







Crenças em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais acerca da realização do teste de Papanicolaou

Lesbian and bisexual women's health beliefs about performing the Papanicolaou's test

Como citar este artigo:

Maciel NS, Nascimento ABJ, Castro GB, Bandeira BS, Alves JG, Sousa LB. Lesbian and bisexual women's health beliefs about performing the Papanicolaou's test. Rev Rene. 2023;24:e83154. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20232483154>

 Nathanael de Souza Maciel¹
 Anna Beatriz Justino do Nascimento¹
 Gabrieli Bezerra de Castro¹
 Breno Sousa Bandeira¹
 José Gerfeson Alves¹
 Leilane Barbosa de Sousa¹

*Extraído do Relatório Final do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica “Crenças em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais acerca da realização do exame citopatológico do colo do útero”, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, 2022.

¹Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção, CE, Brasil.

Autor correspondente:

José Gerfeson Alves
Rua Josué Castelo Branco, 104, Centro
CEP: 62790-000. Redenção, CE, Brasil.
E-mail: gerfesoncip@gmail.com

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Chamada Especial - Promoção da saúde das populações vulneráveis

EDITOR CHEFE: Viviane Martins da Silva
EDITOR ASSOCIADO: Camila Biazus Dalcin

RESUMO

Objetivo: identificar as crenças em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais acerca da realização do teste de Papanicolaou. **Métodos:** estudo transversal desenvolvido exclusivamente *online*, com 55 participantes. Utilizou-se o *Google Forms*[®] para coleta de dados, com questões sociodemográficas e econômicas, além de questões relacionadas às práticas, à intenção e às crenças na realização do teste de Papanicolaou. Os dados foram organizados no *Google Sheets*[®] e analisados no *software SPSS*[®]. **Resultados:** verificou-se que mulheres bissexuais acreditam mais no benefício “quando eu faço o exame preventivo, eu fico aliviada” ($p=0,047$). Contudo, possuem maior pontuação de vergonha de fazer o exame preventivo ($p=0,005$). Identificou-se associação significativa entre ter realizado o exame e benefícios percebidos ($p=0,040$); gravidade percebida e nível de instrução ($p=0,006$); ter realizado o exame ($p=0,039$); e ter parceria fixa ($p=0,028$). **Conclusão:** mulheres bissexuais acreditam que realizar o exame gera alívio, mas o sentimento de vergonha pode prejudicar a adesão ao exame. Mulheres lésbicas e bissexuais sem acesso à educação superior, que nunca realizaram o exame e que possuem múltiplas parcerias sexuais estão mais vulneráveis ao câncer de colo do útero. **Contribuições para a prática:** refletir sobre esse cenário para que estratégias educativas sejam efetivadas acerca da prevenção do câncer de colo do útero.

Descritores: Minorias Sexuais e de Gênero; Teste de Papanicolaou; Programas de Rastreamento; Modelo de Crenças de Saúde; Comportamento.

ABSTRACT

Objective: to identify the health beliefs of lesbian and bisexual women about performing the Papanicolaou's test. **Methods:** cross-sectional study developed exclusively online, with fifty-five participants. Google Forms[®] were used for data collection, with sociodemographic and economic questions, as well as questions related to practices, intention, and beliefs about performing the Papanicolaou's test. Data were organized in Google Sheets[®] and analyzed in SPSS[®] software. **Results:** it was found that bisexual women believe more in the benefit “when I do the preventive exam, I am relieved” ($p=0.047$). However, they have higher scores of ashamed for doing the preventive exam ($p=0.005$). Significant association was identified between having done the exam and perceived benefits ($p=0.040$); perceived severity and education level ($p=0.006$); having done the exam ($p=0.039$); and having fixed partnership ($p=0.028$). **Conclusion:** bisexual women believe that performing the exam generates relief, but feelings of shame may hinder adherence to the exam. Lesbian and bisexual women without access to higher education, who never had the exam, and who have multiple sexual partnerships are more vulnerable to cervical cancer. **Contributions to practice:** reflect on this scenario so that educational strategies are effective for cervical cancer prevention.

Descriptors: Sexual and Gender Minorities; Papanicolaou Test; Mass Screening; Health Belief Model; Behavior.

Introdução

O câncer de colo do útero (CCU) representa um agravo relevante diante de sua alta incidência e mortalidade⁽¹⁾. Mundialmente, é responsável por 265 mil óbitos por ano, sendo a quarta causa proeminente de mortalidade feminina. Suas altas taxas de incidência ocorrem nos países da África Subsariana e do Sudeste Asiático⁽²⁾.

No Brasil, estima-se 17.010 casos entre os anos de 2023 e 2025. Estes dados se tornam ainda mais alarmantes quando classificados em ordem de importância e quando distribuídos por regiões. Verifica-se que, desconsiderando os tumores de pele não melanoma, o CCU é o segundo tipo de câncer com maior incidência nas Regiões Norte e Nordeste⁽¹⁾.

Embora o CCU seja evitável através de rastreamento (teste de Papanicolaou) e da vacinação contra o papiloma vírus humano (HPV), este segue sendo um problema de saúde pública mundialmente⁽³⁾, visto que as taxas de ocorrência e de morbimortalidade ainda desafiam as medidas preventivas até então adotadas, manifestando possíveis deficiências na oferta, no acesso e na qualidade de ações⁽⁴⁾.

A revisão sobre limitantes de rastreamento e o diagnóstico precoce do CCU apontam alguns dos principais impedimentos para as mulheres que buscam atendimento: falta de apoio, estigma comunitário e social e aprovação do cônjuge. Outros impedimentos envolvem fatores individuais, como acessibilidade, comportamentos, atitudes, valores e práticas de não adesão ao rastreamento, a saber: constrangimento, situação socioeconômica, barreiras financeiras, incapacidade de se afastar do trabalho, responsabilidades familiares e sentimento de medo⁽⁵⁾.

Além desses fatores, salienta-se a vulnerabilidade social, pois há menor frequência de realização de testes de Papanicolaou em mulheres lésbicas e bissexuais, minorias sexuais e de gênero, quando comparadas às heterossexuais. Esse resultado sugere que profissionais de saúde invisibilizam essa população, e

que as mulheres nem sempre procuram cuidado, ou só o fazem quando surgem sintomas. Os motivos para a menor procura se referem à discriminação, ao fato de muitas mulheres lésbicas ou bissexuais não encontrarem apoio para assumirem sua orientação sexual, a não percepção de práticas de risco, e ao despreparo dos profissionais⁽⁶⁾.

Apesar dos esforços para compreensão dos fatores que influenciam no comportamento de rastreamento do CCU, a maioria dos estudos estruturam sua avaliação em fatores sem a aplicação de teorias intrapessoais ou estruturas de mudança de comportamento. Esta é uma oportunidade, pois o uso de estruturas teóricas estabelecidas tem sido crucial para o desenvolvimento de intervenções eficazes e baseadas em evidências para mudar o comportamento de saúde⁽⁷⁾. O modelo de crença na saúde é uma estrutura que tem sido comumente aplicada para explicar os métodos de resolução das decisões interpessoais que envolvem uma ampla gama de comportamentos de saúde e os processos psicológicos envolvidos nessas mudanças⁽⁸⁾, incluindo o câncer de colo do útero⁽⁹⁾.

Logo, observa-se a necessidade de esforço semelhante para estudar as crenças de mulheres de minorias sexuais no que se refere ao teste de Papanicolaou, de modo a compreender como os construtos do modelo de crenças em saúde estão associados à intenção e ao comportamento do rastreamento do CCU.

Diante da lacuna evidenciada na literatura nacional e internacional sobre estudos que envolvam o modelo de crença na saúde em mulheres lésbicas e bissexuais sobre a realização do teste de Papanicolaou, este estudo torna-se relevante, pois visa reconhecer as barreiras ao acesso dessa população aos serviços e criar um ambiente favorável, considerando os aspectos sociais, culturais e estruturais para a utilização dos serviços, além de fomentar intervenções para mudança de comportamentos. Assim, objetivou-se identificar as crenças em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais acerca da realização do teste de Papanicolaou.

Métodos

Pesquisa transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvida exclusivamente de forma *online*, com 55 mulheres lésbicas e bissexuais no período de junho a novembro de 2022.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser brasileira; autodeclarar-se lésbica ou bissexual; estar na faixa etária preconizada como prioritária para a realização do teste de Papanicolaou – idade de 25 a 64 anos⁽¹⁰⁾; e ter iniciado atividade sexual. Foram excluídas mulheres com histórico de câncer cervical ou histerectomia; que se encontravam em período gravídico; e que possuíam alguma limitação cognitiva, visual ou auditiva que impossibilitou o preenchimento dos instrumentos.

Para descrever a estimativa populacional, adotou-se a fórmula utilizada para o cálculo da amostra para descrição de variáveis quantitativas em uma população infinita. Diante da não factibilidade no estabelecimento da prevalência, adotou-se proporção de 50% (0,5) e o complemento da proporção da amostra de 50% (0,5). O erro amostral adotado foi de 5% (0,05) e o grau de confiança de 95% (1,96). Assim, para este estudo, esperava-se o mínimo de 385 mulheres. Contudo, esse número de participantes não foi alcançado e a amostra foi composta por 55 mulheres.

Utilizou-se a rede social *Instagram*[®] para a divulgação e para o recrutamento da amostra. Os pesquisadores criaram uma postagem na página oficial do grupo de pesquisa *Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva*, ao qual os autores deste artigo encontram-se vinculados, com informações sobre o estudo e com o *link* eletrônico de acesso ao instrumento de coleta de dados. A postagem foi impulsionada semanalmente, durante o período de coleta de dados.

Realizou-se uma amostragem por conveniência de 22 participantes inicialmente⁽¹¹⁾. Estas participantes foram denominadas sementes, com uma composição racial e regional diversa. As sementes foram recrutadas por meio do anúncio no *Instagram*[®]. Cada semente indicou a pesquisa para seus pares. Estas se

tratavam de mulheres do ciclo de convivência da participante semente, para a qual já haviam revelado previamente sua orientação sexual. Foi admitido o recrutamento de pares por meio da partilha de um *link*, em mídias como *WhatsApp*[®], *Facebook*[®] ou *e-mail*⁽¹²⁾. Cada par contactado que participou do estudo também foi denominado semente e indicou a pesquisa para outras pessoas. Salienta-se que não houve incentivos financeiros para a participação na pesquisa

Para organização dos instrumentos de coleta de dados, foi utilizada a ferramenta gratuita *Google Forms*[®]. O instrumento foi programado para registrar apenas as respostas dos questionários que fossem finalizados pelas participantes. O questionário foi organizado em três blocos: questões sociodemográficas e econômicas; práticas e intenção na realização do teste de Papanicolaou; e crenças em saúde sobre o teste de Papanicolaou.

O primeiro bloco contemplou características do domicílio particular permanente, acesso aos serviços básicos e de saneamento básico, acesso ao rádio, televisão, DVD, microcomputador, *tablet* e internet, características gerais, nupcialidade, características de educação, características de trabalho e rendimento, prática de esporte e atividade física.

No segundo bloco, foram abordadas questões sobre quantidade de exames realizados, tempo de realização, motivo para realização e frequência⁽¹³⁾. A intenção de fazer o rastreamento do câncer do colo do útero foi avaliada com a pergunta: Qual é a sua probabilidade de realizar o rastreamento do câncer do colo do útero?. Este item foi respondido por meio de uma escala *Likert* de 11 pontos de 0 (sem intenção) a 10 (intenção mais forte). O item de intenção foi classificado como intenção “baixa” ou “alta” pela pontuação mediana do item de intenção como ponto de corte⁽¹⁴⁾.

O terceiro bloco foi composto por questionamentos do Modelo de Crenças em Saúde, mediante formulário validado e adaptado transculturalmente ao Brasil, *Champion's Health Belief Model Scale*⁽¹³⁾. Este instrumento é composto por 29 quesitos distribuídos

em quatro escalas do tipo *Likert* que contemplam susceptibilidade, gravidade, benefícios e barreiras. Para cada quesito do instrumento, há cinco alternativas de respostas (discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente) e cada alternativa possui um valor que varia de um a cinco. O valor de cada escala foi obtido a partir da soma dos valores dos itens assinalados.

A maior pontuação nas escalas de susceptibilidade, gravidade, benefícios e barreiras implica, respectivamente, em maior percepção de: risco, severidade, benefícios do teste de Papanicolaou e barreiras relacionadas à prevenção do câncer de colo do útero⁽¹³⁾. Organizaram-se os dados no *Google Sheets*® e no *software Microsoft Office Excel*® versão 2016. Posteriormente, foram analisados no *software SPSS* versão 26.0. Todos os resultados foram expressos em tabulações.

Para descrever as variáveis, foram utilizadas as frequências absolutas e percentuais. Para a análise descritiva, foram aplicados os cálculos da mediana, como medidas de tendência central, e intervalo interquartil, como medida de dispersão. Foi utilizado o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk* e o teste de homogeneidade de *Levene* para as variáveis quantitativas. Como não houve normalidade dos dados, foi utilizado o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*. Foi considerado estatisticamente significativo quando $p < 0,05$. Avaliando a associação entre as variáveis, foi utilizado o Teste Qui-quadrado de *Pearson* e foi considerado estatisticamente significativo $p < 0,05$.

O estudo atendeu aos aspectos éticos e legais de pesquisas com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira com parecer nº 5.468.575/2022 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 56304421.9.0000.5576.

Resultados

A maioria das mulheres (61,8%; n=34) se declarou bissexual e com parceria sexual fixa (54,5%;

n=30). Todas as participantes sabiam ler e escrever. A mediana de idade foi 25 (Intervalo interquartil - IIQ: 3) anos. Quanto às práticas e intenções para a realização do teste de Papanicolaou, a maioria (56,3%; n=31) já havia realizado o exame. O principal motivo de realização foi o rastreamento (47,2%; n=26). No geral, a mediana, em escala de 0 a 10, de interesse em realizar o rastreamento do CCU foi 9 (IIQ: 2).

A maioria das participantes residia no Estado do Ceará (85,4%; n=47), seguido de Bahia (5,4%; n=3), Amazonas (5,4%; n=3), Piauí (1,8%; n=1) e Espírito Santo (1,8%; n=1). Os municípios de residência com maior frequência foram Baturité (25,4%; n=14), Redenção (20,0%; n=11) e Fortaleza (12,7%; n=7), todos no Estado do Ceará. A caracterização do perfil das mulheres é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres. Redenção, CE, Brasil, 2022

Variáveis	Lésbicas	Bissexuais	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Raça			
Amarelo	0	1 (1,8)	1 (1,8)
Branca	6 (40,0)	9 (60,0)	15 (27,3)
Indígena	1 (100,0)	0	1 (1,8)
Pardo	9 (32,1)	19 (67,9)	28 (50,9)
Preto	5 (50,0)	5 (50,0)	10 (18,2)
Estado civil			
Solteira	17 (37,0)	29 (63,0)	46 (83,6)
Casada	4 (44,4)	5 (55,6)	9 (16,4)
Religião			
Católica	8 (47,1)	9 (52,9)	17 (30,9)
Evangélica	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (5,5)
Umbanda	4 (44,4)	5 (55,6)	9 (16,4)
Espírita	4 (40,0)	6 (60,0)	10 (18,2)
Ateu	2 (28,6)	5 (71,4)	7 (12,7)
Outras	2 (22,2)	7 (77,8)	9 (16,4)
Nível de instrução			
Até Ensino Médio Completo	12 (48,0)	13 (52,0)	25 (45,5)
Ensino Superior	9 (30,0)	21 (70,0)	30 (54,5)
Zona			
Rural	4 (50,0)	4 (50,0)	8 (14,5)
Urbana	17 (36,2)	30 (63,8)	47 (85,5)
Habitação/Domicílio			
Próprio	11 (42,3)	15 (57,7)	26 (47,3)
Alugado	10 (34,5)	19 (65,5)	29 (52,7)
Renda (salário mínimo)			
< 1	4 (30,8)	9 (69,2)	13 (23,6)
1	7 (35,0)	13 (65,0)	20 (36,4)
2	5 (41,7)	7 (58,3)	12 (21,8)
3	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (7,3)
≥ 3	3 (51,0)	3 (50,0)	6 (10,9)

A Tabela 2 expõe a comparação entre as pontuações de cada item das escalas de crenças em saúde com relação à orientação sexual das mulheres. Verifi-

cou-se que mulheres bissexuais acreditam mais no benefício da realização do exame (p=0,047). Contudo, possuem maior pontuação em relação à vergonha em fazer o exame (p=0,005).

Tabela 2 – Comparação entre as pontuações de cada item das escalas de crenças em saúde em relação à orientação sexual das mulheres. Redenção, CE, Brasil, 2022

Variáveis	Lésbicas	Bissexuais	p [†]
	Mediana (IIQ)*	Mediana (IIQ)	
Susceptibilidade			
Tenho certeza que vou ter CCU [‡] algum dia	3 (1)	2 (2)	0,099
Acho que vou ter CCU algum dia	3 (2)	3 (2)	0,717
Tenho grande chance de CCU nos próximos 10 anos	3 (2)	2 (2)	0,084
Minha chance de ter CCU é grande	3 (2)	2 (2)	0,083
Tenho mais chance de ter CCU que as outras pessoas	3 (2)	2 (2)	0,686
Gravidade			
A ideia de CCU me apavora	3 (3)	3 (3)	0,843
Quando eu penso em ter CCU, meu coração dispara	3 (3)	2 (3)	0,666
Tenho medo até de pensar em CCU	3 (3)	2 (3)	0,409
Os problemas com o CCU iriam durar muito tempo	3 (3)	3 (3)	0,457
CCU pode ameaçar minha relação com meu parceiro	3 (3)	2 (2)	0,476
Se eu tivesse CCU, minha vida toda iria mudar	3 (3)	2 (3)	0,605
Se eu tiver CCU, não vou viver mais que cinco anos	2 (2)	2 (2)	0,798
Benefícios			
Quando eu faço o exame, eu fico aliviada	1 (3)	3 (3)	0,047
Quando faço exame, não me preocupo com o CCU	2 (2)	3 (3)	0,137
Fazer o exame ajuda a descobrir logo o CCU	1 (3)	1 (3)	0,286
Fazer o exame diminui a chance de morrer de CCU	1 (3)	1 (3)	0,913
O exame diminui a chance de uma cirurgia grande	1 (2)	1 (3)	0,217
Barreiras			
Vergonha de fazer o exame preventivo	1 (0)	2 (3)	0,005
Medo do diagnóstico	1 (3)	2 (3)	0,117
Medo porque eu não sei o que vão fazer comigo	1 (1)	2 (3)	0,056
Não sei o que fazer para marcar o exame preventivo	1 (1)	2 (3)	0,194
O preparo para fazer o exame vai demorar muito	1 (2)	2 (2)	0,555
Acho que o exame preventivo deve doer muito	1 (3)	1 (2)	0,791
O pessoal que faz o exame pode ser grosseiro	1 (2)	2 (3)	0,091
É difícil arrumar condução para ir fazer o exame	1 (2)	2 (2)	0,580
Tenho coisas mais importantes para fazer	1 (1)	1 (1)	0,504
O exame preventivo vai atrapalhar minha vida	1 (1)	1 (1)	0,984
O exame preventivo é muito caro	1 (2)	1 (2)	0,808
Sempre me esqueço de marcar o exame preventivo	1 (1)	2 (2)	0,111

*IIQ: Intervalo interquartilico; †Teste de Mann-Whitney; ‡CCU: Câncer de colo do útero

Ao relacionar os dados sociodemográficos à classificação dos escores das crenças, identificou-se associação significativa entre realizar o exame e perceber seus benefícios (p=0,040), com maior frequência de percepção média ou alta entre mulheres que já haviam realizado exame (61,3%; n=19); gravidade e nível de instrução (p=0,006), os quais mulheres com ingresso no ensino superior possuem percepção média ou elevada (80,0%; n=24); gravidade e realização do exame (p=0,039), com maior frequência de percepção média ou alta entre mulheres que já haviam realizado exame (77,4%; n=24); e parceria fixa e gravidade (p=0,028), com maior proporção de percepção média

e alta entre aquelas com parceria fixa (76,7%; n=23). A Tabela 3 apresenta a comparação entre os escores de crenças em saúde com relação à orientação sexual das mulheres.

Tabela 3 – Comparação entre os escores de crenças em saúde com relação à orientação sexual das mulheres. Redenção, CE, Brasil, 2022

Variáveis	Lésbicas	Bissexuais	Total	p-valor [†]
	Mediana (IIQ)*	Mediana (IIQ)	Mediana (IIQ)	
Susceptibilidade	15 (5)	11 (9)	13 (7)	0,232
Gravidade	20 (17)	17 (8)	17 (11)	0,631
Benefícios	9 (9)	11 (13)	10 (11)	0,179
Barreiras	18 (17)	23 (17)	22 (17)	0,173

*Intervalo interquartilico; †Teste de Mann-Whitney

Verificou-se que não houve diferença estatística entre os escores das crenças em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.

Discussão

Observou-se que existem fatores de responsabilidade direta dos serviços de saúde que estão relacionados ao desejo de realizar o exame, aos benefícios deste e, também, à percepção de gravidade do CCU. Desse modo, esta pesquisa ressalta a necessidade de que equipes de saúde desenvolvam estratégias de busca e acolhimento de mulheres lésbicas e bissexuais, a fim de que sentimentos de vergonha, por exemplo, sejam amenizados, e que as pacientes percebam os benefícios da realização do exame com a frequência recomendada.

Verificou-se que, entre as participantes do estudo, houve prevalência de bissexuais, com parceria fixa e solteiras. A predominância da identidade bissexual entre as participantes revela maior probabilidade de exposição destas à relação sexual com penetração peniana. A transmissão do papilomavírus humano (HPV) pode ocorrer em qualquer tipo de relação sexual e pode afetar ânus, vulva, vagina, pênis e orofaringe; porém, a maioria das mulheres com CCU foram infectadas logo após a sexarca, com desenvolvimento progressivo de lesões⁽¹⁵⁾.

Alerta-se, todavia, que mulheres lésbicas também podem estar vulneráveis, uma vez que a maioria já teve alguma experiência sexual anterior com homem e, considerando que a sexualidade pode mudar no decorrer da vida, mesmo as mulheres que se definem como lésbicas podem estabelecer relação sexual com penetração peniana⁽¹⁶⁾. Além disso, outras formas de contaminação, além do contato sexual com penetração peniana, precisam ser consideradas.

A relação sexual com parceira fixa pode constituir fator de vulnerabilidade, em virtude da falsa impressão de que a não exposição a múltiplos parceiros representa menor risco. Contudo, o desenvolvimento do CCU está condicionado à contaminação pelo HPV e associado a fatores individuais. O HPV, por sua vez,

é um vírus de alta transmissibilidade, que pode permanecer em período de latência por um longo período⁽¹⁷⁾. Essas características reforçam a importância do exame de rastreamento e a vulnerabilidade de todas as mulheres que tiverem estabelecido relação sexual sem preservativo, mesmo com parceria fixa.

Pouco mais da metade das participantes do presente estudo afirmaram que haviam realizado o exame e declaram interesse em realizá-lo. Verifica-se que ainda é grande o número de mulheres lésbicas e bissexuais que nunca se submeteram ao rastreamento do CCU, especialmente considerando a meta de 80% de cobertura para a população feminina, em geral.

Mulheres que fazem sexo com mulheres apresentam percentual semelhante de adesão ao teste de Papanicolaou (52,7%), mas destacou-se que, entre estas, a maioria realizou o exame apenas uma vez⁽¹⁸⁾. Diante da baixa adesão ao exame, faz-se necessário que estratégias de busca ativa e acolhimento sejam implementadas a fim de garantir inclusão de lésbicas e bissexuais e aumentar a cobertura do teste de Papanicolaou a essas populações. Ademais, mulheres lésbicas e bissexuais, quando conseguem acessar os serviços de saúde, experimentam maiores desafios em relação à prevenção do CCU⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Identificou-se a crença, por parte de mulheres bissexuais, de que a realização do teste de Papanicolaou gera alívio, provavelmente por se tratar de um cuidado à saúde relacionado à averiguação de que não há desenvolvimento de câncer no colo do útero. Em contrapartida, verificou-se, também, que o mesmo público revelou sentir vergonha de se submeter à realização do exame, o que pode representar um motivo para não adesão. O teste de Papanicolaou, por si só, é considerado um procedimento que envolve sentimentos diversos relacionados ao constrangimento de expor o corpo e as práticas sexuais. O sentimento de vergonha relatado pelas participantes pode estar relacionado ao acolhimento desse público e/ou à postura do profissional de saúde na condução da consulta ginecológica, especialmente no tocante ao comportamento sexual.

No sistema de saúde, mulheres lésbicas e

bissexuais sofrem, preconceito relacionado ao julgamento religioso da prática sexual e negligência associada à presunção de que lésbicas não precisam se submeter ao teste de Papanicolaou porque nunca tiveram relação sexual com penetração⁽²¹⁻²³⁾. Essas questões podem impactar o acesso ao cuidado e, consequentemente, no desenvolvimento do CCU, o que requer urgência na capacitação de profissionais de saúde para a oferta de assistência inclusiva às populações vulneráveis, como lésbicas e bissexuais.

O nível de instrução das participantes está significativamente relacionado à percepção de gravidade, uma vez que mulheres que ingressaram no ensino superior possuem percepção média ou elevada. O acesso à educação formal parece influenciar positivamente não só a obtenção de informações sobre saúde, mas, sobretudo a compreensão acerca da mensagem em torno destas informações. Pesquisa desenvolvida com 35 lésbicas universitárias observou boa adesão à consulta ginecológica (77,1%), fato que pode estar associado ao maior nível educacional⁽²⁴⁾.

De fato, altas taxas de incidência e prevalência do CCU são identificadas em países subdesenvolvidos e/ou em desenvolvimento, os quais tendem a apresentar baixos níveis socioeconômicos e educacionais. No Brasil, por exemplo, a taxa de incidência estimada para 2023 é de 15,38%, valor que está muito acima da estimativa de países desenvolvidos, como Austrália e Nova Zelândia, ambos com taxa de incidência estimada de 5,6%⁽¹⁻²⁾.

A experiência prévia de realização do exame está relacionada tanto com a percepção dos benefícios do exame como também da gravidade do CCU. Esse achado pode ser resultante de informações que as pacientes adquiriram durante a consulta ginecológica, uma vez que nesta ocasião pode haver esclarecimento acerca da doença e da importância do exame Papanicolaou para a prevenção secundária deste agravo. A educação em saúde nas consultas ginecológicas pode ampliar conhecimentos e influenciar positivamente a adoção de atitudes e práticas saudáveis, inclusive em relação à percepção da necessidade de realização do teste de Papanicolaou⁽²⁵⁻²⁶⁾.

O fato de ter parceria fixa também se apresentou, neste estudo, significativamente associado à consciência da gravidade do CCU. Acerca da relação entre práticas sexuais e cuidados com a saúde, a pesquisa analisou práticas sexuais de 231 mulheres que fazem sexo com mulheres averiguou que aquelas que não possuem parceria fixa estavam mais vulneráveis à relação sexual sem uso do preservativo, com chances de não uso deste método de proteção maior do que as mulheres que não possuem parceria fixa⁽²⁷⁾.

Limitações do estudo

A pesquisa teve como limitação a coleta de dados realizada de forma *online*, que pode implicar em interpretações equivocadas das questões abordadas no questionário, uma vez que não havia presença do entrevistador para esclarecer eventuais dúvidas. Ressalta-se, porém, que, por se tratar de instrumento previamente validado, os resultados obtidos são confiáveis e oferecem contribuições científicas importantes. Outra fragilidade refere-se ao tamanho amostral, uma vez que o pequeno número de participantes pode comprometer a capacidade de generalização do estudo à população. Ademais, os dados do presente estudo disponibilizam para a literatura informações e lacunas para futuros trabalhos.

Contribuições para a prática

Esses achados despertam reflexão acerca das múltiplas vulnerabilidades de mulheres que se relacionam com mulheres sem parceria fixa, uma vez que, além de estarem mais expostas em virtude da relação sexual sem uso do preservativo, ainda possuem menor consciência acerca da gravidade do câncer de colo do útero. Essa realidade pode favorecer o desenvolvimento do câncer de colo do útero pela maior exposição ao papiloma vírus humano e pela eventual não adesão ao teste de Papanicolaou. É necessário que estratégias educativas direcionadas para esse público contemplem a importância da prevenção primária e secundária da doença.

Conclusão

Mulheres bissexuais apresentam a crença de que a realização do exame preventivo Papanicolaou gera sensação de alívio; todavia, este público também revelou sentir vergonha em realizar o exame, o que pode prejudicar a adesão à prevenção secundária com a regularidade necessária. O ensino superior, a realização prévia do exame e/ou a existência de parceria sexual fixa foram associados à maior percepção acerca da gravidade do câncer de colo do útero, o que ressalta o fato de que mulheres lésbicas e bissexuais sem acesso à educação superior, que nunca se submeteram à realização do teste de Papanicolaou e/ou que possuem múltiplas parcerias sexuais estão mais vulneráveis ao câncer de colo do útero.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada; Concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionados à precisão ou integridade de qualquer parte do manuscrito: Maciel NS, Nascimento ABJ, Castro GB, Bandeira BS, Alves JG, Sousa LB.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Dados e números sobre câncer do colo do útero: relatório anual 2022 [Internet]. 2022 [cited Jan 13, 2023]. Available from: <http://www.inca.gov.br/uteroc>
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
3. Silva GA, Alcantara LLM, Tomazelli JG, Ribeiro CM, Girianelli VR, Santos EC, et al. Evaluation of cervical cancer control actions within Brazil and its regions based on data recorded in the Brazilian Unified National Health System. *Cad Saúde Pública.* 2022;38(7):e00041722. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT041722>
4. Vieira YP, Viero VSF, Vargas BL, Nunes GO, Machado KP, Neves RG, et al. Trends and inequalities in self-reported cervical cancer screening in Brazilian capitals from 2011 to 2020. *Cad Saúde Pública.* 2022;38(9):e00272921. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPT272921>
5. Pierz AJ, Randall TC, Castle PE, Adedimeji A, Ingabire C, Kubwimana G, et al. A scoping review: facilitators and barriers of cervical cancer screening and early diagnosis of breast cancer in Sub-Saharan African health settings. *Gynecol Oncol Rep.* 2020;33:100605. doi: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.gore.2020.100605>
6. Everett BG, Higgins JA, Haider S, Carpenter E. Do sexual minorities receive appropriate sexual and reproductive health care and counseling? *J Womens Health.* 2019;28(1):53-62. doi: <https://doi.org/10.1089%2Fjwh.2017.6866>
7. Tallon B, Monteiro D, Soares L, Rodrigues N, Morgado F. Tendências da mortalidade por câncer de colo no Brasil em 5 anos (2012-2016). *Saúde Debate.* 2020;44(125):362-71. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012506>
8. Lau J, Lim TZ, Jianlin Wong G, Tan KK. The health belief model and colorectal cancer screening in the general population: a systematic review. *Prev Med Rep.* 2020;20:101223. doi: <https://doi.org/10.1016%2Fj.pmedr.2020.101223>
9. Nelas PA, Coutinho E, Chaves C, Duarte J, Cruz C, Dionísio R, et al. Crenças em saúde relativas ao cancro do colo do útero. *Int J Dev Educ Psychol.* 2020;2(1):417-24. doi: <http://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v2.1864>
10. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. [Internet]. 2016 [cited Jan 13, 2023]. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uteroc>
11. Bauermeister JA, Zimmerman MA, Johns MM, Glowacki P, Stoddard S, Volz E. Innovative recruitment using online networks: lessons learned from an online study of alcohol and other

- drug use utilizing a web-based, respondent-driven sampling (webRDS) Strategy. *J Stud Alcohol Drugs*. 2012;73(5):834-8. doi: <https://dx.doi.org/10.15288%2Fjsad.2012.73.834>
12. Helms YB, Hamdiui N, Kretzschmar MEE, Rocha LEC, van Steenberg JE, Bengtsson L, et al. Applications and recruitment performance of web-based respondent-driven sampling: scoping review. *J Med Internet Res*. 2021;23(1):e17564. doi: <https://doi.org/10.2196%2F17564>
 13. Rafael R, Moura A. Health Belief Model and cervical cancer screening: assessing vulnerabilities. *Rev Enferm UERJ*. 2017;25:e26436. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.26436>
 14. Sumarmi S, Hsu YY, Cheng YM, Lee SH. Factors associated with the intention to undergo Pap smear testing in the rural areas of Indonesia: a health belief model. *Reprod Health*. 2021;18(138):138. doi: <https://doi.org/10.1186%2Fs12978-021-01188-7>
 15. Organização Pan-Americana da Saúde. HPV e câncer do colo do útero [Internet]. 2022 [cited Jan 13, 2023]. Available from: <https://www.paho.org/pt/topicos/hpv-e-cancer-do-colo-do-utero>
 16. Cabral KTF, Pereira IL, Almeida LR, Nogueira WBAG, Silva FV, Costa LFP, et al. Nursing care for lesbian and bisexual women. *Rev Enferm UFPE on line*. 2019;13(1):79-85. doi: <https://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a237896p79-85-2018>
 17. Paula T, Ferreira M, Marin M, Meneguim S, Ferreira A. Detecção precoce e prevenção do câncer de colo uterino: saberes e práticas educativas. *Enferm Foco*. 2019;10(2):47-51. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.1624>
 18. Londero GR, Braz MM. Sexual health of women who have sex with women: prevention of sexually transmitted infections. *Rev Contexto Saúde*. 2021;21(43):214-24. doi: <https://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2021.43.11312>
 19. Cerqueira RS, Santos HLPC, Prado NMBL, Bittencourt RG, Biscarde DGDS, Santos AM. Control of cervical cancer in the primary care setting in South American countries: systematic review. *Pan Am J Public Health*. 2022;46:e107. doi: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2022.107>
 20. Rodrigues JL, Falcão MTC. Experiences of gynecological care by lesbian and bisexual women: (in)visibility and barriers to the exercise of the right to health. *Saúde Soc*. 2021;30(1):e181062. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902021181062>
 21. Gomes R. Narratives of the Brazilian homosexual movement on the health of gays and lesbians. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27(2):555-65. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.05062021>
 22. Felix JLP, Araújo BRO, Oliveira MM, França AMB. Assistência à saúde da mulher lésbica: formação profissional e impactos em todas as fases da vida. *Cad Grad Ciênc Biol Saúde [Internet]*. 2022 [cited Jan 13, 2023];7(2):20-34. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/9385/4975>
 23. Ketzer N, Vieira LB, Schneck CA, Maffaccioli R, Strada J, Patuzzi G, et al. Sexual and reproductive health in primary health care: reports of lesbian women. *Rev Baiana Enferm*. 2022;36:e45637. doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.45637>
 24. Santos FHR, Parreira BDM, Pan R. Women's health: a study with lesbian college students. *Res Soc Dev*. 2022;11(14):e414111436448. doi: <https://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36448>
 25. Ribeiro LL, Góes, CFA. Processo de trabalho de enfermeiras na consulta ginecológica. *Rev Enferm Contemp*. 2021;10(1):51-9. doi: <https://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i1.3334>
 26. Nunes VLS, Resende WA, Cabral GVS, Oliveira FSR, Silva RRS. The importance of health education as a form of prevention to breast cancer: an experience report in a basic health unit of Palmas/TO. *Rev Ext [Internet]*. 2020 [cited Jan 13, 2023];4(2):108-14. Available from: <https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/4219>
 27. Cavalcante DR, Ribeiro SG, Pinheiro AKB, Soares PRAL, Aquino PS, Chaves AFL. Sexual practices of women who have sex with women and condom use. *Rev Rene*. 2022;23:e71297. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222371297>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons