

T0130
Exe-

RODRIGO CLASEN MORITZ



**CÂNCER CÉRVICO-UTERINO: NÍVEL DE
INFORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE
ATUANDO NOS POSTOS DE SAÚDE DA GRANDE
FLORIANÓPOLIS.**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.

FLORIANÓPOLIS

1998

RODRIGO CLASEN MORITZ



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Rodrigo CM".

**CÂNCER CÉRVICO-UTERINO: NÍVEL DE
INFORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE
ATUANDO NOS POSTOS DE SAÚDE DA GRANDE
FLORIANÓPOLIS.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do curso: Dr. Edson Cardoso

Orientador: Dr. Ernani Lange de S. Thiago

FLORIANÓPOLIS

1998

AGRADECIMENTOS

A meus pais, Flávio e Heloisa, pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida.

À irmã Susana, pelo carinho que sempre me dedicou.

À namorada Danielle, pelo amor e amizade em todas as horas.

A todos os funcionários dos postos de saúde, pela ajuda imprescindível na realização deste trabalho.

Ao meu orientador, pela orientação no trabalho e pelo entusiasmo contagiante pela Medicina.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	04
2. OBJETIVO.....	09
3. MÉTODO.....	10
3.1. POPULAÇÃO ESTUDADA.....	10
3.2. AMBIENTE.....	10
3.2.1. POSTOS DE SAÚDE PESQUISADOS.....	10
3.3. COLETA DE DADOS.....	11
4. RESULTADOS.....	12
5. DISCUSSÃO.....	23
6. CONCLUSÃO.....	28
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
RESUMO.....	32
SUMMARY.....	33
APÊNDICE.....	34

1. INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é a segunda neoplasia de maior incidência em mulheres e a segunda maior causa de morte por neoplasias em mulheres no mundo ¹. No Brasil, é a maior causa de morte por câncer na população feminina, estando em primeiro lugar nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste, e em segundo lugar nas regiões Sul e Sudeste, logo após o câncer de mama ². No estado de Santa Catarina, foi a quarta causa de morte por neoplasias no sexo feminino no ano de 1997, sendo responsável por 6,62% de todas as mortes por neoplasias ³. Em uma análise do índice de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) no estado de Santa Catarina no ano de 1995, foi a neoplasia que levou à perda do maior número de anos potenciais de vida entre as mulheres catarinenses ⁴.

O câncer de colo uterino possui uma fase pré-clínica bem definida, constituída por lesões pré-neoplásicas, onde a doença não é clinicamente diagnosticada, sendo porém passível de detecção através da colpocitologia oncótica ⁵. Em 1943, Papanicolaou e Traut propuseram a classificação dessas lesões em cinco classes diagnósticas, numeradas de I a V ⁶. Em 1967, Richart propôs o termo 'neoplasia intraepitelial cervical' (NIC) para designar estas lesões, classificando-as em NIC I, NIC II e NIC III, baseado na porcentagem de células indiferenciadas entre a membrana basal e a superfície ⁵. O Sistema de Bethesda para o Relatório de Diagnósticos Citológicos e Vaginais, criado em 1988 e revisado em 1991, foi introduzido para substituir as designações numéricas em classes do sistema Papanicolaou, e englobou os três graus de NIC em dois graus apenas ⁷. As lesões pré-neoplásicas foram classificadas pelo sistema de Bethesda em ASCUS (células escamosas atípicas de significância

indeterminada), lesão intra-epitelial de baixo grau (LIE-BG), que engloba as alterações associadas ao HPV e NIC I, e lesão intra-epitelial de alto grau (LIE-AG), que engloba a NIC II, NIC III e o carcinoma 'In Situ' ⁸. O fato de possuir lesões pré-neoplásicas conhecidas, a facilidade de acesso ao colo uterino, e a disponibilidade de um teste de rastreamento barato e de razoável sensibilidade (o exame de Papanicolaou), fazem do câncer de colo uterino uma neoplasia ideal para o rastreamento, com reais possibilidades de diminuição dos índices de incidência e mortalidade. Nos últimos 40 anos a mortalidade devido à doença diminuiu em 70% nos EUA, após a instituição de programas de rastreamento ⁵.

A literatura estabeleceu vários fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino. O risco foi relacionado com início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros, baixo nível sócio-econômico, multiparidade, tabagismo, uso de anticoncepcionais orais, fatores dietéticos, imunossupressão, infecções ginecológicas por outros agentes diferentes do Papilomavírus Humano (HPV), e a infecção pelo HPV. Atualmente a infecção pelo HPV é considerada o fator de risco primário para o desenvolvimento da doença, sendo a infecção viral sexualmente transmitida mais comum nos EUA ⁹. As interações moleculares do genoma do vírus sobre as células da cérvice uterina são responsáveis pela maioria das alterações citológicas identificadas na colpocitologia ¹⁰, e foi demonstrado que a infecção por HPV tende a preceder a incidência de neoplasias cervicais ¹¹. A associação entre infecção por HPV e câncer cervical demonstra que epidemiologicamente há uma relação de causalidade ¹¹. O material genético do HPV está presente em mais de 90% das lesões pré-malignas e malignas da cérvice uterina ¹⁰. A precocidade do início das relações sexuais e o número de parceiros se tornam menos significantes quando esses dados são corrigidos para a presença de infecção pelo HPV, sugerindo que o HPV possa ser o responsável pela maior parte do risco associado à história sexual ⁵. Ainda assim, alguns estudos ainda demonstraram um fator de risco

independente para esses fatores, após serem corrigidos para a presença do HPV ⁵. Foi sugerido também que o efeito independente observado na precocidade do início das relações sexuais poderia estar relacionado com um período da vida da mulher em que a cérvix estaria mais vulnerável às agressões mecânicas do coito e à infecção pelo HPV ¹¹. O tabagismo demonstrou ser um fator de risco independente mesmo após ser ajustado para a infecção por HPV e atividade sexual ¹². Mulheres infectadas pelo HIV estão sob risco aumentado de desenvolverem câncer cervical. Em 1993, nos EUA, o *Center for Disease Control* (CDC) estabeleceu a presença de câncer cervical por si só como um fator diagnóstico de AIDS em mulheres infectadas pelo HIV ¹². O uso de anticoncepcionais orais apresenta dados conflitantes na literatura, porém o risco foi demonstrando ser mais significativo em usuárias de longa data e também em portadoras de infecção prévia pelo HPV ¹¹. A história ginecológica e obstétrica não demonstrou influência com relação ao câncer cervical. Entretanto, alguns estudos apontam a multiparidade como um possível fator de risco independente, quando controlada para outros fatores de risco ¹¹. A correlação do câncer cervical com agentes infecciosos diferentes do HPV foi estudada para sífilis, gonorréia, citomegalovírus, vírus Epstein-Barr, vaginose bacteriana e hepatites B e C, não apresentando associações conclusivas ⁵. Alguns estudos encontraram riscos moderados com relação a infecções por *C. Trachomatis*, *T. Vaginalis* e Herpes Simplex Vírus (HSV-2), porém com resultados conflitantes na literatura ⁵. Fatores nutricionais foram pesquisados, não apresentando fortes evidências de correlação com a história natural do câncer cervical. Entretanto, alguns estudos apontaram um possível papel protetor dos carotenóides, vitamina A, vitamina C e folato ⁵.

O principal método utilizado para o rastreamento das alterações neoplásicas da cérvix uterina é a colpocitologia oncótica, conhecida como o exame de Papanicolaou. Na década de 20, George Papanicolaou notou

alterações em células descamadas do trato genital feminino, associadas com o carcinoma cervical. Estas alterações consistiam em anormalidades de coloração, irregularidades nucleares, pleomorfismo, presença de múltiplos nucléolos e aumento da relação núcleo-citoplasma. O exame era realizado inicialmente utilizando-se uma pipeta de vidro para a coleta por aspiração de células do fórnix posterior da vagina. Em 1947, Ayre introduziu a espátula de madeira para a exfoliação de células do colo uterino através de um movimento de 360° ao redor do orifício externo, técnica esta utilizada até os dias de hoje. Atualmente é preconizado também o uso de uma escova com cerdas sintéticas para a coleta de células da endocérvice, com o objetivo de assegurar a presença de células representativas da endocérvice no esfregaço. Outros métodos utilizados para o rastreamento são a colposcopia, cervicografia e a tipagem do HPV por hibridização molecular ou por reação de cadeia de polimerase (PCR). A tipagem do HPV por hibridização molecular foi preconizada por vários autores como um método adjuvante importante para o rastreamento da neoplasia intraepitelial cervical, principalmente na análise de resultados citopatológicos inconclusivos e no planejamento do seguimento de lesões de baixo grau ¹. Cavalcanti et al ¹ afirmaram que a tipagem do HPV seria o único método racional disponível para a decisão de quais mulheres com LIE-BG seriam tratadas e quais seriam acompanhadas clinicamente. Devido ao custo elevado, entretanto, esta prática ainda encontra-se restrita no Brasil. A cervicografia, que consiste em fotografias seriadas de alta qualidade do colo uterino, foi proposta como instrumento adjuvante no rastreamento de lesões pré-neoplásicas. Vários estudos demonstraram que a cervicografia possui boa sensibilidade, porém baixa especificidade na detecção de lesões ¹³. Por ser um procedimento demorado, requerer pessoal treinado, e necessitar de equipamentos caros e não portáteis, esta técnica tem seu uso limitado. A colposcopia é indispensável para avaliação da localização, aspecto e extensão de lesões suspeitas de malignidade, e orienta

a biópsia. A biópsia orientada pela colposcopia, seguida do estudo histológico do tecido é o método diagnóstico definitivo para as lesões neoplásicas e pré-neoplásicas, e irá orientar o tratamento a ser instituído.

Após a introdução de programas de rastreamento foi observada uma redução acentuada na incidência e mortalidade devido ao câncer cérvico-uterino em vários países, como Canadá, Suécia, Noruega, Islândia, Dinamarca, Escócia e Estados Unidos ⁵. A proporção da população avaliada, mais do que a frequência de realização dos exames de Papanicolaou, é crucial para o sucesso de programas de rastreamento em países subdesenvolvidos ¹³, onde se enquadra o Brasil, e onde a cobertura da população de risco é extremamente baixa.

Em um estudo realizado por Gomes e Carvalho ¹⁴, um questionário aplicado a 266 pacientes portadoras de câncer invasivo revelou que 50% não tinham conhecimento da existência de um exame capaz de prevenir a doença, e que 68,8% nunca haviam feito o exame. Das pacientes que sabiam da possibilidade da realização do exame mas nunca o haviam feito, 56% não o fizeram por não achar importante a sua realização. Das pacientes que demonstraram estar informadas sobre o assunto, apenas 19,2% haviam recebido informação através de um médico ou outro profissional da saúde, que em tese, deveria ser a fonte de informação mais capacitada para orientar a população e estimular a realização regular do exame de Papanicolaou. É importante, portanto, que todos os profissionais da saúde que lidam diretamente com a população tenham um nível adequado de informação sobre o problema do câncer da cérvix uterina, conhecendo os conceitos básicos sobre a doença, afim de que possam orientar a população a procurar os serviços de saúde para a realização das medidas de rastreamento.

2. OBJETIVO

Avaliar o conhecimento de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem atuando em postos de saúde, a respeito dos principais aspectos do câncer cérvico-uterino.

3. MÉTODO

3.1. POPULAÇÃO ESTUDADA

Foram pesquisados 88 médicos, 20 enfermeiros e 220 técnicos e auxiliares de enfermagem.

3.2. AMBIENTE

O trabalho foi desenvolvido em 34 postos de saúde de quatro municípios da grande Florianópolis (Biguaçu, Palhoça, São José e São Pedro de Alcântara), consistindo a totalidade dos postos de saúde destes municípios.

3.2.1. POSTOS DE SAÚDE PESQUISADOS

Foram pesquisados os seguintes postos de saúde:

- Município de São José: Centro de Saúde Fazenda Santo Antônio, Centro de Saúde Forquilha, Centro de Saúde Procasa, Centro de Saúde Serrarias, Centro de Saúde Picadas do Sul, Centro de Saúde Areias, Centro de Saúde Zanelatto, Centro de Saúde Colônia Santana, Centro de Saúde Barreiros, Centro de Saúde Bela Vista, Centro de Saúde Ipiranga, e Policlínica Municipal de São José.

- Município de Palhoça: Centro de Saúde Médio Aririú, Centro de Saúde Barra do Aririú, Centro de Saúde Brejarú, Centro de Saúde São Sebastião, Centro de Saúde Passagem do Maciambú, Centro de Saúde Enseada

do Brito, Centro de Saúde Cohab, Centro de Saúde Guarda do Cubatão, Centro de Saúde Bela Vista, e Centro de Saúde Central de Palhoça.

- Município de Biguaçu: Centro de Saúde Santa Catarina, Centro de Saúde Hilário Francisco de Souza, Centro de Saúde Teófilo Francisco de Campos, Centro de Saúde Sorocaba de Dentro, Centro de Saúde Cachoeiras, Centro de Saúde Loteamento Sueli, Centro de Saúde Jardim Marco Antônio, Centro Escolar Integrado D^a Lili, Unidade Móvel terrestre, e Unidade Mista de Saúde.

- Município de São Pedro de Alcântara: Posto de Saúde de São Pedro de Alcântara.

3.3. COLETA DE DADOS

Este é um trabalho transversal e descritivo. Foi aplicado um questionário (Apêndice) constituído de 11 perguntas objetivas, 5 perguntas discursivas e 12 perguntas mistas (objetivas e discursivas), em 34 postos de saúde da grande Florianópolis, destinado a médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, durante os meses de agosto e setembro de 1998. Os questionários foram entregues ao coordenador de cada unidade de saúde, que os distribuiu aos funcionários da respectiva unidade. Os questionários respondidos por odontólogos, auxiliares de odontólogos, estagiários e pessoal administrativo não foram considerados. As respostas das partes discursivas das questões mistas e as respostas das questões discursivas foram analisadas, e agrupadas por classes quando o seu significado foi considerado semelhante. As questões em branco foram consideradas como sendo ignoradas pelos profissionais.

4. RESULTADOS

De um total de 408 profissionais atuando nos postos de saúde pesquisados, 134 responderam ao questionário, perfazendo 40,9% dos profissionais. Dentre estes, 101 técnicos e auxiliares de enfermagem (45,9%), 8 enfermeiros (40,0%), e 25 médicos (28,4%) responderam ao questionário (Figura 1).

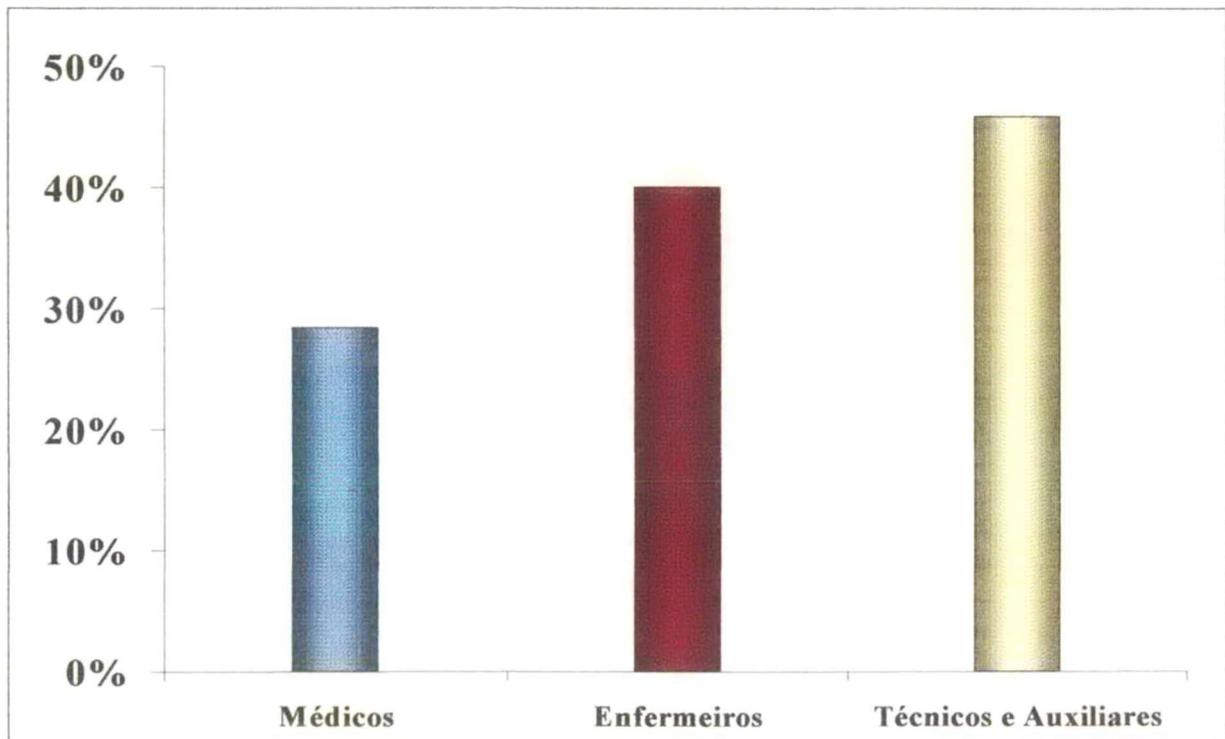


Figura 1. Percentual de questionários respondidos, por classe profissional

Quando perguntados sobre os principais fatores de risco para o câncer cérvico-uterino (questão 9), 59 questionários (44,0%) apontaram a promiscuidade, 46 (34,3%) a falta de prevenção, 34 (25,4%) a presença de infecções ginecológicas e 29 (21,6%) a hereditariedade. Dentre os médicos, 19

questionários (76%) citaram a promiscuidade, 8 (32%) infecções ginecológicas, 6 (24%) início precoce da atividade sexual e 6 (24%) infecção por HPV. Os enfermeiros citaram a promiscuidade em 6 questionários (75%), tabagismo em 2 (25%) e infecções ginecológicas em 2 (25%), e os técnicos ou auxiliares de enfermagem citaram a ausência de prevenção em 42 questionários (41,58%), hereditariedade em 26 (25,7%), e infecções ginecológicas em 24 questionários (23,8%) (Tabela I).

TABELA I – FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER CÉRVICO-UTERINO: NÚMERO DE OCORRÊNCIAS DOS FATORES CITADOS

	Cargo						Total	
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos/ Auxiliares			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Promiscuidade	19	76,0%	6	75,0%	40	39,6%	59	44,0%
Ausência de prevenção	3	12,0%	1	12,5%	42	41,6%	46	34,3%
Infecções ginecológicas	8	32,0%	2	25,0%	24	23,8%	34	25,4%
Hereditariedade	2	8,0%	1	12,5%	26	25,7%	29	21,6%
Tabagismo	3	12,0%	2	25,0%	23	22,8%	18	13,4%
Início precoce da atividade Sexual	6	24,0%	1	12,5%	7	6,9%	14	10,4%
Anticoncepcionais orais	2	8,0%	1	12,5%	8	7,9%	10	7,5%
Infecção por HPV	6	24,0%	1	12,5%	4	4,0%	11	8,2%
Multiparidade	2	8,0%	0	0,0%	2	2,0%	4	3,0%
Fatores econômicos	1	4,0%	0	0,0%	4	4,0%	6	4,5%
Idade avançada	1	4,0%	0	0,0%	4	4,0%	5	3,7%
Outros	6	24,0%	6	75,0%	35	34,7%	47	35,0%

Quando perguntados sobre as finalidades do exame (questão 15), 81 profissionais (60,4%) obtiveram três acertos dentre as três proposições corretas. Dentre os profissionais, 14 médicos (56%), 7 enfermeiros (87,5%) e 81 técnicos

ou auxiliares de enfermagem (60,4%) obtiveram três acertos dentre as três proposições corretas (Tabela II).

TABELA II - FINALIDADES DO EXAME DE PAPANICOLAOU: NÚMERO DE ACERTOS ENTRE TRÊS PROPOSIÇÕES CORRETAS

	Cargo						Total	
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos/ Auxiliares			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Três acertos	14	56,0%	7	87,5%	58	57,4%	81	60,4%
Dois acertos	3	12,0%	0	0,0%	20	19,8%	23	17,2%
Um acerto	5	20,0%	1	12,5%	17	16,8%	22	16,4%
Não sabe	3	12,0%	0	0,0%	6	5,9%	8	6,0%
Total	25	100,0%	8	100,0%	101	100,0%	134	100,00%

Com relação à realização do exame de Papanicolaou durante a gravidez (questão 16), 120 profissionais (89,6%) assinalaram que este não deve ser evitado durante a gravidez, sendo que 21 médicos (84%), 8 enfermeiros (100%) e 91 técnicos ou auxiliares de enfermagem (90%) assinalaram esta alternativa. Um médico (4%), nenhum enfermeiro e 7 técnicos ou auxiliares de enfermagem (5,2%) assinalaram que o exame deve ser evitado na gravidez (Figura 2).

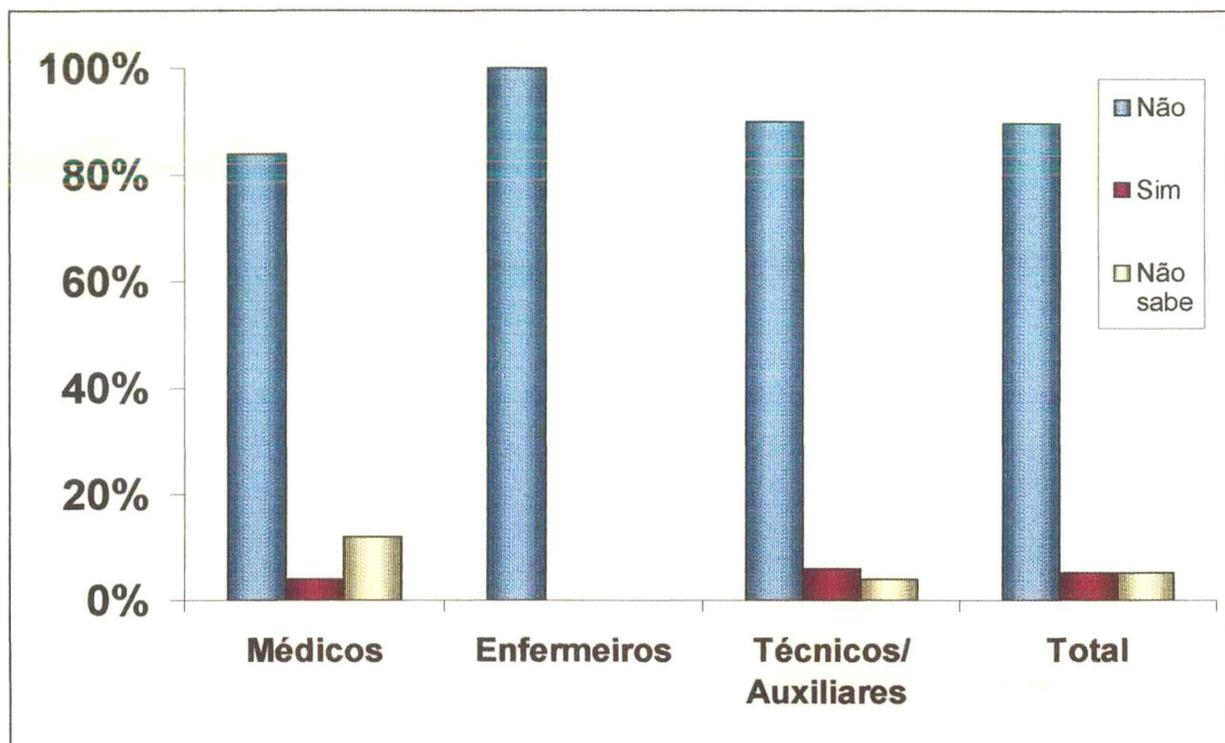


Figura 2. O exame de Papanicolaou deve ser evitado durante a gravidez?

Quando indagados sobre a idade preconizada para o início da realização do exame de papanicolaou, 114 profissionais (85,1%) assinalaram que o exame deve ser realizado a partir do início da vida sexual, sendo que 22 médicos (88%), 8 enfermeiros (100%) e 84 técnicos ou auxiliares de enfermagem (83,2%) assinalaram esta alternativa (Tabela III).

TABELA III - IDADE ADEQUADA PARA O INÍCIO DO EXAME DE PAPANICOLAOU

	Cargo						Total	
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos/ Auxiliares			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Início da vida sexual	22	88,0%	8	100,0%	84	83,2%	114	85,1%
Aos 15 anos	2	8,0%	0	0,0%	6	5,9%	8	6,0%
Aos 20 anos	0	0,0%	0	0,0%	3	3,0%	3	2,2%
Aos 25 anos	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%	1	0,8%
Outras idades	0	0,0%	0	0,0%	3	3,0%	3	2,2%
Não sabe	1	4,0%	0	0,0%	4	4,0%	5	3,7%
Total	25	100,0%	8	100,0%	101	100,0%	134	100,0%

Com relação à periodicidade do exame em mulheres sexualmente ativas (questão 18), 58 profissionais (43,3%) responderam que este deve ser realizado de seis em seis meses e 69 (51,5%) que este deve ser realizado anualmente. Cinco médicos (20%), 4 enfermeiros (50%) e 48 técnicos ou auxiliares de enfermagem (47,5%) responderam que o exame deve ser semestral. Vinte médicos, (80%), 4 enfermeiros (50%) e 69 técnicos ou auxiliares de enfermagem (51,5%) assinalaram que o exame deve ser realizado anualmente (Figura 3).

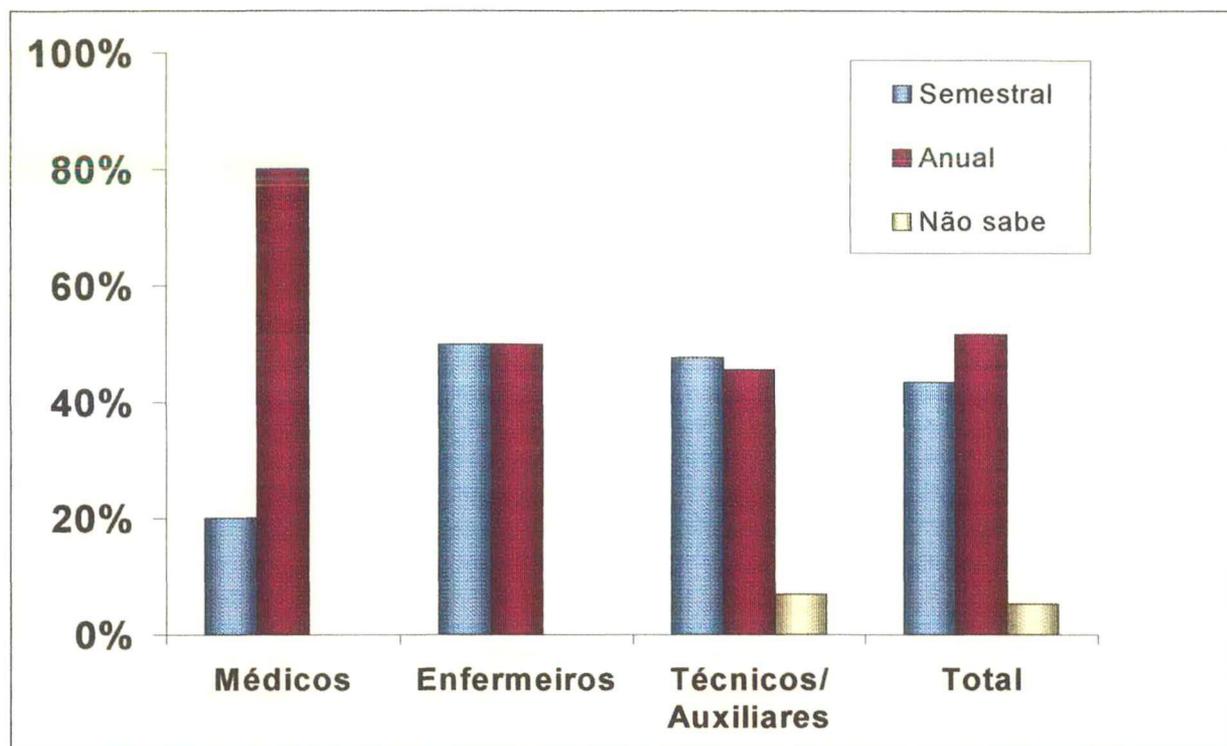


Figura 3. Periodicidade para a realização do exame de papanicolaou

Com relação à necessidade da realização do exame em virgens, 87 profissionais (64,9%) responderam que este deve ser realizado periodicamente, sendo que 13 médicos (52%), 7 enfermeiros (87,5%) e 67 técnicos ou auxiliares de enfermagem (66,3%) assinalaram esta alternativa. Responderam que o exame não deve ser realizado em virgens, 6 médicos (24%), nenhum enfermeiro e 16 técnicos ou auxiliares de enfermagem (15,8%) (Tabela IV).

TABELA IV - REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAOU EM VIRGENS

	Cargo						Total	
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos/ Auxiliares			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Periodicamente	13	52,0%	7	87,5%	67	66,3%	87	64,9%
Uma vez apenas	1	4,0%	0	0,0%	5	5,0%	6	4,5%
Não deve ser realizado	6	24,0%	0	0,0%	16	15,8%	22	16,4%
Não sabe	5	20,0%	1	12,5%	13	12,9%	19	14,2%
Total	25	100,0%	8	100,0%	101	100,0%	134	100,0%

Quando indagados sobre a periodicidade do exame em virgens (questão 21), 16 profissionais (11,9%) responderam que este deve ser semestral, 29 (21,6%) que deve ser anual, e 86 (64,2%) não sabiam a resposta. Responderam que o exame deve ser realizado anualmente 5 médicos (20%), 2 enfermeiros (25%) e 22 técnicos ou auxiliares de enfermagem (21,8%) (Tabela V).

TABELA V - PERIODICIDADE DO EXAME DE PAPANICOLAOU EM VIRGENS

	Cargo						Total	
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos/ Auxiliares			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Semestral	1	4,0%	3	37,5%	12	11,9%	16	11,9%
Anual	5	20,0%	2	25,0%	22	21,8%	29	21,6%
Bienal	2	8,0%	0	0,0%	1	1,0%	3	2,2%
Não sabe	17	68,0%	3	37,5%	66	65,3%	86	64,2%
Total	25	100,0%	8	100,0%	101	100,0%	134	100,0%

A respeito da idade de início da realização do exame em virgens, 39 profissionais (29,1%) responderam que deve ser iniciado aos 15 anos de idade, 11 (8,2%) aos 20, e 13 (9,7%) aos 25 anos. Responderam que o exame deve ser iniciado aos 20 anos 2 médicos (8%) , 3 enfermeiros (37,5%) e 9 técnicos ou auxiliares de enfermagem (8,9%) (Tabela VI).

TABELA VI - IDADE PARA O INÍCIO DA REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAOU EM VIRGENS

	Cargo						Total	
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos/ Auxiliares			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Aos 15 anos	4	16,0%	3	37,5%	32	31,7%	39	29,1%
Aos 20 anos	2	8,0%	0	0,0%	9	8,9%	11	8,2%
Aos 25 anos	3	12,0%	3	37,5%	7	6,9%	13	9,7%
Outras idades	2	8,0%	1	12,5%	9	8,9%	12	9,0%
Não sabe	14	56,0%	1	12,5%	44	43,6%	59	44,0%
Total	25	100,0%	8	100,0%	101	100,0%	134	100,0%

Quando indagados sobre a necessidade da realização do exame em mulheres sexualmente inativas, porém com atividade sexual pregressa (questão 23), 129 profissionais (96,3%) assinalaram que este deve ser realizado periodicamente, 2 (1,5%) apenas uma vez, e nenhum profissional respondeu que não deve ser realizado. Responderam que o exame deve ser feito periodicamente 25 médicos (100%), 8 enfermeiros (100%), e 96 técnicos ou auxiliares de enfermagem (95%) (tabela VII).

TABELA VII - NECESSIDADE DA REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAOU EM MULHERES SEXUALMENTE INATIVAS, PORÉM COM ATIVIDADE SEXUAL PREGRESSA

	Cargo						Total	
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos/ Auxiliares			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Periodicamente	25	100%	8	100,0%	96	95,0%	129	96,3%
Uma vez	0	0,0%	0	0,0%	2	2,0%	2	1,5%
Não deve ser realizado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Não sabe	0	0,0%	0	0,0%	3	3,0%	3	2,2%
Total	25	100,0%	8	100,0%	101	100,0%	134	100,0%

Foi perguntado aos médicos se lesões pré-neoplásicas do colo uterino apresentam sinais e/ou sintomas (questão 27). Destes profissionais, 11 (44%) assinalaram que há sinais e/ou sintomas, 12 (48%) que não há, e 2 (8%) ignoravam a resposta (Figura 4).

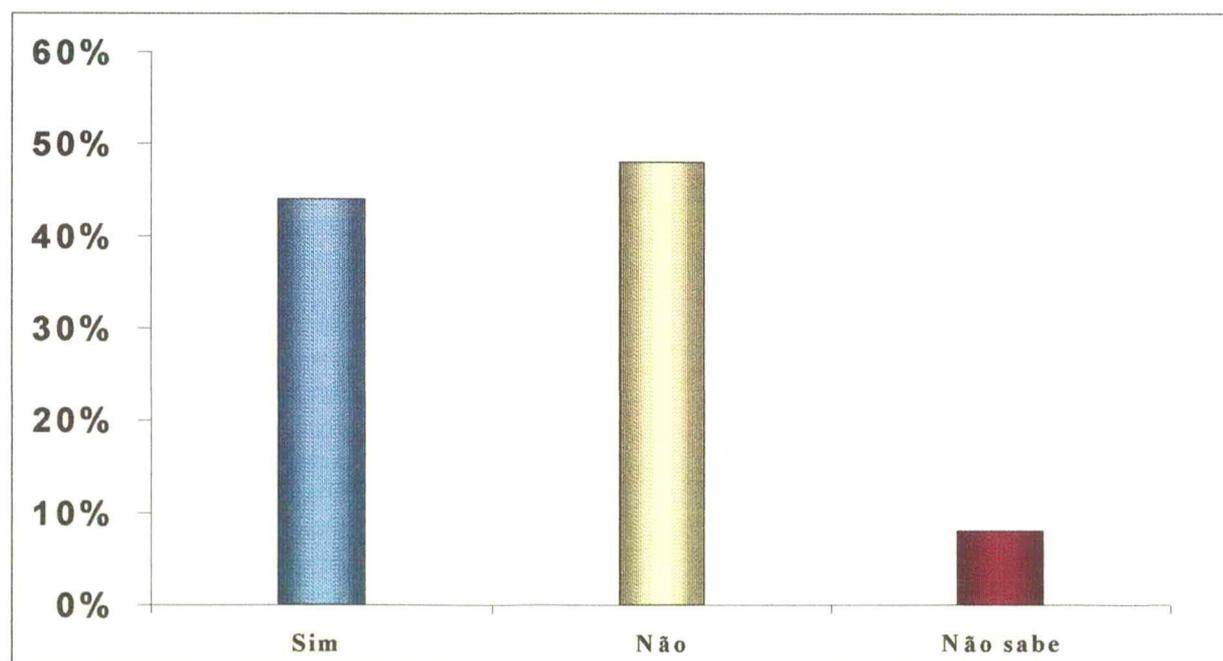


Figura 4. Lesões pré-neoplásicas apresentam sintomatologia?

Quando perguntado aos médicos quais seriam os principais sinais ou sintomas ocasionados por lesões pré-neoplásicas, caso estas apresentassem sinais e/ou sintomas (questão 27), em 9 questionários (42,9%) foi respondida leucorréia, em 6 (28,6%) hemorragia, em 3 (14,3%) dispareunia, e em 3 (14,3%) dor pélvica (tabela VIII).

TABELA VIII. SINAIS E/OU SINTOMAS APONTADOS PELOS MÉDICOS COMO DECORRENTES DE LESÕES PRÉ-NEOPLÁSICAS: NÚMERO DE QUESTIONÁRIOS NOS QUAIS FORAM CITADOS

	N	%
Leucorréia	9	42,9%
Hemorragia	6	28,6%
Dispareunia	3	14,3%
Dor pélvica	3	14,3%
Total	21	100,0%

A respeito da definição de 'HPV' (questão 28), 11 médicos (44%) responderam que é o Papilomavírus Humano e que é a principal etiologia do câncer cérvico-uterino, 2 (8%) que é um vírus causador de câncer cérvico-uterino, 2 (8%) que é uma DST causadora de câncer cérvico-uterino, 2 (8%) que é o vírus causador do condiloma acuminado, e 6 (24%) não sabiam a resposta (Tabela IX).

TABELA IX. DEFINIÇÕES DE 'HPV' ENUNCIADAS PELOS MÉDICOS

	N	%
Papilomavirus humano, causa de neoplasia cervical	11	44,0%
Vírus causador de câncer	2	8,0%
DST causadora de câncer	2	8,0%
Vírus do condiloma acuminado	2	8,0%
Vírus	2	8,0%
Não sabe	6	24,0%
Total	25	100,0%

5. DISCUSSÃO

Dos profissionais pesquisados, 40,9% responderam ao questionário, sendo que dentre estes profissionais o maior índice de questionários respondidos foi dos técnicos e auxiliares de enfermagem com 45,9%, seguido dos enfermeiros com 40,9% e dos médicos com 28,4%. O índice de questionários respondido pelos médicos, por ser o mais baixo, pode demonstrar um menor interesse da classe médica pelo assunto, podendo representar também um tempo escasso disponível ao profissional para o atendimento nos postos de saúde, o que pode refletir na educação e no nível de atenção dado à população com relação ao câncer cérvico-uterino.

O fator de risco mais citado para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino foi promiscuidade, seguido de não-prevenção, infecções ginecológicas, hereditariedade, tabagismo, início precoce da atividade sexual, infecção por HPV, uso de anticoncepcionais orais, e outros fatores menos citados. A promiscuidade é um fator amplamente discutido e aceito na literatura, embora vários estudos apontem que o número de parceiros, após ser corrigido para a presença de infecção por HPV, se torna menos significativo ⁵. A infecção pelo HPV, apesar de ser hoje considerada como o fator de risco primário para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino, foi apontada em sétimo lugar pela totalidade dos profissionais, estando presente em 24% dos questionários respondidos pelos médicos, 12,5% pelos enfermeiros, e 3,9% pelos técnicos ou auxiliares de enfermagem. Apesar de possuírem formações acadêmicas diferentes, todas as classes profissionais demonstraram possuir pouco conhecimento a respeito da questão, não sendo capazes de orientar com eficácia a população a respeito da característica de doença sexualmente transmissível

atribuível ao câncer cérvico-uterino ^{5, 9}. Não há indicações conclusivas na literatura de que haja relação do câncer cérvico-uterino com história familiar ¹¹. A hereditariedade foi apontada em quarto lugar pela totalidade dos profissionais, referida em 8% dos questionários respondidos pelos médicos, 12,5% pelos enfermeiros e 25,7% pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, demonstrando um erro sério de informação a respeito da doença.

O sistema de Bethesda, criado em 1988 e revisado em 1991, consiste em vários aspectos da amostra a serem analisados: adequação da amostra, categorização geral da amostra (opcional), e diagnóstico descritivo, que inclui alterações celulares benignas como infecções e alterações reativas, anormalidades das células epiteliais, e outras neoplasias malignas. A maioria dos profissionais (60,4%) respondeu corretamente com relação às finalidades do exame de Papanicolaou, ou seja, detectar lesões pré-neoplásicas, alterações citológicas indicativas de câncer, e a presença de infecções. Os médicos foram a classe profissional com o menor índice de respostas corretas, o que reflete desinformação da classe a respeito do assunto.

A literatura recomenda que a colpocitologia cervical seja feita normalmente durante a gravidez. As incidências de câncer cérvico-uterino são semelhantes em gestantes e não-gestantes, e não há alterações nucleares específicas durante a gestação que invalidem o exame de Papanicolaou como teste de rastreamento ¹⁴. O uso da escova endocervical não está associado com um maior índice de complicações na gravidez ¹⁵. Quando perguntados sobre a realização do exame de Papanicolaou em gestantes, 89,6% dos profissionais assinalaram que este não é contra-indicado na gestação, demonstrando um bom nível de informação sobre a questão.

A secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina recomenda que o exame seja realizado a partir do início da atividade sexual, ou a partir dos 20 anos de idade em todas as mulheres ¹⁶. O *American College of Obstetricians and*

Gynecologists recomenda que o exame seja realizado a partir do início da vida sexual ou aos 18 anos de idade para todas as mulheres ¹⁷. Estudos demonstraram ser mínima a variação da redução da incidência de câncer quando o rastreamento é iniciado aos 20 ou 25 anos de idade ¹⁸. A questão 19 do questionário se referia à idade de início do exame de Papanicolaou em mulheres sexualmente ativas. Dos profissionais pesquisados, 85,1% responderam que o exame deve ser feito a partir do início da atividade sexual, demonstrando um bom nível de informação sobre esta questão.

Estudos demonstraram que o rastreamento feito anualmente reduz em 93,5% a incidência de câncer invasor, se feito a cada dois anos em 92,5%, e a cada três anos em 90,8%, não justificando a realização do exame em intervalos menores que um ano ^{13, 18}. Além disso, foi demonstrado que a progressão da LIE-BG para câncer invasivo se dá de forma lenta. Richart ¹⁹ relatou que o período médio de progressão de uma LIE-BG para câncer invasivo é de 4 anos e 10 meses; entretanto, vários estudos demonstraram que um baixo número de LIE-BG progredem para LIE-AG, variando de 10% a 20% ^{9, 11, 20, 21}. A periodicidade da realização do exame foi referida por 51,5% dos profissionais como sendo anual e por 43,3% como sendo de seis em seis meses. A crença por grande parte dos profissionais de que o exame de Papanicolaou deve ser feito a cada seis meses ainda é bastante difundida, porém não há mais bases científicas para tal, devendo ser abandonada. No Brasil, adotou-se como norma a realização do controle anual em mulheres de 20 a 49 anos ou a partir do início da atividade sexual, repetindo o exame a cada três anos caso o exame seja normal, em um ano caso apresente atipias de significado indeterminado, alterações por HPV ou LIE-BG, ou repeti-lo imediatamente, procurando a orientação de um ginecologista, caso apresente LIE-AG ou lesões mais graves ²². A atual campanha de prevenção do câncer cérvico-uterino lançada no Brasil pelo Ministério da Saúde deverá ocorrer no período de 30 de Junho a 31 de

Dezembro de 1998. A campanha tem como objetivo o rastreamento de mulheres de 35 a 49 anos, com prioridade para o rastreamento de pelo menos 70% das mulheres que nunca fizeram o exame, que correspondem por sua vez a 40% da população feminina de 35 a 49 anos ²². Embora não seja o modelo de rastreamento ideal, Richart ¹⁹ e a Organização Mundial da Saúde ¹⁸ colocam a possibilidade de implantação de um programa com essas características para países com poucos recursos, que não possam alcançar uma cobertura mais ampla da população.

As lesões pré-neoplásicas do colo uterino são assintomáticas, o mesmo podendo ocorrer com lesões invasivas em estágios iniciais ^{5, 20}. A mulher usualmente descobre que é portadora de lesão pré-neoplásica quando da realização do exame de Papanicolaou de rotina. Foi perguntado aos médicos se lesões pré-neoplásicas apresentam sintomatologia. Quarenta e quatro por cento dos médicos respondeu que a sintomatologia está presente, referindo leucorréia, hemorragia, dispareunia e dor pélvica como sinais ou sintomas. Este é um dado preocupante, pois o médico do posto de saúde, como agente de atenção primária de saúde à população, deve estar apto a educar a população no sentido de que o câncer cérvico-uterino é uma entidade prevenível, que não apresenta sintomatologia nos estágios precursores, e que a única forma de preveni-la é a realização regular dos exames de Papanicolaou.

O conceito de Papilomavírus Humano (HPV) é extremamente importante no contexto do câncer cérvico-uterino, pois admite-se hoje que o HPV é o fator de risco primário para o desenvolvimento do câncer de colo uterino, sendo aceito como a causa da maioria das neoplasias cervicais ^{11, 10}, associado a outros cofatores. Dos médicos entrevistados, apenas 44% sabiam que o HPV era o Papilomavírus Humano e caracterizaram-no como principal fator etiológico do câncer cérvico-uterino, demonstrando ainda uma deficiência sobre o conhecimento do assunto. Dos médicos restantes, 24% ainda associaram o HPV

com uma causa infecciosa de câncer cérvico-uterino, respondendo parcialmente à questão. O conceito de que o câncer cérvico-uterino se comporta como uma doença sexualmente transmissível é importante na educação da população, que deve ser informada sobre os riscos inerentes ao seu comportamento sexual.

É importante que todos os profissionais da saúde que lidam diretamente com a população tenham um nível adequado de informação sobre o problema do câncer da cérvix uterina. Gomes e Carvalho¹⁴, entrevistando 266 mulheres com carcinoma invasivo do colo uterino, constataram que 50% das mulheres não sabia da existência de um teste preventivo para a doença, e dentre as mulheres que o sabiam, apenas 19,2% tinha recebido a informação através de um médico ou outro profissional da saúde. Ferrigno e Faria²³ entrevistaram através de um questionário 105 mulheres com carcinoma invasivo do colo uterino, constatando que 54,3% nunca havia feito o exame, e que 82% sabia da existência do exame. Dentre as mulheres que tinham conhecimento do exame, 44% nunca o havia feito. Os autores concluem que " a maioria das pacientes estava de uma certa maneira informada, porém não conscientizada da importância do exame ", e que " a orientação médica inadequada participa de maneira muito séria no problema da prevenção do câncer de colo de útero em nosso país ".

Com a educação da população e dos profissionais da saúde a respeito do câncer cérvico-uterino, as chances de cobertura populacional e de sucesso dos programas de rastreamento aumentariam consideravelmente, num cenário onde a falta de informação custa anualmente milhares de vidas.

6. CONCLUSÃO

No presente estudo observamos algumas deficiências no conhecimento a respeito do problema do câncer cérvico-uterino por parte dos profissionais que atuam em postos de saúde da grande Florianópolis. As maiores deficiências encontradas são com relação a fatores de risco para o câncer, finalidades do exame de Papanicolaou, periodicidade com que deve ser realizado, conhecimento sobre o papel do HPV na promoção das lesões, e história natural da doença pré-neoplásica.

A educação da população em relação ao problema do câncer cérvico-uterino é um importante fator para o sucesso dos programas de prevenção, devendo ser promovida através de campanhas nos meios de comunicação, órgãos públicos, e indubitavelmente, pelos profissionais da saúde. A proporção da população avaliada, mais do que a frequência de realização dos exames de Papanicolaou, é crucial para o sucesso de programas de rastreamento em países subdesenvolvidos, onde se enquadra o Brasil, e onde a cobertura da população de risco é extremamente baixa. Um maior nível de educação sobre o assunto poderia promover um aumento na procura dos serviços disponíveis para a prevenção, aumentando a cobertura populacional e a eficácia dos programas de rastreamento.

Os dados aqui expostos podem ajudar a identificar as principais deficiências no conhecimento dos profissionais da saúde a respeito do problema do câncer cérvico-uterino, podendo servir como coadjuvantes na elaboração de programas de educação e reciclagem profissional.

7. REFERÊNCIAS

1. Cavalcanti, SMB, Zardo, LG, Oliveira, LHS. Human papillomavirus infection: correlation of colposcopy, cytology, histopathology and in situ hybridization. *J Bras Patol* 1997; 33(2):62-9.
2. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Programas de Controle do Câncer – Pró-Onco. Câncer no Brasil – dados dos registros de base populacionais. Rio de Janeiro: Pró-Onco; 1995.
3. Santa Catarina, Secretaria de Estado da Saúde. Mortalidade por tipo de câncer e sexo nas microrregionais de Santa Catarina. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde; 1997.
4. Peixoto HCG, Souza ML. O indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos e a mortalidade feminina por neoplasias malignas em Santa Catarina [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1995. 46p.
5. Morris M, Tortolero-Luna G, Malpica A, Baker VV, Cook E, Johnson E, et al. Cervical intraepithelial neoplasia and cervical cancer. *Ob Gyn Clin* 1996; 23(2):347-406.
6. Jones HW. Impact of the Bethesda System. *Cancer* 1995; 76(10):1914-17.
7. Kurman RJ, Malkasian JD, Sedlis A, Solomon D. From Papanicolaou to Bethesda: the rationale for a new cervical cytologic classification. *Ob Gyn* 1991; 77(5):779-82.
8. The Bethesda System for Reporting Cervical/Vaginal Cytologic Diagnoses. *Acta Cyt* 1993; 37(2):115-24.

9. Kiviat N. Natural history of cervical neoplasia: overview and update. *Am J Obst Gyn* 1996; 175(4):1099-104.
10. Stoler MH. A brief synopsis of the role of human papillomaviruses in cervical carcinogenesis. *Am J Obst Gyn* 1996; 175(4):1001-98.
11. Schiffman MH, Brinton LA. The epidemiology of cervical carcinogenesis. *Cancer* 1995; 76(10):1888-98.
12. Robinson WR, Morris CB. Cervical neoplasia: Pathogenesis, diagnosis and management. *Hematol Oncol Clin North Am* 1996. 10(5): 1163-76.
13. Spitzer M. Cervical screening adjuncts: recent advances. *Am J Obst Gyn* 1998; 179(2): 544-56.
14. Gomes UA, Carvalho ME. Knowledge and access to screening in women with carcinoma of the cervix in Brazil. *Rev Bras Cancerol* 1992; 38(2/3):99-102.
15. Apgar BS, Zoschnick LB. Triage of the abnormal papanicolaou test in pregnancy. *Prim Care Clin Off Pract* 1998; 25(2):483-95.
16. Santa Catarina, Secretaria de Estado da Saúde. Manual: normas e orientações técnicas: programa de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de colo uterino. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 1995.
17. Warner EA, Parsons AK. Screening and early diagnosis of cervical gynecologic cancers. *Med Clin North Am* 1996; 80(1):45-61.
18. Zeferino LC, Abimael MC, Panetta K, Neves-Jorge JP. Screening da neoplasia cervical. *J Bras Ginec* 1996; 406(11/12):415-19.
19. Richart RM. Screening: the next century. *Cancer* 1995; 76(10):1919-26.
20. Devita VT. *Cancer: Principles and practice of oncology*. 5th ed. New York: Lippincott Raven; 1997.
21. Cavalcanti SMB, Deus FCC, Zardo LG, Frugulhetti ICCP, Oliveira LHS. Human papillomavirus infection and cervical cancer in Brazil: a retrospective study. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 1996; 91(4):433-40.

22. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Programa nacional de combate ao câncer de colo uterino. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
23. Ferrigno R, Faria SLCO. Prevenção do câncer cérvico-uterino. Perfil das mulheres com câncer invasor. Rev Bras Cancerol 1992; 38(1):29-33.

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar o conhecimento de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem atuando em postos de saúde, a respeito dos principais aspectos do câncer do colo uterino.

MÉTODO: Foram pesquisados 88 médicos, 20 enfermeiros e 220 técnicos e auxiliares de enfermagem em 34 postos de saúde da grande Florianópolis, através de um questionário composto de 28 perguntas objetivas, discursivas e mistas, a respeito dos principais aspectos do câncer cérvico-uterino.

RESULTADOS: Dos 408 profissionais pesquisados, 134 (40,9%) responderam ao questionário. A promiscuidade foi apontada por 59 profissionais (44,0%) como principal fator de risco; 29 (21,6%) apontaram a hereditariedade como fator de risco. A periodicidade do exame de Papanicolaou foi referida como sendo semestral por 58 profissionais (43,3%). Dos médicos pesquisados, 11 (44%) afirmaram que as lesões cervicais pré-neoplásicas apresentam sintomatologia, e 8 (24%) não souberam definir o que é o Papilomavirus Humano (HPV).

CONCLUSÃO: Observamos algumas deficiências no conhecimento a respeito do problema do câncer cérvico-uterino por parte dos profissionais que atuam em postos de saúde da grande Florianópolis. As maiores deficiências encontradas foram com relação a fatores de risco para o câncer cérvico-uterino, finalidades do exame de Papanicolaou, periodicidade com que deve ser realizado, conhecimento sobre o papel do HPV na promoção das lesões, e história natural da doença pré-neoplásica.

SUMMARY

OBJECTIVE: To evaluate the information level of physicians, nurses, nursing technicians and nursing assistants working in sanitary units, concerning the main aspects of uterine cervix cancer.

METHOD: Eighty eight physicians, 20 nurses and 220 nursing personell working in 34 sanitary units in the greater Florianopolis area were interviewed by means of a questionnaire composed of 28 objective, discursive and mixed type questions, concerning the main aspects of uterine cervix cancer.

RESULTS: Of the 408 interviewed professionals, 134 (40,9%) answered the questionnaire. Promiscuity was pointed out by 59 professionals (44%) as the main risk factor; 29 (21,6%) pointed out genetic inheritance as a risk factor. The screening interval was pointed out to be of 6 months by 58 professionals (43,3%). Among the physicians, 11 (44%) stated that pre-neoplastic lesions present with symptoms, and 8 (24%) didn't know the definition of Human Papillomavirus (HPV).

CONCLUSIONS: We observed a few shortcomings in the greater Florianopolis area health worker's knowledge pertaining the uterine cervix cancer issue. The major flaws encountered were regarding cancer risk factors, Papanicolaou exam's goals, screening interval, knowledge about the role of HPV in the genesis of lesions, and natural history of pre-neoplastic disease.

APÊNDICE

Questionário utilizado neste estudo

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Curso de graduação em Medicina
Trabalho de conclusão de curso
Aluno: Rodrigo Clasen Moritz

QUESTIONÁRIO – CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

**O QUESTIONÁRIO É ANÔNIMO – NÃO É NECESSÁRIO IDENTIFICAR-SE
POR FAVOR, RESPONDA ÀS QUESTÕES COM SINCERIDADE, SEM
CONSULTAR SEUS COLEGAS. OBRIGADO!**

- 01) Idade: _____.
- 02) Grau de escolaridade:
- | | |
|--|--|
| a) <input type="checkbox"/> 1º Grau incompleto | d) <input type="checkbox"/> 2º Grau completo |
| b) <input type="checkbox"/> 1º Grau completo | e) <input type="checkbox"/> Universitário incompleto |
| c) <input type="checkbox"/> 2º Grau incompleto | f) <input type="checkbox"/> Universitário completo |
- 03) Cargo ou função que exerce no posto de saúde:
- a) Médico(a). Neste caso, qual a especialidade? Clínico geral
 Ginecologista
 Pediatra
 Cirurgião
- b) Enfermeiro
- c) Técnico de enfermagem
- d) Auxiliar de enfermagem
- e) Outro. Qual? _____
- 04) Há quanto tempo trabalha em posto de saúde?
- 05) O posto tem ginecologista?
- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe
- 06) Você acha que o câncer de colo de útero (câncer cervical) é um problema importante?

- a) Sim. Por quê? _____

- b) Não;
- c) Não sabe.

07) Existe uma reciclagem de conhecimento para os profissionais que trabalham no posto, em relação ao câncer cervical?

- a) Sim. De que forma? Congressos
 Palestras
 Cursos
 Boletins informativos
 Cartazes
 Vídeos
 Outras. Quais? _____
- b) Não
- c) Não sabe

08) O posto desenvolve ações educativas sobre o câncer cervical junto à comunidade?

- a) Sim. Como? Panfletos
 Palestras
 Cartazes
 Outras. Quais? _____
- b) Não
- c) Não sabe

09) Cite fatores que aumentam o risco de câncer cervical

Não sabe

As questões 10 a 24 referem-se ao exame citológico cérvico-vaginal, conhecido como Papanicolaou ou 'preventivo'.

10) O posto onde você trabalha faz a coleta do exame?

- a) Sim
- b) Não. Qual o motivo? Falta de condições materiais no posto

Falta de pessoal treinado
 Outro motivo. Qual? _____

Não sabe o motivo _____

c) Não sabe se faz o exame

11) O posto supre a demanda populacional que procura o exame 'preventivo'?

a) Sim

b) Não

c) Não sabe

12) Você já recebeu algum tipo de orientação em relação à coleta do exame?

a) Sim. (Neste caso responda aos itens 13 e 14)

b) Não

13) De que forma?

a) Explicações teóricas

b) Treinamento prático

c) Aprendizado teórico e prático

14) Você considera-se preparado para realizar a coleta de forma adequada?

a) Sim, pois conheço a técnica, os cuidados necessários e estou devidamente treinado

b) Não, pois falta-me conhecimento teórico e treinamento prático.

c) Não, pois falta-me conhecimento teórico sobre a coleta do exame

d) Não, pois falta-me treinamento prático sobre a coleta do exame

e) Não sabe responder

15) Com relação as finalidades do exame, responda a(s) alternativa(s) correta(s):

a) Detectar lesões com risco de se tornar câncer

b) Detectar infecções

c) Detectar alterações citológicas compatíveis com câncer

d) Nenhuma alternativa está correta

e) Não sabe

16) O exame deve ser evitado durante a gravidez?

a) Sim, o exame está contra-indicado na gravidez

b) Não, a gravidez não contra-indica o exame

c) Não sabe

Responda às questões 17 à 23 de acordo com as orientações da Secretaria da Saúde de Santa Catarina

- 17) Mulheres com vida sexual ativa devem fazer o exame periodicamente?
- a) Sim. (Neste caso responda os itens 18 e 19)
 - b) Não
 - c) Não sabe
- 18) Qual deve ser a periodicidade do exame?
- a) Sim. De quanto em quanto tempo? _____
 - b) Não sabe
- 19) A partir de que idade?
- a) A partir do início da vida sexual
 - b) 15 anos
 - c) 20 anos
 - d) 25 anos
 - e) Outras idades. Quais? _____
 - f) Não sabe
- 20) Mulheres virgens devem fazer o exame? (OBS.: Pressupondo que nunca tenham feito o 'preventivo')
- a) Devem fazer o exame periodicamente (Neste caso responda os itens 21 e 22)
 - b) Precisam fazer o exame uma vez apenas
 - c) Não precisam fazer o exame
 - d) Não sabe
- 21) Você sabe qual deve ser a periodicidade?
- a) Sim. De quanto em quanto tempo?
 - b) Não sabe
- 22) A partir de que idade?
- a) 15 anos
 - b) 20 anos
 - c) 25 anos
 - d) Outras idades. Quais? _____ anos
 - e) Não sabe
- 23) Mulheres que não tem, mas já tiveram atividade sexual no passado, devem fazer o exame? (OBS.: Pressupondo que nunca tenham feito o 'preventivo')

**TCC
UFSC
TO
0130**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0130

Autor: Moritz, Rodrigo Cl

Título: Câncer cérvico-uterino : nível



972803529

Ac. 254265

Ex.1 UFSC BSCCSM