresentar de diversas formas clínicas, como o condiloma acuminado que é a principal manifestação do papilomavírus na genital, causada principalmente pelos tipos 6 e 11 (MAJEWSKI; JABLONSKA, 1997); hiperplasia epitelial focal, que é uma condição incomum e que também é associada ao HPV 13 e 32 (VERA-IGLESIAS *et al.*, 2007); A neoplasia cervical e o câncer cervical, além de outros carcinomas anogenitais e câncer de cabeça e pescoço (DOORBAR *et al.*, 2015). É relevante destacar que o DNA do HPV pode ser detectado em amostras orais e genitais de recém-nascidos assintomáticos logo após o nascimento, a transmissão pode acontecer via placentária ou sangue do cordão umbilical, vertical ou através do leite materno (RINTALA *et al.*, 2005).

Supõe-se que os tipos de HPV que tem preferência por mucosas, podem infectar mais de 350 milhões de pessoas por ano em todo o mundo, mas a maioria dos infectados são assintomáticos e aproximadamente quarenta milhões dos indivíduos apresentam lesões pré cancerosas (KROUPIS; VOURLIDIS, 2011). Embora seja sabido que os HPV's são os principais responsáveis pelo desenvolvimento de câncer cervical, as infecções pelo vírus são frequentemente assintomáticas, passando despercebidas e sendo subestimadas (BODA *et al.*, 2018).

A análise das tendências de aquisição e persistência do HPV cervical com o avançar da idade revela que a incidência de novas infecções diminui, enquanto a persistência aumenta. Isso destaca a importância do rastreamento do HPV em mulheres mais velhas como uma medida útil para detecção precoce e monitoramento da infecção (CASTLE *et al.*, 2005). Esse fenômeno pode ser atribuído à diminuição da eficiência imunológica relacionada à idade, que afeta a eliminação do HPV, bem como às alterações no tamanho das junções escamocolumnares e à substituição do epitélio cervical por tecido escamoso estratificado atrófico (CASTLE *et al.*, 2005).

#### 4.3 O CÂNCER CERVICAL

As verrugas genitais são conhecidas desde os tempos remotos, pelos antigos gregos e romanos, tais patologias eram vistas como promiscuidades e altamente contagiosas (RAWLS *et al.*, 1968). No século XIX, o Dr. Rigoni-Stern, médico italiano, observou em suas análises à certidões de óbitos de mulheres que já tiveram relação sexual, a frequência de câncer do colo do útero. Com isso, concluiu que o CCU está diretamente ligado com o contato sexual (ZUR HAUSEN, 2009). Em 1968 foi realizado um estudo onde concluiu-se que a principal etiologia para o CCU era a Herpes Simplex do tipo 2 (RAWLS *et al.*, 1968).

Em 1976, Hausen, *et al.*(1976) foi responsável pelas descobertas pioneiras da conexão entre o Papilomavírus Humano e o câncer do colo do útero (CCU). Na década de 1990, importantes avanços foram alcançados nos estudos de caso-controle e coorte relacionados ao HPV. Já no final da mesma década, houve uma crescente quantidade de publicações referentes aos benefícios clínicos do teste de HPV, especialmente na triagem e diagnóstico precoce de doenças relacionadas ao vírus (BOSCH *et al.*, 2002). Atualmente, está bem estabelecido que o papilomavírus humano é o grande responsável pelo CCU, bem como o grau de periculosidade dos seus subtipos.

O câncer cervical está fortemente associado à infecção do papiloma vírus humano (HPV), prevalentemente, os subtipos 16 e 18 que são responsáveis por mais da metade dos casos de cânceres cervicais (INCA, 2022a). Para que haja a carcinogênese, são necessárias algumas etapas: infecção pelo HPV; conservação do vírus; avanço para displasia e invasão. É possível que aconteça o inverso, resultando

em regressão das lesões pré-cancerosas, é importante salientar que a ocorrência dessa última etapa é comum, principalmente em mulheres jovens (BEDELL *et al.*, 2020). São muitos os comportamentos que trazem risco para a transmissão do HPV, entre eles estão: relação sexual desprotegida, múltiplos parceiros, tabagismo, início precoce da atividade sexual e uso prolongado de pílulas anticoncepcionais (INCA, 2022f).

Existem duas categorias principais de carcinomas invasivos do colo do útero, dependendo do tipo de tecido epitelial comprometido: o carcinoma epidermóide, que é o tipo mais comum e afeta o tecido epitelial escamoso, se destacando em número de casos, e o adenocarcinoma, que é mais raro e afeta o tecido epitelial glandular, representa cerca de 10% dos casos (BRASIL,2022e). O câncer cervical é uma condição que se desenvolve gradualmente, começando com alterações intraepiteliais progressivas que podem progredir para um estágio invasivo ao longo de um período que varia de 10 a 20 anos (NTRGS, 2010).

As lesões pré-cancerosas cervicais são categorizadas em diferentes graus de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), que podem ser NIC1, NIC2 ou NIC3. A classificação de NIC1 é amplamente comparável à designação de Lesão Intraepitelial de Baixo Grau (LSIL) utilizada no sistema de classificação de Bethesda, enquanto que as categorias NIC2 e NIC3 correspondem à Lesão Intraepitelial de Alto Grau (HSIL) (DOORBAR *et al.*, 2015).

#### 4.4 A VACINA

A capacidade mundial de inovação científica e tecnológica no campo das vacinas para doenças infecciosas tem avançado de maneira vertiginosa. Estratégias pioneiras têm resultado no desenvolvimento de vacinas novas e altamente eficazes, e um grande exemplo de tal feito, são as vacinas contra o HPV.

No ano de 2006 houve mais um avanço na luta contra o câncer do colo do útero, a aprovação da vacina para a profilaxia do papilomavírus humano na América latina. Totalizaram-se três vacinas, a bivalente que confere proteção contra os subtipos 16 e 18 do papilomavirus humano (SICHERO; PICCONI; VILLA, 2020), A vacina quadrivalente demonstrou eficácia na prevenção do câncer relacionado aos

tipos 16 e 18 do HPV, tais como câncer de colo do útero, vulva, vagina, câncer peniano e cânceres de orofaringe e anal tanto em homens quanto em mulheres. Além disso, essa vacina também pode prevenir verrugas genitais nos dois sexos relacionadas aos tipos de HPV 6 e 11 (BRASIL, 2022). Recentemente, foi aprovada uma terceira vacina, a nona-valente, conferindo proteção adicional para os subtipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58 (SICHERO; PICCONI; VILLA, 2020).

Tendo em vista a alta eficácia das vacinas, o impacto da implantação do imunizante no mundo já é evidente, especialmente em países onde a cobertura vacinal é eficaz (DE SANJOSE *et al.*, 2019). Outrossim, significativa comprovação acerca da proteção cruzada e do efeito rebanho que a vacina gerou, mulheres que não receberam a vacina também apresentaram menor ocorrência de lesão intraepitelial de alto grau, o que reforça o efeito de proteção coletiva, isso significa que, por meio da vacinação, a redução das infecções por HPV 16 e 18 não beneficia apenas as mulheres vacinadas, mas também toda a rede de relações sexuais entre homens e mulheres em geral (DROLET *et al.*, 2019).

As estratégias de imunização coletiva são apontadas como uma das políticas de saúde pública mais notórias no Brasil, coroadas por significativo êxito. O Programa Nacional de vacinação (PNI), criado em 1973, é caracterizado por tratar-se de uma política pública eficaz, que progressivamente influencia o perfil de morbimortalidade da população brasileira, adaptando-se às transformações ocorridas nos âmbitos político, epidemiológico e social (DOMINGUES *et al.*, 2020)

No mês de março de 2014, o Brasil implementou um programa de vacinação contra o HPV, destinado a meninas com idades entre 9 e 13 anos, como parte integrante do Programa Nacional de Imunização do Sistema Único de Saúde. A etapa inicial da campanha de vacinação contra o HPV no Brasil obteve um sucesso notável. Excedeu a meta de 80% de cobertura para a primeira dose, alcançando mais de 3 milhões de meninas em menos de 3 meses. Em agosto de 2014, um total de 87% das adolescentes que se qualificavam para a vacinação haviam sido imunizadas em todo o território nacional (BAKER *et al.*, 2015).

Durante todos esses anos, houveram mudanças no calendário vacinal do HPV, atualmente o Ministério da Saúde recomenda duas doses do imunizante para meninas

e meninos com faixa etária entre 9 à 14 anos; indivíduos do sexo feminino e masculino que possuem HIV, submetidos a transplantes de órgãos sólidos ou de medula óssea, pacientes oncológicos, com idade entre 9 e 45 anos, devem receber o regime da vacinação composto por três doses, independentemente da idade (BRASIL, [s.d.]).

#### 4.5 A IMPLEMENTAÇÃO DO TESTE MOLECULAR NO BRASIL

A utilização do teste molecular de HPV está sendo amplamente adotada no rastreamento do câncer cervical e no manejo de mulheres com resultados positivos na citologia, devido à sua capacidade de fornecer informações valiosas para a avaliação clínica de mulheres em risco, tanto no diagnóstico quanto no prognóstico (CUSCHIERI *et al.*, 2016). Em um estudo onde comparou-se a eficácia do exame Papanicolaou e o teste molecular, observou-se que o teste molecular apresentou sensibilidade clínica estimada maior na detecção de lesões intraepiteliais de alto grau, outrossim, o teste molecular também superou o papanicolaou em relação a especificidade clínica, e quando combinados, a sensibilidade atingiu 100% (KROUPIS; VOURLIDIS, 2011).

No Brasil, ainda em 2023, o Ministério da Saúde lançou mais uma estratégia de combate ao câncer do colo do útero, que foi a adesão do teste molecular no Sistema Único de Saúde (SUS). Com a implementação da nova abordagem, a triagem será conduzida por meio de um teste molecular chamado RT-PCR, que possui uma precisão maior na detecção do vírus HPV, o principal responsável pela doença. O projeto será iniciado em Pernambuco e posteriormente estendido para todo o Brasil. De acordo com as diretrizes do Ministério, se o resultado do exame for positivo, é necessário confirmar o diagnóstico por meio de um exame citológico e encaminhar a paciente para o tratamento adequado. No caso de um resultado negativo, o teste de HPV por PCR deverá ser repetido após um período de cinco anos (BRASIL, 2023).

#### 4.6 PAPANICOLAU: O PRIMEIRO EXAME DE RASTREAMENTO

Dr. George N. Papanicolaou, um dos grandes nomes da medicina moderna, conhecido como o "Pai da Citologia Esfoliativa", nasceu na Ilha de Eubéia, na Grécia, em 13 de maio de 1883. Sua contribuição como médico, cientista e humanitário o tornou uma figura notável em seu campo (MAMMAS; SPANDIDOS, 2017b). Em 1904

se formou em medicina pela Universidade de Atenas, na Grécia, onde ficou trabalhando no exército helênico por 3 anos. Em 1913, Dr. Papanicolau e sua esposa, Mary Papanicolau mudaram-se para Nova York (MAMMAS; SPANDIDOS, 2012). Com grande limitação financeira e dificuldades para encontrar trabalho, Papanicolau viu a necessidade de trabalhar como vendedor de tapetes, e para complementar a renda, trabalhou como balconista e tocando violino nos bares e restaurantes da cidade (GONZÁLEZ-MARTÍNEZ, 2005).

Posteriormente, ele foi contratado em tempo integral como pesquisador no Colégio Médico da Universidade de Cornell. Ele foi alocado no recém-criado Departamento de Anatomia, supervisionado pelo Professor Charles Stockard. Foi neste departamento que o Dr. George Papanicolaou explorou seus interesses por 47 anos, até alguns meses antes de falecer (MAMMAS; SPANDIDOS, 2012).

Na década de 1920, enquanto fazia pesquisas sobre amostras de esfregaço vaginal no Hospital da Mulher em Nova York, Papanicolacou identificou a presença de células cancerosas em mulheres com câncer cervical. A partir desse achado, ele teve a ideia de que a análise sistemática das amostras de esfregaço vaginal poderia possibilitar a detecção precoce do câncer cervical (DIAMANTIS; MAGIORKINIS; KOUTSELINI, 2014).

Ele intitulou tal achado como a experiência mais emocionante de sua carreira científica. No ano de 1928, na Terceira Conferência de Melhoramento da Raça em Battle Creek, Dr. George descreveu seus achados e um novo método para detecção precoce do câncer do colo do útero, contudo, seu trabalho foi duramente criticado e intitulado de desnecessário. (MAMMAS; SPANDIDOS, 2012).

Após dez anos, não foi imediatamente percebida a importância prática do esfregaço de Papanicolaou como teste de triagem para o câncer. Foi somente com o incentivo do Dr. Joseph Hinsey, presidente do departamento de anatomia do Cornell Medical College e do professor Henricus Stander, que Papanicolaou dedicou seu tempo ao desenvolvimento do novo diagnóstico de câncer (VILOS, 1998). Em colaboração com Herbert F. Traut, patologista ginecológico da Cornell, foi organizado um ensaio clínico. Os resultados foram encantadores. Em 11 de março de 1941, um relatório histórico intitulado "O valor diagnóstico do esfregaço vaginal no carcinoma do

útero" foi apresentado, o qual posteriormente foi publicado na revista *The American Journal of Obstetrics and Gynecology* em agosto de 1941. Este relatório representou um marco importante no desenvolvimento do diagnóstico de câncer e ressaltou a importância do teste de triagem do esfregaço de Papanicolau (VILOS, 1998).

Papanicolau & Traut (1941), argumentavam que quando os sintomas desconfortáveis apareciam, a doença já estava em um estágio avançado, o que dificultava o diagnóstico precoce. Além disso, muitas vezes dependiam dos sintomas percebidos pelo paciente, tornando difícil identificar a doença em seus estágios iniciais. Infelizmente, quando o paciente finalmente percebia a importância de procurar ajuda médica, era tarde demais para um tratamento mais eficaz.

Em seu estudo científico, Papanicolau & Traut (1941), afirmaram que seu método diagnóstico para detecção precoce do câncer do colo do útero apresentava uma alta taxa de precisão, e que mesmo em estágio iniciais, o método mostrou-se efetivo. Outrossim, afirmou que a simplicidade e o baixo custo do teste poderia fazer com que ele fosse amplamente utilizado, permitindo assim que fases iniciais da doença pudessem ser detectadas mais rapidamente e tratadas.

O Dr. George Papanicolau tinha seu ideal de vida e que ele fazia questão de enfatizar por meio de sua dedicação à ciência. Sua frase "Eu vivo para servir a vida" se destacou como uma característica marcante em sua vida (MAMMAS; SPANDIDOS, 2017b). O exame de Papanicolau é considerado uma das maiores conquistas na triagem e prevenção do câncer, tendo em vista seu impacto histórico. Mesmo tendo sido criado há 6 décadas, ainda é empregado na prática clínica e inspira pesquisas científicas (SMITH *et al.*, 2018).

De fato, tornou-se explícito a grande repercussão dos achados de Papanicolau no âmbito social, acadêmico, economia e na medicina. Nos Estados Unidos, a incidências de câncer do colo uterino caiu 60% entre os anos de 1950 a 1992, evidenciando grande impacto na descoberta de George Papanicolau (SHRESTHA *et al.*, 2018). No entanto, apesar do grande significado da descoberta do exame e dos impactos positivos que ele causa, a neoplasia cervical ainda é a principal causa de óbitos entre mulheres de países subdesenvolvidos (SHRESTHA *et al.*, 2018). 85% dos óbitos mundiais por câncer do colo do útero (CCU) ocorrem nos países

subdesenvolvidos, países de baixa e média renda apresentam uma taxa de mortalidade 18 vezes superior se comparados aos países mais ricos (*SMALL JR et al.*, 2017).

Apesar dos avanços alcançados, o exame de citologia de Papanicolaou apresenta algumas limitações significativas. A alta taxa de resultados falsos negativos é considerada sua principal limitação (FRANCO; HARPER, 2005) Aproximadamente um terço dos casos de falsos negativos são resultado de erros de interpretação das lâminas, enquanto os outros dois terços são atribuídos a problemas na coleta adequada das amostras e preparação das lâminas. É importante ressaltar que os diagnósticos falsos negativos têm implicações médicas, financeiras e legais significativas (FRANCO; HARPER, 2005). Contudo, até o momento, o exame Papanicolaou foi o único que se provou eficaz no rastreamento e na incidência e mortalidade por câncer cervical. É importante salientar que a maioria dos casos de CCU acontecem por falta de triagem e não por erros no diagnóstico citológico (NANDA *et al.*, 2000).

No Brasil, o exame preventivo de câncer de colo de útero constitui-se a principal estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde para detecção precoce do câncer do colo do útero. O citopatológico do colo do útero é realizado em mulheres de vinte e cinco a sessenta e quatro anos que já tiveram relação sexual. É importante ressaltar que homens trans e pessoas não binárias também fazem parte da população de rastreio (INCA, 2022g). A frequência para a realização do Papanicolaou é a cada 3 (três anos), depois de 2 exames consecutivos realizados anualmente forem normais (INCA, 2022g).

Segundo o INCA, no Brasil, o CCU é o terceiro mais ocorrente na população feminina (INCA, 2022h). Para 2023, estima-se que 17.010 novos, portanto, uma incidência de 13,25 casos a cada 100 mil mulheres no Brasil (INCA, 2022h). A doença fica em segundo lugar no ranking de ocorrências da região norte, contabilizando 20,48 incidências por 100 mil mulheres, sendo destaque no país. Dos estados dessa região, o Pará é o campeão de casos de CCU, tendo uma estimativa total de 830 novos casos para 2022 (INCA, 2022h).

#### 4.7 AS BARREIRAS

A realização do exame pelas usuárias ainda é um desafio para o sistema de saúde, e vários fatores influenciam para a não adesão ao exame, entre eles estão, fatores sociais, econômicos, religiosos, matrimoniais, culturais, bem como baixo nível de escolaridade (HOYO *et al.*, 2005). Além disso, de acordo com Hoyo, *et al.*, (2005), há também associação entre a obesidade e a falta de adesão ao exame, mas o motivo ainda é desconhecido. Outrossim, ainda há uma importante deficiência por parte da estratégia de saúde da família (ESF) que influencie a procura pelo exame.

O exorbitante número de diagnósticos e mortalidade do CCU é reflexo da desigualdade social global. Mundialmente, mais de dois milhões de mulheres são diagnosticadas com câncer do colo uterino ou câncer de mama. Com isso, é válido salientar que o local de habitação da mulher é significativo para a determinação de suas chances de desenvolver o câncer cervical, bem como a rapidez com que ela busca o serviço médico (SMALL JR *et al.*, 2017). Quando se trata de câncer cervical, esse padrão é evidentemente notório, uma vez que aproximadamente 85% das mulheres que recebem o diagnóstico e 87% daquelas que perdem suas vidas para essa doença residem em nações subdesenvolvidas (FERLAY *et al.*, 2015).

A dor ao realizar o exame também desempenha um papel significativo na adesão ao rastreamento. Em uma pesquisa, Hoyo *et al.* (2005), conclui que mulheres afro-americanas que sentiram dor no momento do procedimento, eram propensas a não aderirem ao exame. Essa sensação de dor, pode ser induzida por inúmeros aspectos, como a falta de comunicação entre o profissional e a paciente, nesse momento, onde a mulher se expõe, torna-se um instante de tensão, vergonha, medo, e quando a paciente não conhece como e por que é feito o exame, essas sensações tornam – se ainda piores (ROBBERS *et al.*, 2021).

Outro fator que gera a falta de busca pelo exame, é a vergonha e o medo, visto que mesmo após tantas revoluções, condições que se referem à sexualidade feminina ainda é um tabu na sociedade, resultando, assim, no comprometimento do exame e baixo número de coletas (CRUZ; LOUREIRO, 2008). Durante uma pesquisa, identificou-se que alguns fatores contribuem para a dificuldade das mulheres em realizar o exame preventivo: constrangimento, desconforto e vergonha decorrentes da

impessoalidade do procedimento e da exposição de seu corpo e sexualidade. Muitas mulheres se sentem constrangidas ao expor sua intimidade durante um exame médico para que o profissional possa avaliar suas condições de higiene íntima (Dias, *et al.*, 2015).

Outrossim, distância geográfica também é uma problemática que atua diretamente na baixa procura pelo exame, um exemplo são as comunidades ribeirinhas onde a situação para detecção efetiva do câncer do colo do útero é ainda mais desafiadora. As condições desfavoráveis e a escassez quase total de serviços de saúde, juntamente com a distância geográfica e a carência de profissionais, muitas vezes resultam em não cumprimento dos direitos à saúde e à assistência universal (DAMASCENO *et al.*, 2021). Além disso, muitos indivíduos habitam em áreas rurais, longe das zonas de triagem, e não podem viajar para realizar a coleta do exame, ou muitas vezes, fazem a triagem mas não buscam o resultado (BEDELL *et al.*, 2020). É sabido que o Pará é um estado de grandes dimensões territoriais, a partir daí, surgem diversos impasses que impactam diretamente nos serviços de saúde, principalmente para a população que mora mais distante da capital (SILVA *et al.*, 2008). Mulheres que moram em áreas rurais têm 2,6 vezes risco aumentado para o diagnóstico tardio. Mulheres que moram em bairros marginalizados também estão a mercê deste impasse (ALLAHQOLI, *et al.*, 2022).

Outro aspecto que influencia a não adesão ao exame é a subordinação ao marido. Observou-se que aceitação ao exame é diminuída em mulheres casadas ou com união estável, isto é, o incentivo dos companheiros em relação ao exame é de alta relevância, além disso, prover condições para que a mulher faça o exame também é um papel fundamental do marido (GAMARRA, *et al.*, 2005). Portanto, é indispensável que as frentes governamentais ampliem programas voltados para homens, com o objetivo de conscientizá-los a respeito da importância do Papanicolau. Ademais, companheiros fumantes e com baixo nível de escolaridade, impactou, também, na baixa procura pelo exame (ALLAHQOLI, *et al.*, 2022).

A vulnerabilidade socioeconômica é importante causa da falta de busca pela triagem. Para as pacientes em indefensibilidade social, a busca pelo exame Papanicolau ainda é baixa. De igual maneira, a coalizão entre fragilidade socioeconômica e baixo nível de escolaridade, amplifica ainda mais a carência da

procura pelo teste (ACKERSON; GRETEBECK, 2007). Baseado em estudos, a fragilidade socioeconômica e o afazer, podem impactar de forma negativa no diagnóstico precoce (ALLAHQOLI, *et al.*, 2022). A carência financeira, além de aumentar o risco no diagnóstico, causa, inclusive, ao diagnóstico avançado do câncer. Além disso, a probabilidade de câncer em seu estágio mais preocupante, foi de 5,7 vezes, comparado à mulheres que negam qualquer problema financeiro (ALLAHQOLI, *et al.*, 2022).

Outro impasse que torna a triagem pouco procurada é a falta de conhecimento. Uma pesquisa feita com um grupo de mulheres concluiu que é possível que a privação do conhecimento sobre o CCU esteja associado com o diagnóstico tardio da doença (SILVA; FRANCO; MARQUES, 2005). Na Índia, um estudo concluiu que o analfabetismo, foi o feitor exclusivo para riscos de diagnóstico tarde do câncer cervical, em contrapartida, a escolaridade foi uma causa importante para a proteção das mulheres, e quanto mais elevado o nível de ensino, menos propensas a terem o diagnóstico tardio (ALLAHQOLI, *et al.*, 2022). Outro aspecto importante é a falta de compreensão acerca do exame, o qual pode levar a carência da procura pelo mesmo, em um estudo, concluiu – se que a maioria das mulheres desconhecem a real finalidade do exame, em pluralidade, mostrou-se que as pacientes que realizaram a triagem, foi por queixas ginecológicas, enfatizando a falta aprendizado (CHICONELA; CHIDASSICUA, 2017). Salienta-se também que a incidência de não participação do exame foi 2,5 vezes superior entre as mulheres que não tinham conhecimento adequado sobre a avaliação (ANDRADE *et al.*, 2014)

Outro desafio, é incluir o homens trans na triagem, muitas dessas pessoas não aderem ao atendimento pelo profissional de saúde por medo da falta de respeito, muitos deles, tiveram atendimento negado devido a sua orientação sexual e identidade de gênero (MARTINS *et al.*, 2022). A incidência de rastreamento dentro da população transgênero é evidentemente baixa, se comparado à mulher cisgênero. Essa condição pode estar associada ao preconceito instalado dentro da sociedade, gerando angústia e insegurança para a comunidade LGBTQUIA+ (JAMES, 2016). A recepção adequada do paciente nos serviços de saúde é a ocasião perfeita para estabelecer uma postura de aceitação. Porém, dificuldades ou obstáculos presentes nestas situações durante esta fase, impedem que seja feita uma ouvida qualificada das necessidades em saúde da população trans (GRANT *et al.*, 2010).

Com o objetivo de combater o câncer do colo do útero e outras doenças, o Brasil implementou programas abrangentes focados na saúde e no bem-estar feminino, entre eles estão: Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi um importante passo para a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que buscou ampliar e humanizar a saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS), além desses, foi constituído também o Pacto Pela Vida, que objetiva a redução da mortalidade por CCU e de mama (DIAS *et al.*, 2021). Contudo, mesmo diante das ascensões do governo, a taxa de mortalidade no país ainda é alarmante.

No Brasil, as estatísticas de mortalidade por câncer cervical ainda são alarmantes, especialmente na região norte, onde observa-se as maiores proporções do país (INCA, 2022h). Em uma análise, observou-se que entre o período de 2018 a 2020, no país, ocorreram 19.749 óbitos em decorrência da malignidade cervical. Na região norte, essa problemática totalizou em 2.663 mil mortes, portanto, 13,48% de todo o Brasil. O estado do Pará é responsável por 41,75% dos óbitos, ou seja, 1.112 vítimas do CCU (INCA, 2020i). Em Altamira, foram identificados 16 óbitos nesse mesmo período. Dessarte, conclui-se que em 2020, o câncer do colo do útero foi o terceiro tipo de moléstia oncológica que mais gerou óbitos no país (INCA,2020i).

## 5 MATERIAIS E MÉTODOS

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se um estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa e qualitativa sobre as barreiras quanto a realização do exame Papanicolau. Esse método de estudo é ideal para avaliar uma população em um período delimitado, traçando as influências que o estudo se propôs a pesquisar na população alvo, não necessitando de acompanhamento a longa data para observâncias desses fenômenos sobre a realização do PCCU (RAIMUNDO; ECHINBERG; LEONI, 2018).

### 5.2 POPULAÇÃO

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2021, a região Norte do Brasil é composta por cerca de 18,9 milhões de habitantes, o estado do Pará abriga aproximadamente 8,7 milhões desta população. O município de Altamira, localizado na mesorregião Sudoeste do Pará é detentor de uma população estimada em torno de 117 mil habitantes, sendo que desses, 58 mil são do sexo feminino. Na área urbana do município, há a presença de 19 Unidades de Saúde da Família. Segundo o Sistema de Informação de Atenção Básica (SISAB), no ano de 2022 foram coletados 3.966 materiais para exame citopatológico do câncer cervical, ou seja, apenas 6,84% das mulheres realizaram o exame. Dessa forma, esse estudo analisou a população feminina do município de Altamira – PA, que compreendem a faixa etária de 25 a 64 anos e que já tenham vida sexual ativa, conforme as determinações do Ministério da Saúde para a coleta do PCCU.

### 5.3 AMOSTRA

Seguindo o cálculo proposto por Estrela (2018) a amostra estatisticamente significativa foi estimada em um mínimo de 232 mulheres cisgênero dentro da faixa etária de 25 - 64 anos, que estejam sexualmente ativas e que tenham buscado as Unidades Básicas de Saúde que compõem o cenário da pesquisa em busca de informações ou para a realização de exames de PCCU. Para o cálculo do tamanho da amostra por meio das mulheres que submeteram-se ao exame no ano de 2022, considerou-se o intervalo de confiança de 95% e 5% de erro amostral, no qual resultou o mínimo de 232 amostras, e 80/20 no padrão de homogeneidade da amostra. O processo de seleção das unidades de saúde para a amostragem foi conduzido por

meio de um sorteio aleatório, onde 6 Unidades Básicas de Saúde de Altamira foram selecionadas.

#### 5.4 PROCEDIMENTO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Foram realizadas visitas a 6 unidades básicas de saúde do município supracitado objetivando a coleta de dados necessários para a pesquisa. O público-alvo foram mulheres cisgênero na faixa etária de 25 a 64 anos de idade que já tenham experienciado atividade sexual e que sejam habitantes do município de Altamira-PA.

Foram critérios de exclusão, mulheres cisgênero submetidas a histerectomia total e que não tivessem anuência para responder o questionário. De antemão, explicamos sobre o projeto, questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), posteriormente lançamos o convite para a resolução do questionário, é importante salientar que em caso de mulheres que não alfabetizadas, foi disponibilizado ajuda tanto para ler o TCLE quanto para a resolução das questões.

A obtenção de informações só foi iniciada após a assinatura do termo de consentimento para o uso de dados. O questionário aplicado é composto por perguntas objetivas, as quais 14 delas se referem a dados sociodemográficos e 16 sobre o contexto saúde/compreensão, anexo no **apêndice A**. Estes questionários foram elaborados pelos investigadores desta pesquisa e as informações foram inseridas em uma planilha Excel para a análise. Depois que obtivemos as respostas, fizemos uma breve palestra a respeito do tema, bem como as principais dificuldades evidenciadas nas respostas do documento aplicado.

Para a análise estatística foi usado o sistema estatístico BioStart (número de registro), utilizando o teste não paramétrico de qui-quadrado, correlação de spearman e teste de Fischer com o valor de  $p < 0,05$  para amostras significantes. Para o estudo de palavras mais prevalentes, foi usado o programa Insite.

#### 5.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta foi realizada utilizando a aplicação do Questionário posto em anexo. Os dados fornecidos foram tabuados em planilha eletrônica de forma a facilitar a aplicação de testes estatísticos que avaliaram, se as ocorrências relatadas compõem

ou não um padrão que possibilite a extrapolação dos resultados para a população alvo da pesquisa.

## 5.6 RISCOS E BENEFÍCIOS

Os pesquisadores responsáveis comprometeram-se a tomar medidas para que não ocorra quebra do sigilo de informações (privacidade e anonimato dos participantes), restringindo a manipulação dos dados apenas aos pesquisadores responsáveis, e garantindo a publicação dos resultados sem haver a revelação dos dados dos participantes.

Após traçar os principais desafios para a realização do pccu, esta pesquisa visa buscar ações resolutivas para tal problemática, procurando estratégias que ampliem a adesão ao exame.

## 5.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

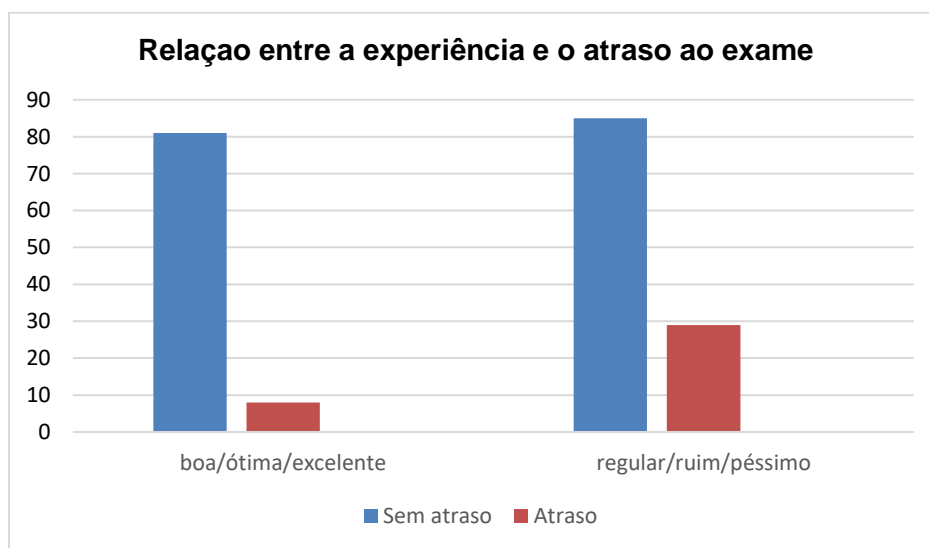
Esse projeto obedece as diretrizes da declaração Helsink e as normas do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, CNS 510/2016 e 466/2012. A realização da pesquisa só teve início após a assinatura do Termo de Consentimento de Uso de Dados. Outrossim, essa iniciativa faz parte de um projeto maior intitulado Rastreamento do Câncer de Colo de Útero em Comunidades Ribeirinhas da Região Transamazônica e Xingu, aprovado no comitê de ética, CAAE: 09228819.6.0000.0018, parecer número 3.329.903, tendo como pesquisadora Helane Conceição Damasceno.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo analisou 236 mulheres, todas concordaram em participar desta pesquisa. Dessas, 53% (127) afirmaram ter conhecimento apurado acerca do propósito do exame preventivo do câncer do colo uterino (pccu). Além disso, 58,4% (138) relataram ter se submetido ao exame nos três últimos anos anteriores à entrevista. É importante ressaltar que a grande maioria, ou seja, 99,1% (234) mulheres, abrangendo indivíduos do campo da saúde, equivoquem – se quanto à frequência em que o exame é realizado mediante resultado normal.

Nesta pesquisa a adesão ao exame foi de 87.7% (207), dessas, 55% (114) tiveram uma experiência classificada como regular, ruim ou péssima. Dentre essas pessoas, 14% (29) estavam com o exame atrasado, assim como mostra o Gráfico 1.

**Gráfico 1 – Experiência versus atraso para a realização do exame preventivo do câncer do colo útero**



**Fonte: Autoria Própria**

Na direção esperada, o atraso relacionado ao pccu está fortemente associado às experiências negativas, comprovando que falhas por parte do sistema ainda afastam as mulheres da triagem (Valor –  $P= 0,0013$ ) e ( $OR= 1.3$ ;  $IC95\%: 0,26 - 0,0024$ ).

Nas Tabela 1 e 2 estão apresentadas as distribuições e os valores de P referentes às associações entre possíveis fatores que influenciam a não adesão ao exame citológico.

**Tabela 1.** Análise de associação entre as variáveis epidemiológicas e a adesão ao exame

VARIÁVEIS	ADERENTES		NÃO		VALOR P	OR
	N	%	N	%		
<b>IDADE</b>						
25 - 30 anos	39	16,5	12	5	0,66**	OR=0,96 (IC95%: 0,4-2,3)
31 - 41 anos	47	19,9	14	5,9		
41 - 64 anos	112	47,4	3	1,2		
<b>ETNIA</b>						
Branco	25	10,5	2	0,8	0,32**	OR=1,8 (IC95%: 0,41-8,27)
Outras etnias	182	77,1	27	11,4		
<b>ESCOLARIDADE</b>						
Sem escolaridade	9	3,8	2	0,8	0,39**	OR=0,61 (IC95%:0,12-2,99)
Com escolaridade	198	83,8	27	11,4		
<b>RENDA</b>						
1 salário mínimo	67	28,3	8	3,3	0,74***	OR=0,66 (IC95%:0,2-2,1)
>1 salário mínimo	63	26,6	5	2,1		
<1 salário mínimo	34	14,4	8	3,3		
Não tenho renda	42	17,7	8	3,3		
<b>DISTÂNCIA</b>						
Longe/muito longe	92	38,9	11	4,6	0,50*	OR=1,3 (IC95%:0,58-2,9)
Perto/muito perto	115	48,7	18	7,6		

Fonte: Autoria Própria

Legenda: \*Teste Qui-quadrado; \*\*Exato de Fisher; \*\*\*Correlação de Spearman

**Tabela 2.** Análise de associação entre as variáveis de saúde feminina e a adesão ao exame

VARIÁVEIS	ADERENTES		NÃO		VALOR P	OR
	N	%	N	%		
<b>PARCEIRO FIXO</b>						
Sim	153	64,8	17	7,2	0,08*	OR=2 (IC95%:0,89- 4,45)
Não	54	22,8	12	5		
<b>TOTAL DE PARCEIROS</b>						
1 a 4/	116	49,1	16	6,7	0,92*	OR=1,03 (IC95%:0,47- 2,26)
Mais de 5	91	38,5	13	5,5		
<b>USO DE PRESERVATIVO</b>						
Nunca	59	25	5	2,1	0,20*	OR=1,9 (IC95%:0,69- 5,25)
Esporadicamente	148	55	24	10,1		
<b>ALCOOL/CIGARRO</b>						
Sim	13	5,5	2	0,8	0,65**	OR=1,04 (IC95%:0,21- 5)
Não	118		19			
<b>CONHECIMENTO SOBRE O EXAME</b>						
Sim	121	57,2	6	2,5	<b>0,0001*</b>	OR=5,3 (IC95%:2,1- 13)
Não	86	36,4	23	9,7		

Fonte: Autoria Própria

Legenda: \*Teste Qui-quadrado; \*\*Exato de Fisher; \*\*\*Correlação de Spearman.

As Características socioeconômicas são elementos comuns que podem influenciar na participação das mulheres no exame preventivo do câncer do colo uterino. Faixa etária, grau de instrução, condições financeiras são frequentemente associados à regularidade da detecção do câncer cervical (JENNINGS-DOZIER; LAWRENCE, 2000).

Contudo, apesar das expectativas criadas, não houve significância entre a não adesão ao exame citopatológico do colo uterino e características sociodemográficas e econômicas, abrangendo idade (valor  $-p= 0,66$ ); etnia (valor  $- p= 0,32$ ), escolaridade (valor  $- p= 0,39$ ); renda (valor  $- p= 0,74$ ); distância (valor  $- p= 0,50$ ); parceiro fixo (valor  $- p= 0,08$ ); total de parceiros (valor  $- p= 0,92$ ); o uso de preservativo (valor  $- p= 0,20$ ) e o consumo de álcool ou cigarro (valor  $- p= 0,65$ ). Contudo, Assim como nas referências supracitados, a não adesão ao Papanicolau foi significativamente associado a falta de conhecimento acerca do exame (valor de  $p=0,0001$ ).

O conhecimento é um fator determinante para a adesão ao pccu. Indivíduos que possuem vasto conhecimento em relação ao exame, tendem a acolherem favoravelmente a realização do procedimento, ao contrário das pessoas desprovidas de conhecimento (NWABICHIE; MANAF; ISMAIL, 2018). Em um estudo, foi constatado que um grupo de indivíduos que possuíam entendimento acerca do monitoramento do câncer do colo uterino tiveram 2,21 vezes maior probabilidade de adesão ao exame comparado aos que tinham conhecimento limitado acerca do exame citopatológico (NANDAR; CHOMPIKUL; LAOSEE, 2015).

Outrossim, muitas mulheres justificam a ausência a adesão ao exame devido a inexistência de sintomatologia ginecológica, evidenciando um comportamento típico de nações subdesenvolvidas e emergentes, onde elementos como condições sociais e econômicas, convencionado à falta de informação adequada, podem contribuir para a crença da população de que só é preciso buscar ajuda médica se houver manifestação de sintomas (BRENNAN et al., 2001).

Nesta análise, não houve significância entre a experiência negativa e a etnia ( $P=0,77$ ); ( $OR=1.45$  ( $IC95\%:0,62 - 3,36$ ), indo em direção contrária ao que os estudos mostram. Contudo, esse achado ainda deve ser tratado com cautela, levando em conta que estudos mostram que, no Brasil, as mulheres negras são menos submetidas ao exame citopatológico, e as regiões norte e nordeste apresentam menor taxa de adesão ao exame (SCHÄFER et al., 2021).

Embora o exame citológico seja simples e rápido, muitas mulheres ainda vivenciam experiências traumáticas durante sua realização, e, infelizmente, um conjunto de fatores influenciam para que essas experiências negativas, como dor, falta de profissionalismo, vergonha, constrangimento, falta de comunicação durante o exame e ausência de profissionais capacitados, se tornem ainda mais acentuadas (BARBEIRO et al., 2009).

Utilizou-se um programa contador de palavras, o Insite, e ao fazer a análise das respostas subjetivas de mulheres que já se submeteram ao exame, foram identificadas as seguintes ideias centrais: sentimento de vergonha e constrangimento; falta de comunicação; falta de profissionais capacitados; e dor, conforme mostra a Figura 1.

**FIGURA 1:** palavras mais frequentes na pesquisa.

Palavras mais frequentes (ordenado por frequência):				
Pos.	Palavra	Porcentagem	Ocorrências	N.de Documentos onde ocorre
1	exame	4.80072 %	53	1
2	que	3.71376 %	41	1
3	gente	2.89855 %	32	1
4	dor	2.71739 %	30	1
5	mais	2.53623 %	28	1
6	com	1.81159 %	20	1
7	não	1.81159 %	20	1
8	para	1.81159 %	20	1
9	falta	1.63043 %	18	1
10	constrangedor	1.53985 %	17	1
11	muita	1.53985 %	17	1
12	por	1.53985 %	17	1
13	vergonha	1.53985 %	17	1
14	pois	1.44927 %	16	1
15	profissionais	1.44927 %	16	1
16	vezes	1.44927 %	16	1
17	fazer	1.35869 %	15	1
18	comunicação	1.26811 %	14	1
19	tem	1.26811 %	14	1
20	muitas	1.17753 %	13	1
21	menos	1.08695 %	12	1
22	capacitados	0.90579 %	10	1
23	ser	0.90579 %	10	1
24	esse	0.81521 %	9	1
25	mulheres	0.72463 %	8	1
26	precisa	0.72463 %	8	1
27	medo	0.63405 %	7	1
28	nos	0.63405 %	7	1
29	faço	0.54347 %	6	1
30	mas	0.54347 %	6	1
31	muito	0.54347 %	6	1
32	muitos	0.54347 %	6	1

Fonte: autoria própria.

. As declarações a seguir exibem opiniões acerca do que deve ser feito para tornar o exame melhor, e para a análise do discurso das mulheres entrevistadas agrupou-se em 4 classes de palavras mais prevalentes: vergonha, constrangimento, falta de comunicação durante o exame, dor e falta de profissionais capacitados.

### **Vergonha e constrangimento**

Constrangimento e vergonha são vivências que causam impacto negativo na realização do pccu, podendo resultar em baixa adesão ao serviço de saúde. Esse fator pode se tornar ainda mais agravante quando os profissionais ignoram o compartilhamento das informações acerca do exame (BRASIL, 2007). A fala a seguir é reflexo dos sentimentos de grande parte das mulheres entrevistadas:

- “É muito constrangedor, talvez por causa da vergonha de ficar naquela posição pra fazer o exame e de ficar várias pessoas dentro da sala, as vezes o profissional nem fala com a gente direito, mais entendo que é necessário fazer o exame”.

A exigência da posição ginecológica durante o exame resulta, em muitas mulheres, em um momento de vergonha e constrangimento. Corroborando com os estudos supracitados, a vergonha também foi um sentimento mencionado pelas mulheres como obstáculo para a adesão ao exame (FERREIRA, 2009). Esse sentimento pode ser agravado pela quantidade de pessoas dentro do consultório, além da falta de comunicação. É importante salientar que as unidades básicas de saúde de Altamira é cenário de prática de instituições de ensino superior, assim, na maioria das vezes, consultas e procedimentos são marcados pela presença de acadêmicos dentro da sala.

### **Comunicação durante o exame**

O processo de comunicação é visto como a base da relação entre o profissional e a paciente, e vai muito além de uma troca de ideias, é uma forma de assegurar e possibilitar que as pessoas permaneçam conectadas umas às outras ao compartilharem vivências, opiniões e sentimentos. Assim, a conversa é uma ferramenta preciosa, amenizando os sentimentos negativos em relação ao exame, incluindo a dor, outrossim, o profissional ainda tem maiores possibilidades de coletar informações acerca do usuário (BRASIL, 2007).

O discurso a seguir demonstra o impacto da falta de conversa entre o profissional e a paciente:

-“Mais comunicação pois muitas mulheres se sentem inseguras e até mesmo incomodadas quando o exame é realizado por enfermeiros, muitas mulheres fazem o exame sem saber por qual motivo está fazendo”

É evidente, na exposição da participante, o valor da comunicação durante o procedimento de coleta, tal atitude causa impacto significativo na realização do exame, pois pode diminuir a apreensão e o estresse da paciente, deixando-a mais calma e facilitando a coleta do exame citopatológico (OLIVEIRA et al., 2010).

### **Sensação de dor**

-“Faz muito tempo que eu não faço esse exame, porque da última vez que fiz eu senti muita dor passei muitos dias com dor na pente e sangramento fiquei traumatizada e com medo de terem me machucado e ser grave. Tem profissional que é muito bruto na hora de fazer o exame, passei o exame todo sentindo dor e depois ainda fiquei com dor em casa”. Essa fala é retrato da realidade de dezenas de mulheres entrevistadas durante esta pesquisa, concretizando o achado exposto neste trabalho, em que experiências negativas ao fazer o exame, faz com que muitas mulheres deixem de realiza-lo.

Ademais, a apreensão da paciente no momento do exame, pode resultar em maior tensão muscular e dificultar a introdução do espéculo, outrossim, fatores como idade, onde mulheres mais velhas sofrem com a redução do estrogênio que leva ao ressecamento vaginal, e a forma como espéculo é introduzido, influenciam diretamente na sensação de dor. Além disso, é necessário que o profissional seja capacitado e tenha habilidades para executar o exame com a técnica adequada para que não haja trauma mecânico e psicológico na paciente (ANDRADE et al., 2013).

Apesar das instruções prévias, esse desconforto mencionado só poderia ser aliviado por meio da criação de vínculo, que é obtido através da comunicação, entre o profissional e a paciente. Com isso, poderia haver um provável aumento das adesões e queda no número de atrasos, conseqüentemente, o diagnóstico precoce do câncer do colo uterino (ANDRADE et al., 2013).

### **Profissionais capacitados**

“Falta mais atenção e profissionalismo por parte de quem faz o exame na gente, uma vez eu fui fazer e a mulher abriu a porta para falar com outra pessoa la fora

enquanto eu tava naquela posição, fiquei com vergonha e muito tensa, ainda senti dor, e eu nunca tinha sentido dor nesse exame, parece que ela não sabia o que tava fazendo, na hora de tirar aquele negócio (espéculo) parece que me beliscou por dentro”.

Diante desta fala, é perceptível que a falta de profissionalismo, capacitação, empatia e sensibilidade ainda é uma problemática enfrentada pelas usuárias do sistema de saúde, gerando medo, ansiedade e estresse, corroborando para o atraso ou não adesão ao exame. Adicionalmente, a carência de privacidade também é um fator negativo, a exposição desnecessária à paciente contribui para um maior constrangimento e desconforto (AMARAL et al., 2014).

É de fundamental importância que experiências negativas não devam se tornar comuns ou serem normalizadas. Os profissionais da área da saúde precisam ser capacitados para lidar com o público e executar tarefas como essas, a empatia e sensibilidade precisam fazer parte do cotidiano dos profissionais, tornando a experiência do exame positiva, e assim, aumentando a adesão e diminuindo os casos de diagnóstico tardio de câncer do colo uterino (AMARAL et al., 2014).

## 8. CONCLUSÃO

A prevenção do câncer do colo do útero através do Papanicolau ainda é um desafio para a saúde pública. O tratamento das alterações pré-cancerosas é eficaz e pode evitar o desenvolvimento da malignidade. Observou-se que o conhecimento foi o fator precipitante para a não adesão ao exame citopatológico, indo em direção aos estudos supracitados, com isso, é claro que o conhecimento sobre a importância de monitorar a saúde é diretamente proporcional às buscas pelo exame. Em relação ao atraso em realizar o exame, o principal fator para esta ocorrência foi experiências ruins ao realizar o procedimento.

Embora este estudo tenha disponibilizado informações importantes acerca dos elementos que impulsionam e afetam o PCCU, é necessário pesquisas complementares para identificar outros determinantes, bem como explorar as influências mencionadas neste estudo e ampliar a amostra. Isso resultará em maior estímulo para o desenvolvimento de intervenções específicas adaptadas às necessidades das pacientes, ampliando assim, as práticas de prevenção e reduzindo os índices de incidência e mortalidade que estão associados ao câncer cervical.

Os resultados desta pesquisa são o reflexo para os benefícios, tendo em vista que através deste estudo, compreendeu-se as causas de baixa procura pelo exame colpocitológico, assim, buscaremos estratégias resolutivas para a problemática. Nosso primeiro plano é se reunir com a secretaria de saúde e levantar as problemáticas apontadas nesta análise, e com isso, traçar ações de combate a estes impasses, como palestras e capacitação da equipe que atua nas unidades básicas de saúde do município estudado.

## REFERÊNCIAS

- ACKERSON, K.; GRETEBECK, K. Factors influencing cancer screening practices of underserved women. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 19, n. 11, p. 591–601, 2007.
- AHMED, H. G. *et al.* Prevalence of Human Papillomavirus subtypes 16 and 18 among Yemeni Patients with Cervical Cancer. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention : APJCP**, v. 18, n. 6, p. 1543–1548, 2017.
- ALLAHQOLI, L. *et al.* Diagnóstico tardio do câncer do colo do útero: uma revisão sistemática. **Revisão Europeia de Ciências Médicas e Farmacológicas**. 2022; 26: 8467-8480
- AMARAL, A. F. *et al.* Impacto da capacitação dos profissionais de saúde sobre o rastreamento do câncer do colo do útero em unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, p. 182–187, abr. 2014.
- ANDRADE, M. S. *et al.* Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, p. 111–120, mar. 2014.
- ANDRADE, S. S. DA C. *et al.* Compreensão de usuárias de uma Unidade de Saúde da Família sobre o exame Papanicolaou. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2301–2310, ago. 2013.
- BARBEIRO, F. M. DOS S. *et al.* Conhecimentos E Práticas Das Mulheres Acerca Do Exame Papanicolau E Prevenção Do Câncer Cérvico-Uterino. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 1, n. 2, 17 dez. 2009.
- BAKER, M. L. *et al.* Paving pathways: Brazil's implementation of a national human papillomavirus immunization campaign. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 38, p. 163–166, ago. 2015.

BEDELL, S. L. *et al.* Cervical Cancer Screening: Past, Present, and Future. **Sexual Medicine Reviews**, v. 8, n. 1, p. 28–37, 1 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília, Ministério da Saúde, 2021a.

\_\_\_\_\_, Instituto Brasileiro De Geografia E Estatísticas (IBGE). **Cidades e Estados**.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Ministérios da Saúde Lança Estratégia Nacional para Prevenção e Eliminação do Câncer do Colo do Útero**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. SISAB: Sistema de Informações sobre a Atenção Básica. **Relatório De Indicadores De Acesso E Utilização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Vacina HPV Quadrivalente é Ampliada para Homens de até 45 Anos com Imunossupressão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **HPV**. Brasília: Ministério da Saúde, s.d

BRENNA, S. M. F. *et al.* Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 909–914, ago. 2001.

BODA, D. *et al.* Human papilloma virus: Apprehending the link with carcinogenesis and unveiling new research avenues (Review). **International Journal of Oncology**, v. 52, n. 3, p. 637–655, 1 mar. 2018.

BOSCH, F. X. *et al.* The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. **Journal of Clinical Pathology**, v. 55, n. 4, p. 244–265, 1 abr. 2002.

BURD, E. M. Human Papillomavirus and Cervical Cancer. **Clinical Microbiology Reviews**, v. 16, n. 1, p. 1–17, jan. 2003.

CASTLE, P. E. *et al.* A Prospective Study of Age Trends in Cervical Human Papillomavirus Acquisition and Persistence in Guanacaste, Costa Rica. **The Journal of Infectious Diseases**, v. 191, n. 11, p. 1808–1816, 1 jun. 2005.

CHICONELA, F. V.; CHIDASSICUA, J. B. Conhecimentos e atitudes das mulheres em relação ao exame preventivo do câncer do colo uterino. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, p. a23–a23, 9 jun. 2017.

CRUZ, L. M. B. DA; LOUREIRO, R. P. Communication in the prevention of cervix uteri cancer: the importance of historical cultural influences and of feminine sexuality in the adhesion to campaigns. **Saúde e Sociedade**, v. 17, p. 120–131, jun. 2008.

CUSCHIERI, K. *et al.* HPV testing in the context of post-treatment follow up (test of cure). **Journal of Clinical Virology**, Recent Advances in Molecular Detection of Human Papillomavirus and Cervical Cancer Screening. v. 76, p. S56–S61, 1 mar. 2016.

DAMASCENO, H. C. *et al.* Caracterização da situação socioeconômica e identificação de fatores de risco para câncer cervical em comunidades ribeirinhas da Região Xingu – Pará. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. e51810515255–e51810515255, 15 maio 2021.

DE SANJOSE, S. *et al.* Human papillomavirus vaccine disease impact beyond expectations. **Current Opinion in Virology**, Viruses and cancer. v. 39, p. 16–22, 1 dez. 2019.

DIAMANTIS, A.; MAGIORKINIS, E.; KOUTSELINI, H. 50 years after the death of George Nicholas Papanicolaou (1883-1962): evaluation of his scientific work. **Acta medico-historica adriatica: AMHA**, v. 12, n. 1, p. 181–188, 2014.

DIAS, E. G. *et al.* CONHECIMENTO E SENTIMENTOS DE MULHERES ACERCA DO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO. **Saúde em Redes**, v. 7, n. 3, p. 335–346, 21 dez. 2021.

DIAS, E. *et al.* Avaliação Do Conhecimento Em Relação À Prevenção Do Câncer Do Colo Uterino Entre Mulheres De Uma Unidade De Saúde. **Rev Epidemiol Control Infect.** 2015;5(3):136-140.

DOORBAR, J. *et al.* Human papillomavirus molecular biology and disease association. **Reviews in Medical Virology**, v. 25, n. S1, p. 2–23, 2015.

DOMINGUES, C. M. A. S. *et al.* 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00222919, 26 out. 2020.

DROLET, M. *et al.* Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v. 394, n. 10197, p. 497–509, 10 ago. 2019.

ELASBALI, A. M. *et al.* Cervical and Oral Screening for HR-HPV types 16 and 18 among Sudanese Women Cervical Lesions. **Infectious Agents and Cancer**, v. 7, p. 17, 31 jul. 2012.

ER GÜNERI, S.; ŞEN, S. Women's experiences after abnormal Pap smear results: a qualitative study. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 41, n. 1, p. 22–29, 2 jan. 2020.

ESTRELA, C. **Metodologia Científica: Ciência, Ensino, Pesquisa**. 3ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2018. ISBN: 8536702745.

FERLAY, J. *et al.* Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International Journal of Cancer**, v. 136, n. 5, p. E359–E386, 2015.

FERREIRA, M. DE L. DA S. M. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Escola Anna Nery**, v. 13, p. 378–384, jun. 2009.

FERREIRA, M. DE C. M. *et al.* Detecção precoce e prevenção do câncer do colo do útero: conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da ESF. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 2291–2302, 27 maio 2022.

FONTHAM, E. T. H. *et al.* Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 70, n. 5, p. 321–346, 2020.

FRANCO, E. L.; HARPER, D. M. Vaccination against human papillomavirus infection: a new paradigm in cervical cancer control. **Vaccine**, *Vaccines and Immunisation*. Based on the Fourth World Congress on Vaccines and Immunisation. v. 23, n. 17, p. 2388–2394, 18 mar. 2005.

GONZÁLEZ-MARTÍNEZ, G. George N. Papanicolaou (1883-1962). Maestro, Pionero y Sabio. **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**, v. 65, n. 1, p. 35–38, mar. 2005.

GRANT, J. *et al.* National transgender discrimination survey report on health and health care. 2010.

GUTIÉRREZ, C.; ALARCÓN, E. Nivel de pobreza asociado al estadio de gravedad del cáncer ginecológico. **Anales de la Facultad de Medicina**, v. 69, n. 4, p. 239–243, dez. 2008.

GAMARRA, C. *et al.* Conhecimentos, atitudes e prática do exame

de Papanicolau entre mulheres argentinas. **Rev Saúde Pública** 2005;39(2):270-6.

HOYO, C. *et al.* Pain predicts non-adherence to pap smear screening among middle-aged African American women. **Preventive Medicine**, v. 41, n. 2, p. 439–445, 1 ago. 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Atlas de Mortalidade**. Rio de Janeiro: INCA 2022i.

\_\_\_\_\_, **Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2022a.

\_\_\_\_\_, **Conceito e Magnitude**. Rio de Janeiro: INCA, 2022e.

\_\_\_\_\_, **Dados E Números Sobre Câncer Do Colo Do Útero – Relatório Anual 2022**. Rio de Janeiro: INCA, 2022b.

\_\_\_\_\_, **Detecção Precoce**. Rio de Janeiro: INCA 2022g.

\_\_\_\_\_, **Fatores de Risco**. Rio de Janeiro: INCA 2022f.

\_\_\_\_\_, **Incidência**. Rio de Janeiro: INCA 2022h.

\_\_\_\_\_, **O que é Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2022c.

JAMES, S. E.; HERMAN, J. L.; R., Susan. The Report of the 2105 U.S. Transgender Survey. Washington, DC: **National Center for Transgender Equality**. 2016.

JENNINGS-DOZIER, K.; LAWRENCE, D. Sociodemographic Predictors of Adherence to Annual Cervical Cancer Screening in Minority Women: **Cancer Nursing**, v. 23, n. 5, p. 350–356, out. 2000.

KROUPIS, C.; VOURLIDIS, N. Human papilloma virus (HPV) molecular diagnostics. **Clinical Chemistry and Laboratory Medicine**, v. 49, n. 11, p. 1783–1799, 1 nov. 2011.

LETO, M. DAS G. P. *et al.* Infecção pelo papilomavírus humano: etiopatogenia, biologia molecular e manifestações clínicas. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, p. 306–317, abr. 2011.

MAJEWSKI, S.; JABLONSKA, S. Human papillomavirus-associated tumors of the skin and mucosa. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 36, n. 5, p. 659–685, 1 maio 1997.

MAMMAS, I. N.; SPANDIDOS, D. A. Paediatric Virology as a new educational initiative: An interview with Nobelist Professor of Virology Harald zur Hausen. **Experimental and Therapeutic Medicine**, v. 14, n. 4, p. 3329–3331, 1 out. 2017a.

MAMMAS, I. N.; SPANDIDOS, D. A. George N. Papanicolaou (1883-1962), an exceptional human, scientist and academic teacher: An interview with Dr Neda Voutsaperdiki. **Experimental and Therapeutic Medicine**, v. 14, n. 4, p. 3346–3349, 1 out. 2017b.

MAMMAS, I.N.; SPANDIDOS, D.A. George N. Papanicolau (1883-1962): Fifty years after the death of a great doctor, scientist and humanitarian. **Journal of BUON** 17, 180-184, 2012.

MARTINS, M. R. *et al.* DESAFIOS DO HOMEM TRANS NA CONSULTA GINECOLÓGICA. **Anais Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar (ISSN-2527-2500) & Congresso Nacional de Pesquisa Multidisciplinar**, 30 jun. 2022.

MARTINS, T. R. *et al.* HPV genotype distribution in Brazilian women with and without cervical lesions: correlation to cytological data. **Virology Journal**, v. 13, p. 138, 12 ago. 2016.

MOURA, L. DE L.; CODEÇO, C. T.; LUZ, P. M. Cobertura da vacina papilomavírus humano (HPV) no Brasil: heterogeneidade espacial e entre coortes etárias. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. e210001, 18 dez. 2020.

NANDAR, C. S.; CHOMPIKUL, J.; LAOSEE, O. Determinants of cervical cancer screening among migrants in northern district of Yangon, Myanmar. **Journal of Public Health and Development**, v. 13, n. 2, p. 3–17, 8 out. 2015.

NANDA, K. et al. Accuracy of the Papanicolaou Test in Screening for and Follow-up of Cervical Cytologic Abnormalities. **Annals of Internal Medicine**, 15 ago. 2000.

NTRGS - Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul. **Quais as diferenças entre NIC I, NIC II E NIC III**. 6 de julho de 2010. ID: sofs-4616

NWABICHIE, C. C.; MANAF, R. A.; ISMAIL, S. B. Factors Affecting Uptake of Cervical Cancer Screening Among African Women in Klang Valley, Malaysia. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 19, n. 3, mar. 2018.

OLIVEIRA, I. et al. Ações das equipes de saúde da família na prevenção e controle do câncer de colo de útero. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, 23 set. 2010.

PAPANICOLAU, G. N.; T.; Herbert F. The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. V 42, n. 2, ago. 1941.

RAIMUNDO, Juliana Zangirolami; ECHEIMBERG, Jorge de Oliveira; LEONE, Claudio. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **Research methodology topics: Cross-sectional studies. 28(3):356-360**. Brasil, 2018.

[http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v28n3/pt\\_17.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v28n3/pt_17.pdf). Acesso em: 15 set. 2023.

RAWLS, W. E. et al. Herpesvirus Type 2: Association with Carcinoma of the Cervix. **Science**, v. 161, n. 3847, p. 1255–1256, 20 set. 1968.

RINTALA, M. A. M. et al. High-Risk Types of Human Papillomavirus (HPV) DNA in Oral and Genital Mucosa of Infants during Their First 3 Years of Life: Experience from the Finnish HPV Family Study. **Clinical Infectious Diseases**, v. 41, n. 12, p. 1728–1733, 15 dez. 2005.

ROBBERS, G. M. L. *et al.* Facilitators and barriers for the delivery and uptake of cervical cancer screening in Indonesia: a scoping review. **Global Health Action**, v. 14, n. 1, p. 1979280, 1 jan. 2021.

ROCON, P. C. *et al.* ACESSO À SAÚDE PELA POPULAÇÃO TRANS NO BRASIL: NAS ENTRELINHAS DA REVISÃO INTEGRATIVA. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, p. e0023469, 11 nov. 2019.

ROY, P. S.; SAIKIA, B. J. Cancer and cure: A critical analysis. **Indian Journal of Cancer**, v. 53, n. 3, p. 441, set. 2016.

SABEENA, S. *et al.* Possible non-sexual modes of transmission of human papilloma virus. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 43, n. 3, p. 429–435, 2017.

SANTAMARÍA-ULLOA, C. *et al.* Inequalities in the early detection of cervical cancer: a reality in the Costa Rica. **Población y Salud en Mesoamérica**, v. 19, n. 2, p. 598–618, jun. 2022.

SCHÄFER, A. A. *et al.* Desigualdades regionais e sociais na realização de mamografia e exame citopatológico nas capitais brasileiras em 2019: estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, p. e2021172, 19 nov. 2021.

SENGA, S. S.; GROSE, R. P. Hallmarks of cancer—the new testament. **Open Biology**, v. 11, n. 1, p. 200358, [s.d.].

SHRESTHA, A. D. *et al.* Cervical Cancer Prevalence, Incidence and Mortality in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention : APJCP**, v. 19, n. 2, p. 319–324, 2018.

SICHERO, L.; PICCONI, M. A.; VILLA, L. L. The contribution of Latin American research to HPV epidemiology and natural history knowledge. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 53, p. e9560, 31 jan. 2020.

SILVA, N. C. B. DA; FRANCO, M. A. P.; MARQUES, S. L. Conhecimento de mulheres sobre câncer de mama e de colo do útero. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 15, p. 409–416, dez. 2005.

SILVA, S. É. D. DA *et al.* Representações sociais de mulheres amazônidas sobre o exame papanicolau: implicações para a saúde da mulher. **Escola Anna Nery**, v. 12, p. 685–692, dez. 2008.

SMALL, J. R. W. *et al.* Cervical cancer: A global health crisis. **Cancer**, v. 123, n. 13, p. 2404–2412, 2017.

SMITH, E. R. *et al.* New Biological Research and Understanding of Papanicolaou's Test. **Diagnostic cytopathology**, v. 46, n. 6, p. 507–515, jun. 2018.

SOUZA, G. R. M. DE *et al.* Perfil do rastreamento do câncer do colo do útero em Campo Grande, Mato Grosso do Sul: um estudo avaliativo do período 2006-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, p. e20211179, 29 ago. 2022.

SUDHAKAR, A. History of Cancer, Ancient and Modern Treatment Methods. **Journal of Cancer Science & Therapy**, v. 1, n. 2, p. 1–4, 1 dez. 2009.

TEKALEGN, Y. *et al.* High parity is associated with increased risk of cervical cancer: Systematic review and meta-analysis of case–control studies. **Women's Health**, v. 18, p. 17455065221075904, 4 fev. 2022.

TORRE, L. A. *et al.* Global Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends--An Update. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the**

TORRE, L. A. *et al.* Global Cancer in Women: Burden and Trends. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology**, v. 26, n. 4, p. 444–457, abr. 2017.

VERA-IGLESIAS, E. *et al.* [Focal epithelial hyperplasia]. **Actas Dermo-Sifiliograficas**, v. 98, n. 9, p. 621–623, nov. 2007.

VILOS, G. A. The history of the papanicolaou smear and the Odyssey of George and Andromache Papanicolaou. **Obstetrics & Gynecology**, v. 91, n. 3, p. 479–483, 1 mar. 1998.

ZUR HAUSEN, H. Papillomaviruses in the causation of human cancers — a brief historical account. **Virology**, Small Viruses, Big Discoveries: The Interwoven Story of the Small DNA Tumor Viruses. v. 384, n. 2, p. 260–265, 20 fev. 2009.

**APÊNDICE A**

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

NÚMERO DO FORMULÁRIO: \_\_\_\_\_

DATA DE PREENCHIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA DE PLANILHAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Questionário Sociodemográfico****1. IDADE:** \_\_\_\_\_**2. ETNIA:**

- a) Preto    b) Pardo    c) Branco    d) Amarelo    e) Indígena

**3. ESTADO CIVIL:**

- a) Solteira/divorciada    b) Casada/união estável    c) Viúva    d) Namoro

**4. ESCOLARIDADE:**

- a) Sem escolaridade
- 
- b) Ensino fundamental incompleto
- 
- c) Ensino fundamental completo
- 
- d) Ensino médio incompleto
- 
- e) Ensino médio completo
- 
- f) Ensino superior incompleto
- 
- g) Ensino superior completo

**5. PROFISSÃO:** \_\_\_\_\_**6. QUAL A SUA ORIENTAÇÃO SEXUAL?**

- a) Heterossexual    b) Não sou heterossexual    c) Assexuado

**7. QUAL A SUA RENDA?**

- a) Não tenho renda
- 
- b) 1 salário mínimo
- 
- c) Menos de um salário mínimo
- 
- d) Mais de um salário mínimo

- e) 2 a 4 salários mínimos
- f) Mais de 4 salários mínimos

**8. QUANTAS PESSOAS MORAM COM VOCÊ?**

- a) Nenhuma
- b) 1 a 2
- c) 3 a 4
- d) Mais de 5 pessoas

**9. NA SUA CASA, QUANTAS PESSOAS POSSUEM RENDA?**

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) 4 ou mais

**10. QUAL A RENDA TOTAL DA SUA FAMÍLIA?**

- a) Minha família não possui renda
- b) Menos de um salário mínimo
- c) Um salário mínimo
- d) Mais de um salário mínimo
- e) Mais de 4 salários mínimo

**11. VOCÊ MORA EM ZONA RURAL OU URBANA?**

- a) Zona urbana
- b) Zona rural

**13. VOCÊ MORA LONGE OU PERTO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE?**

- a) Muito perto
- b) Perto
- c) Muito longe
- d) Longe

**12. QUANTAS GESTAÇÕES VOCÊ JÁ TEVE?**

- a) Nenhuma
- b) 1 a 2
- c) 3 a 4
- d) 5 a 6
- e) 7 a 8
- f) 9 a 10
- g) Mais de 11

**13. VOCÊ TEM FILHOS? QUANTOS?**

- a) Não tenho filhos
- b) 01 filho
- c) 02 filhos
- d) 03 filhos
- e) mais de 4 filhos

**14. VOCÊ POSSUI PLANO DE SAÚDE?**

- a) Sim
- b) Não

**Questionário Histórico de Saúde / Compreensão**

**1. COM QUE IDADE VOCÊ TEVE SUA PRIMEIRA MENSTRUACÃO?**

- a) 8 a 10 anos
- b) 11 a 12 anos
- c) 13 a 14 anos
- d) 15 a 16 anos
- e) + de 17 anos

**2. COM QUE IDADE VOCÊ TEVE SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL?**

- a) - de 13 anos    b) 14/15 anos    c) 16/20 anos    d) Após os 21 anos

**3. VOCÊ TEM PARCEIRO SEXUAL FIXO?**

- a) Sim    b) Não

**4. ATÉ O PRESENTE MOMENTO, QUANTOS PARCEIROS SEXUAIS VOCÊ JÁ TEVE?**

- a) 1 parceiro    b) 2 a 4    c) 5 a 7    d) 8 a 10    e) + de 11 parceiros

**5. DURANTE SUAS RELAÇÕES SEXUAIS, VOCÊ FAZ USO DE PRESERVATIVO?**

- a) Não, nunca uso preservativo  
b) Às vezes  
c) Às vezes, quase nunca  
d) Às vezes, quase sempre  
e) Sempre

**6. VOCÊ FAZ USO DE ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO?**

- a) Sim    b) Não

**7. VOCÊ FAZ USO DE DROGAS ILÍCITAS?**

- a) Sim    b) Não

**8. VOCÊ FUMA?**

- a) Sim    b) Não

**9. VOCÊ INGERE BEBIDA ALCOÓLICA?**

- a) Sim    b) Não

**10. VOCÊ JÁ FEZ O EXAME PAPANICOLAU?**

- a) Sim    b) Não

**11. PARA QUE SERVE O EXAME PAPANICOLAU? (MARQUE QUANTAS RESPOSTAS QUISER)**

- Para fazer diagnósticos de coceira e mal cheiro da vagina  
 Para fazer diagnósticos de AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis  
 Para fazer diagnóstico precoce de câncer nos ovários  
 Para detectar lesões que podem levar ao desenvolvimento e diagnóstico precoce do câncer do colo do útero  
 Não sei

**12. MEDIANTE RESULTADO NORMAL, VOCÊ SABE DE QUANTO EM QUANTO TEMPO O EXAME DEVE SER REALIZADO?**

- a) Não sei.    B) a cada 06 meses    c) todo ano    d) a cada 2 anos    e) a cada 3 anos

**13. FAZ QUANTO TEMPO QUE VOCÊ REALIZOU SEU ÚLTIMO PAPANICOLAU?**

- a) Menos de 6 meses  
b) 7 meses até 1 ano  
c) + de 1 até 2 anos  
d) + de 2 até 3 anos

- e) + de 3 até 5 anos
- f) + de 5 até 7 anos
- g) + de 7 anos
- h) Nunca fiz

**14. O QUE TE MOTIVOU A FAZER O EXAME PAPANICOLAU?**

- a) Alguém da minha família
- b) Minha amiga e/ou vizinha
- c) Pedido médico (a) ou enfermeiro (a)
- d) Vi uma palestra sobre o assunto e resolvi fazer o papanicolau
- e) Estou com algumas queixas em relação a minha parte íntima
- f) Gosto de cuidar da minha saúde

**15. QUAIS MOTIVOS LEVARAM VOCÊ AO ATRASO OU NÃO ADESÃO AO EXAME? (MARQUE QUANTAS ACHAR NECESSÁRIO)**

- Não atraso o exame
- Por falta de profissionais capacitados
- Tenho traumas pois já fiz e senti muita dor
- Tenho vergonha
- Tenho medo
- Meu esposo não deixa
- Moro longe
- Não sei para que serve o exame
- Não achei necessário fazer
- Esqueci de realizar o exame
- Por motivos religiosos
- Não tenho com quem deixar meus filhos
- Tenho medo do resultado do exame
- Falta de tempo

**16. QUAL A SUA EXPERIÊNCIA EM RELAÇÃO AO EXAME?**

- a) Péssima    b) Ruim    c) Regular    d) Boa    e) Ótima    f) Excelente

**NA SUA OPINIÃO, O QUE DEVE SER FEITO PARA TORNAR OS EXAMES MELHORES?**

---

---

---

---

---