

X
21/01/13

Fabiana Margarida da Silva Mendes



Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Licenciatura em Enfermagem

Porto, 2010

DE A
ANALISAR

LEITURA
INTERNA

Fabiana Margarida da Silva Mendes

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Licenciatura em Enfermagem

Porto, 2010

Fabiana Margarida da Silva Mendes

Cancro colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV em mulheres com idades compreendidas entre 13 e 26 anos

Orientadora: Enfermeira Alice Martins

Atesto a originalidade:

Fabiana Margarida da Silva Mendes

(Fabiana Margarida da Silva Mendes)

“ Projecto de Graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciada em Enfermagem”

Porto, 2010

Sumário

O cancro invasivo do colo do útero assume um papel de relevo, uma vez que representa a segunda causa de morte por cancro nas mulheres com idade inferior a 44 anos. Sabe-se que as lesões provocadas pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) têm em todo o mundo uma incidência muito elevada (DGS, 2006).

A *World Health Organization* expressa a convicção que o HPV é o segundo carcinogénio com maior importância, logo a seguir ao tabaco (WHO, 2002).

A aprovação das vacinas contra o cancro do colo do útero, e a introdução da vacina Gardasil® no Programa Nacional de Vacinação são um meio eficaz de prevenção primária, reduzindo a curto prazo e de forma significativa, uma preocupação da saúde pública, minimizando visivelmente o impacto desta doença a nível físico, emocional, bem como os custos a nível financeiro das lesões provocadas pelo Vírus Papiloma Humano.

No entanto, é importante salientar que o rastreio do cancro do colo do útero detecta alterações nas células numa fase precoce permitindo, deste modo, evitar a propagação das lesões cancerosas. Espera-se assim que a combinação da vacinação com o rastreio maximizem a eficácia no combate ao cancro do colo do útero (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2009).

A escolha do tema do estudo “Cancro colo do útero: conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV em mulheres com idades compreendidas entre os 13 e os 26 anos”, é no nosso entender pertinente, tendo em conta o número de campanhas de sensibilização que se encontram a decorrer para a prevenção do cancro do colo do útero. Como tal, pretendemos desenvolver um estudo com o objectivo de analisar os conhecimentos sobre o cancro do colo do útero em mulheres com idades compreendidas entre os 13 e os 26 anos e saber qual a taxa de adesão à vacinação do HPV em mulheres com idades compreendidas entre os 13 e os 26 anos.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal, inserido no paradigma quantitativo.

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário, aplicado a 55 mulheres entre os 13 e os 26 anos que passaram na rua Francisco Marto na cidade de Fátima nos dias 27 a 30 de Março de 2010, seleccionadas pelo processo de amostragem não probabilística – amostra accidental.

Após a análise dos dados verificou-se que as adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos apresentam menos conhecimentos acerca do cancro do colo do útero, do que as mulheres com idades compreendidas entre 19 e 26 anos. Podemos concluir de igual modo que o intervalo de idades que apresenta menos conhecimentos, ou seja, entre os 13 e os 18 anos, tiveram oportunidade de se vacinarem, uma vez que são idades abrangidas pelo Programa Nacional de Vacinação, enquanto que as mulheres com idades compreendidas entre os 19 e 26 anos, apesar de possuírem mais conhecimentos, não tiveram facilidade de acesso para serem vacinadas na prevenção do cancro do colo do útero, uma vez que a vacina apresenta custos elevados.

Relativamente à informação acerca da vacina a grande maioria refere que a possui, e as fontes dessa informação foram o centro de saúde, seguida da internet.

Abstract

Invasive cervix cancer plays a significant role since it represents the second cause of death through cancer among women under 44. It is known that the lesions caused by the human papillomavirus (HPV) have a high incidence all over the world (DGS, 2006).

The World Health Organization (WHO) expresses the conviction that HPV is the second most important cancer agent after tobacco (WHO, 2002).

The approval of the cervix cancer vaccine and the introduction of Gardasil® into the national vaccination programme are an efficient means of primary prevention since they significantly lessen a public health concern in the near future, by visibly minimizing the physical and emotional impact of this disease as well as the financial costs of the lesions resulting from the HPV.

Nevertheless, it is important to emphasize that the cervix cancer tracking detects cell alterations in an early stage, thus making it possible to avoid the propagation of cancerous lesions. Accordingly, the combination of the vaccination with the tracking is expected to maximize the efficacy of the fight against cervix cancer (Liga Portuguesa Contra O Cancro, 2009).

The choice of the subject of the study “Cervix cancer: knowledge and adhesion to HPV vaccination in women between the age of 13 and 26” is pertinent in our view, considering the number of ongoing campaigns for the prevention of cervix cancer. Therefore we intend to make a study with the purpose of analyzing the knowledge concerning cervix cancer among women between the age of 13 and 26 and realizing to what extent women between the age of 13 and 26 second vaccination in cervix cancer prevention.

This study consists of an exploratory, descriptive and transverse research, inserted in the quantitative paradigm.

Data were collected by way of a questionnaire, which was applied to 55 women between the age of 13 and 26, who passed through Rua Francisco Marto, in the city of Fátima, on March

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

27th to 30th 2010, and who were selected with the non probabilistic sample process – accidental sample.

Having analyzed the data, it was gathered that teenagers between the age of 13 and 18 have less knowledge regarding cervix cancer than women between the age of 19 and 26. We can also infer that the age-group with the least knowledge, i.e. between 13 and 18, has had the opportunity to get vaccinated, since they are encompassed in the national vaccination programme, whereas women between 19 and 26, despite being better informed, have not been vaccinated to prevent cervix cancer, as the vaccine is rather expensive.

The vast majority states that they are informed regarding the vaccine, and the source of this information was the general practice, followed by the internet.

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

Dedicatória

Aos meus pais por todo o esforço que fizeram para eu poder vir a ser Enfermeira.

Às minhas irmãs: Por todo o apoio que me deram na realização deste projecto.

À minha avó pelas palavras sábias e amigas que sempre teve para comigo.

Ao meu namorado por toda a paciência que teve comigo ao longo destes quatro anos.

Agradecimentos

O meu profundo reconhecimento e gratidão a todos aqueles que directa ou indirectamente, contribuíram para que este projecto profissional se realiza-se.

Um agradecimento muito especial à Enfermeira Alice Martins, cuja capacidade critica e visão pertinente em enfermagem permitiram uma orientação motivadora, apoiando-me incondicionalmente.

Lista de siglas

ACO- Anticonceptivos orais;

ACOG- American College of Obstetricians and Gynecologists;

ADN- Ácido Desoxirribonucleico;

AS-CUS- Células escamosas atípicas de significado indeterminado;

CCU- Cancro colo do útero;

DGS- Direcção geral de saúde;

EXCEL- Programa de cálculo

FDA- Food and Drug Administration;

FIGO- Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

GDS- Grupo de diagnósticos homogéneos;

HPV- Papiloma Vírus Humano;

OMS- Organização mundial de saúde;

PNPCDO- Plano nacional de prevenção e controlo das doenças oncológicas;

PNV - Programa Nacional de Vacinação;

Lista de abreviaturas

p. - Página

p.p. - Páginas

% - Percentagem

Índice

0 – Introdução	20
Capítulo I – Fase Conceptual	23
1.1 Cancro	23
1.2 Anatomia do sistema reprodutor feminino	24
1.2.1 Anatomia do Útero e colo uterino	25
1.3 Cancro do colo do útero	26
1.3.1 Epidemiologia	26
1.3.2 Características Clínicas	28
1.3.3 Factores de risco	28
1.3.4 Prevenção	30
1.3.5 Rastreio Citológico	32
1.3.6 Diagnóstico e Estádio	33
1.4 Vírus Papiloma Humano	35
1.5 Vacina contra o cancro do colo do útero	36
1.5.1 Vacina Gardasil ®	37
Capítulo II – Fase Metodológica	39
2.1 Identificação da problemática /Justificação do estudo	40
2.2 Questões de investigação	40
2.3 Objectivos da investigação	41
2.4 Variáveis em estudo	41
2.5 Tipo de estudo	42
2.6 População	43
2.7 Processo de amostragem	43
2.8 Amostra	43

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

2.9 Princípios éticos associados à investigação	44
2.10 Instrumento de colheita de dados	46
2.11 Pré-teste	46
Capítulo III – Fase empírica.....	47
3.1 Análise dos dados	47
3.2 Discussão dos resultados	63
Capítulo IV – Conclusão	69
Capítulo V – Referências Bibliográficas.....	71
Anexos.....	75
ANEXO 1 – INSTRUMENTO COLHEITA DE DADOS	
ANEXO 2 – CRONOGRAMA	
Índice de figuras	15
Índice de tabelas.....	16
Índice de gráficos	18
Índice de quadros	19

Índice de figuras

Figura 1- Sistema Reprodutor Feminino..... 25

Índice de Tabelas

Tabela 1- HPV's anogenitais de Alto e Baixo Risco	36
Tabela 2- Distribuição da amostra segundo a nacionalidade	48
Tabela 3- Distribuição da amostra segundo a raça.....	48
Tabela 4- Distribuição da amostra segundo a idade.....	49
Tabela 5- Distribuição da amostra segundo o estado civil.....	50
Tabela 6- Distribuição da amostra segundo as Habitações Literárias.....	50
Tabela 7- Distribuição da amostra segundo os conhecimentos acerca do cancro do colo do útero	51
Tabela 8- Distribuição da amostra segundo o conhecimento acerca da localização do cancro do colo do útero	52
Tabela 9- Distribuição da amostra segundo o conhecimento da transmissão do vírus pelo parceiro sexual.....	52
Tabela 10- Distribuição da amostra segundo o conhecimento do nome do vírus causador do cancro do colo do útero	53
Tabela 11- Distribuição da amostra segundo conhecimento do teste de Papanicolaou	54
Tabela 12- Distribuição da amostra segundo o conhecimento de um dos factores de risco ser a não realização do teste Papanicolaou	55
Tabela 13- Distribuição da amostra segundo o conhecimento do cancro	

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

do colo do útero poder estar associado a comportamentos sexuais 55

Tabela 14- Distribuição da amostra segundo conhecimento do tabaco poder estar associado ao cancro do colo do útero 56

Tabela 15- Distribuição da amostra segundo conhecimento do cancro do colo do útero ser a segunda causa de morte por cancro na mulher 57

Tabela 16- Distribuição da amostra segundo conhecimento da evolução da doença..... 58

Tabela 17- Número de mulheres vacinadas contra o cancro do colo do útero..... 59

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

Índice de gráficos

Gráfico 1- Distribuição da amostra segundo a importância da prevenção do cancro do colo do útero, através da vacinação	59
Gráfico 2- Distribuição da amostra segundo os motivos de não estar vacinada.....	60
Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo a informação acerca da vacina	61
Gráfico 4 - Distribuição da amostra segundo onde obteve a informação	61

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

Índice de quadros

Quadro 1- Calendário de vacinação de HPV 37

Quadro 2- Representação da média de idades da amostra 49

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

Introdução:

No âmbito da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, surge este trabalho como o culminar de todo um processo pedagógico, que visa a obtenção do grau de licenciada em Enfermagem.

O projecto de graduação insere-se no âmbito da disciplina de Projecto de Investigação II do 4º ano, do 2º semestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem e versa o tema: “ Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV em mulheres com idades compreendidas entre 13 e os 26 anos.”

Este tema bastante actual, encontra-se inserido na área de doenças de maior risco de mortalidade. O cancro é um fenómeno único. Apesar de grandes avanços científicos actualmente ainda não existe uma cura definitiva e geral que abranja todos os casos, formas de prevenir e de amenizar a dor dos pacientes com cancro. Por esta razão, torna-se urgente investigar e explorar este mundo do cancro, para que os profissionais de enfermagem se mantenham actualizados e informados, com o objectivo de proporcionar cuidados no domínio da prevenção primária, secundária e terciária e desta forma possam melhorar a qualidade de vida destes doentes. Assim se a população estiver informada, possuir mais e melhores conhecimentos, adoptarem comportamentos saudáveis, poderá contribuir para diminuir a incidência de casos de cancro.

Como objectivos académicos, pretende-se com a elaboração do projecto de investigação:

- Aplicar conhecimentos metodológicos na abordagem da temática em estudo;
- Aprofundar os conhecimentos na área da investigação científica;
- Servir de instrumento de avaliação da unidade curricular;
- Aprofundar conhecimentos sobre a temática do cancro do colo do útero.

Neste contexto foram colocadas as seguintes questões, com o intuito de orientação do estudo:

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

- **Quais os conhecimentos sobre o cancro do colo do útero em mulheres com idades compreendidas entre 13 e 26 anos?**
- **Qual a taxa de adesão à vacinação do HPV em mulheres com idades compreendidas entre 13 e 26 anos?**

A investigação deve conter um fundamento que a sustente, para que obtenha um impacto crucial. Deste modo, é importante formular objectivos para responder às questões levantadas no âmbito do tema seleccionado.

No sentido de clarificar a finalidade proposta, emergiram os seguintes objectivos:

- Identificar os conhecimentos acerca da prevenção do cancro do colo do útero em mulheres com idades compreendidas entre 13 e 26 anos;
- Identificar taxa de adesão à vacinação do HPV na prevenção do cancro do colo do útero em mulheres com idades compreendidas entre 13 e 26 anos;

Para que os objectivos sejam concretizados, a amostra seleccionada têm como critérios de inclusão: serem alfabetizadas bem como apresentarem idades compreendidas entre 13 e 26 anos.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal, inserido no paradigma quantitativo.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário, aplicado a 55 mulheres entre os 13 e os 26 anos que passaram na rua Francisco Marto na cidade de Fátima nos dias 27 a 30 de Março de 2010, ou seja, seleccionadas pelo processo de amostragem não probabilística – amostra accidental.

Após a análise dos dados verificou-se que as adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos apresentam menos conhecimentos acerca do cancro do colo do útero, do que

as mulheres com idades compreendidas entre 19 e 26 anos. Podemos concluir de igual modo que o intervalo de idades que apresenta menos conhecimentos, ou seja, entre os 13 e os 18 anos, tiveram oportunidade de se vacinarem, uma vez que são idades abrangidas pelo Programa Nacional de Vacinação, enquanto que as mulheres com idades compreendidas entre os 19 e 26 anos, apesar de possuírem mais conhecimentos, não tiveram facilidade de acesso para serem vacinadas na prevenção do cancro do colo do útero, uma vez que a vacina apresenta custos elevados.

Relativamente à informação acerca da vacina a grande maioria refere que a possui, e as fontes dessa informação foram o centro de saúde, seguida da internet.

Este trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo, denominado por fase conceptual, iremos abordar o cancro numa visão geral, a anatomia do sistema reprodutor feminino, dando especial relevo à anatomia do colo do útero, a epidemiologia do cancro do colo do útero, características clínicas bem como factores de risco, prevenção, rastreio, diagnóstico e estadiamento, o Vírus Papiloma Humano e, por último, a vacina contra o cancro do colo do útero.

O segundo capítulo, a Fase Metodológica centra-se na Identificação da problemática /Justificação do estudo, questões de investigação, objectivos da investigação, variáveis e tipo de estudo, o processo de selecção da amostra, princípios éticos associados à investigação, instrumento de colheita de dados, tratamento e análise dos dados.

No terceiro capítulo, a fase empírica iremos proceder à análise e discussão dos resultados.

No quarto capítulo, será efectuada a conclusão do trabalho de investigação e por último, as referências bibliográficas no quinto capítulo.

1.1 O cancro

O cancro é um tumor maligno, isto é, constituído pela proliferação anárquica de células anormais, que invade as estruturas vizinhas e que tem tendência para produzir tumores secundários à distância (metástases) (Manuila, et alli, 2000, p. 114)

Os cancros, dos quais se estima existirem mais de 200 tipos diferentes, têm as propriedades de um crescimento descontrolado de células derivadas dos tecidos normais e de serem capazes de matar o hospedeiro pela disseminação das células desde o local de origem até locais distantes ou pela disseminação local. (Clayton, 2000, p.302)

Segundo o Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (PNPCDO, 2007/2010) as doenças oncológicas constituem nos nossos dias a segunda causa de morte em Portugal, reflectindo um grande impacto a nível do doente, da sua família bem como na sociedade em geral, sendo temidas por todos. Tornou-se então como ponto fulcral do PNPCDO actuar no combate contra o cancro (DGS, 2007).

O cancro surge quando ocorre uma desregulação celular. O tecido celular diferencia-se, as células iniciam um processo de crescimento descontrolado, originando na maior parte dos casos uma massa celular sem qualquer função específica a que se dá o nome de tumor (American Cancer Society, 2005).

As células cancerosas possuem igual capacidade de se deslocarem para outros locais do organismo utilizando o sistema linfático ou a corrente sanguínea. Caso se fixem vão substituir o tecido normal e a continuação do seu processo de replicação dá origem a metástases (American Cancer Society, 2005).

A doença crónica, mais concretamente o cancro, é uma das doenças mais temidas no mundo, uma vez que induz nas pessoas uma enorme carga emocional donde advêm a dor, sofrimento, angústia e morte (Matos e Pereira, 2002). Pode ser um evento causador de grande ansiedade que afecta profundamente múltiplos aspectos da vida de um indivíduo (Parker et alli, 2003).

Torna-se muito difícil precisar qual a causa o cancro, no entanto existe conhecimento sobre vários factores de risco, produtos, substâncias bem como circunstâncias que predis põem o organismo ao desenvolvimento de um tumor maligno (Bergerot, et alli, 2006).

1.2 Anatomia do sistema reprodutor feminino

Os órgãos que constituem o aparelho sexual e reprodutor feminino são as trompas de Falópio, o útero, os ovários, a vagina, os órgãos genitais externos também denominados por vulva e por último as mamas. Os órgãos genitais internos estão localizados na cavidade pélvica, nomeadamente entre a bexiga e o recto. A vagina e o útero encontram-se em posição mediana, sendo que os ovários se dispõem de cada lado do útero. Estes órgãos encontram-se ligados à parede interna da bacia por três pares de ligamentos, sendo que o mais evidente é o ligamento largo, uma prega de peritoneu que se estende de cada lado do útero e ao qual os ovários e as trompas uterinas se encontram fixados (Seeley, 2003).

As trompas uterinas tem como função, transportar os oócitos dos ovários para o útero, cada trompa de Falópio tem aproximadamente, 10cm de comprimento e 0.7 cm de diâmetro e estando posicionadas entre as pregas do ligamento largo do útero (Graaff, et alii, 2003).

Os ovários são a fonte das células germinativas femininas, denominadas óvulos, e das hormonas femininas, estrogénio e progesterona. Os óvulos são produzidos nos folículos, que são minúsculas estruturas esféricas, cujos precursores estão presentes desde a infância, mas que só começam a amadurecer na puberdade (Rubenstein, 1982).

A vagina, é um tubo muscular com aproximadamente, 7,5cm de comprimento, que liga a cavidade do útero com o exterior. Na parte superior recebe o colo do útero, que se inclina até à parte superior da vagina (Cohen, et alii 2002).

A vulva, denomina-se como o conjunto, dos órgãos genitais externos da mulher. Assim sendo as estruturas da vulva, contornam o óstio da vagina, e incluem o lábio maior e o lábio menor, o monte de púbis, o clítoris, o vestibulo da vagina, os bulbos do vestibulo e por último as glândulas vestibulares. (Graaff, et alii, 2003).

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

As mamas encontram-se posicionadas, sobre as costelas da 2ª à 6ª e encobre os músculos peitorais, maior e o peitoral menor, e as partes dos músculos serrátil anterior e oblíquo externo do abdómen (Graaff, et alii, 2003).

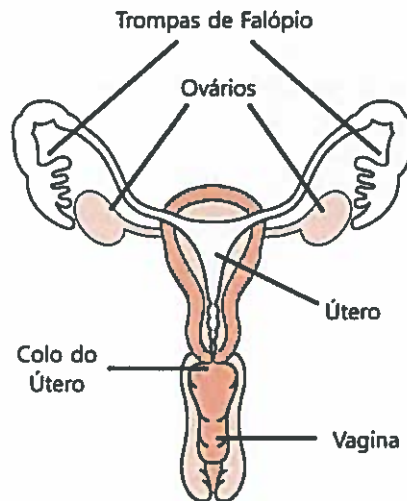


Figura 1: Sistema reprodutor feminino Fonte: Liga Portuguesa Contra o Cancro (2009)

1.2.1 Anatomia do Útero e colo uterino

O útero é um órgão do aparelho reprodutor feminino que se encontra situado no abdómen inferior por trás da bexiga e na frente do recto, e divide-se em corpo e colo. O colo é a parte inferior do útero e situa-se dentro da cavidade vaginal (Rubenstein, 1979).

O útero côncavo, de paredes espessas e muscular, normalmente está situado na pelve menor entre a bexiga urinária e o recto, mede aproximadamente 7,5 cm de comprimento, 5 cm de largura na sua parte mais larga, quase 2,5 cm de espessura, pesa de 30 a 40g e é dividido em duas regiões. Na superfície um pouco abaixo do ponto médio da tuba uterina, esta uma leve constrição correspondente ao estreitamento da cavidade no óstio interno, com a parte de acima sendo o corpo, e a de baixo o colo. A parte do corpo em cima dos pontos de entrada das tubas uterinas é o fundo (Williams, 1995).

O colo uterino com aproximadamente 2,5 cm de comprimento, é mais estreito e mais cilíndrico que o corpo, e é mais largo no seu nível médio. É também menos móvel do que o

corpo do útero de modo que os seus eixos raramente estão em linha. O longo eixo do útero é côncavo para a frente, ocasionalmente existe uma curva angular no nível do ostio interno. Com a bexiga vazia o colo encontra a vagina num ângulo que olha Antero-inferiormente, com todo o útero sendo virado anteriormente para ela ou antevetido. O colo projecta-se na parede inferior da vagina, que a divide em regiões suprevaginal e vaginal (Williams, 1995).

O colo do útero é constituído, sobretudo, por músculos e tecido fibroso. É uma passagem que permite ao fluxo menstrual sair e ao esperma entrar no aparelho reprodutor superior. Durante a gravidez permanece firmemente fechado, de modo a que o feto se mantenha em crescimento dentro do útero (Brek, 2005).

A parte do colo exposta para a vagina é a ectocérvice ou também denominada por porção vaginal do colo. Possui uma superfície redonda convexa, com uma fenda ou abertura circular (o óstio externo) para o canal endocervical (Brek, 2005).

Ao nível profundo, na mucosa e na submucosa o colo é formado por tecido conjuntivo fibroso e uma pequena quantidade de músculo liso num arranjo circular (Brek, 2005).

1.3 Cancro colo do útero

O cancro do colo do útero é um dos melhores exemplos da doença que pode ser prevenida, uma vez que é conhecida a sua história natural, dispõe de métodos de rastreamento para a sua identificação, bem como as suas lesões precursoras (Forones, 2005), aliada a estes factores recentemente foi descoberta a vacina contra o HPV, vírus causador do cancro do colo do útero.

1.3.1 Epidemiologia

Segundo a *World Health Organization*, a doença sexualmente transmissível mais frequente na actualidade é a infecção pelo vírus papiloma humano. Estima-se que 50% dos casos ocorram entre os 15 e os 25 anos. De forma assustadora afirma que existe 70 a 80% de probabilidade de uma mulher com 50 anos ser infectada com o HPV (WHO, 2002).

A nível mundial o cancro do colo do útero é o tumor ginecológico mais frequente e o segundo mais comum do sexo feminino, posteriormente ao cancro da mama (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2009).

O cancro do colo do útero (CCU), que nos nossos tempos constitui 10% de todos os cancros em mulheres, é o terceiro mais comum em todo o mundo. Segundo estudos realizados a nível mundial estima-se que anualmente sejam diagnosticados 500 mil mulheres com cancro do colo do útero e que quase metade morre desta doença (Pollock, 2006).

Ao longo dos últimos 50 anos tem ocorrido um declínio contínuo no que diz respeito à incidência e mortalidade do cancro do colo do útero. (Pollock, 2006). Este facto poderá estar relacionado com uma maior vigilância de saúde sexual e reprodutiva, com a realização do teste Papanicolaou, com as campanhas de sensibilização e a vacinação.

Os dados nacionais existentes apontam para cerca de 1000 novos casos de cancro de colo do útero todos os anos. Com uma taxa de incidência de 20,95/100.000 (incluindo todas as idades) (Costa et alii, 2007).

Em termos de mortalidade, em Portugal ocorreram, respectivamente 220, 220, 227, óbitos por cancro do colo do útero em 2002, 2003, 2004 (DGS, 2002, 2003, 2004). Em 2004, verificou-se uma taxa de mortalidade bruta de 3,81/100.000 mulheres em todas as idades (Costa et alii, 2007).

Os dados nacionais revelam que mais de metade das mortes anuais, ocorrem em mulheres com idades inferiores a 60 anos (Pereira et alii, 2007).

Admite-se que os genótipos de HPV em Portugal apresentem uma distribuição semelhante a outros países da Europa. Deste modo, os genótipos 16 e 18 são os mais prevalentes e os principais responsáveis por cerca de 70 a 75% dos casos de CCU, por outro lado os genótipos 31 e 45 representam apenas 6% das mulheres portuguesas com CCU (Pista, 2007).

1.3.2 Características clínicas

Numa fase pré-invasiva geralmente não existem sintomas, só após a alteração da integridade do epitélio, estes se tornam evidentes. Os sintomas mais comuns, presentes nas mulheres que possuem cancro do colo do útero, são a hemorragia vaginal anormal, odor vaginal e sangramento vaginal invulgar (Otto, 2000).

A hemorragia vaginal incomum poderá apresenta-se, com um aumento na duração bem como na quantidade do fluxo menstrual e na diminuição do intervalo entre os períodos menstruais. São retratados casos em que a hemorragia se estende após o contacto entre relações sexuais assim como após o banho (Otto, 2000).

Ribalta (2003), acrescenta que a paciente poderá queixar-se de ardência genital ou prurido, em alguns casos com corrimento pruriginoso, que poderá provocar recidivas e que a sua resolução é deveras difícil. Eventualmente poderá verificar-se a presença de pequenas verrugas genitais.

Numa fase mais avançada os sintomas tornam-se mais notórios e com maior frequência citando (Casquinha, 1992, p.127) “Descarga hemorrágica, dor pélvica, dor na parte superior e posterior das pernas, bem como micções frequentes”. Outro autor, complementa com Corrimento vaginal, escuro e de cheiro fétido anorexia, anemia edema dos membros inferiores, (Otto, 2000).

Casquinha (1992), afirma, no entanto, que na grande maioria das vezes a doença é descoberta aquando da realização do teste de Papanicolaou, deste modo subentende-se que a doença numa fase inicial seja assintomática.

1.3.3 Factores de risco

O mais importante factor de risco para o desenvolvimento do cancro do colo do útero é a infecção pelo HPV (Baseman, 2005).

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

Segundo Alves, (2003) assistente graduada de clínica geral os principais factores de risco associados ao cancro do colo do útero são:

Comportamento sexual: A precocidade da primeira relação sexual, a frequente existência de múltiplos parceiros, bem como a variedade de convivência sexual formam uma serie de condicionantes que aumentam a probabilidade de vir a contrair cancro do colo do útero.

Paridade e idade da primeira gravidez: A idade da primeira gravidez bem como o número de paridades, de forma indirecta podem aumentar o risco de cancro de colo do útero, sendo que os comportamentos sexuais da mulher, tem uma influência directa.

Tabagismo: A nicotina baixa o limiar de imunidade a nível celular, pelo que predispõe as mulheres ao desenvolvimento do cancro do colo do útero, no entanto, não poderá ser considerado um agente causal.

Métodos contraceptivos: O preservativo exerce uma influência protectora na transmissão do cancro do colo do útero; por outro lado os anticonceptivos orais têm uma influência adversa. Segundo estudos recentes, uma mulher que não tome ACO apresenta o risco de duas vezes menor de vir a contrair cancro do colo do útero do que as mulheres que os tomem por cinco ou mais anos.

História anterior de displasia: displasia significa num termo generalista, a ocorrência de anomalias num determinado tecido ou órgão, neste caso refere-se à ocorrência de anomalias no colo do útero.

Portadoras de doenças imunossupressoras incluindo a infecção HIV: estas mulheres exigem que a sua vigilância seja mais apertada, uma vez que nelas o cancro do colo do útero evolui muito mais rapidamente e com maior gravidade.

Infecção por Vírus do Papiloma Humano (HPV): ocorre uma forte relação entre a infecção por HPV e CCU.

Na mesma linha orientadora, o *European Centre for Disease Prevention and Control* (2008) identificou, para além dos anteriormente referidos, mais alguns co-factores que aumentam o risco de infecção por HPV bem como a evolução desta para cancro do colo do útero, assim sendo:

Co-factores:

- “Carga viral elevada, como indicador de replicação viral activa;”
- “Co-infecção com vários genótipos de alto risco;”
- “Genótipo de vírus, sendo que o HPV 16 e 18 os que apresentam maior potencial oncogénico.”

No entanto torna-se fulcral salientar que o risco aumenta quando os rastreios não são realizados regularmente. (ECDC, 2008)

1.3.4 Prevenção

A prevenção constitui uma estratégia chave, para erradicar o cancro do colo do útero. Fundamentado nos conhecimentos disponíveis sobre os factores de risco para o cancro do colo do útero, o enfermeiro deverá desenvolver programas preventivos para o público (Otto, 2000)

Quando se referem a infecções sexualmente transmissíveis, as medidas de prevenção deverão ser direccionadas para a interrupção da cadeia de transmissão, bem como para o surgimento de novos casos. Deverá essencialmente ser estruturado um bom aconselhamento, partindo-se da informação existente e passando pela actividade educativa, promovendo deste modo a percepção dos comportamentos de risco, a qual conduzirá à adopção de estilos de vida preventivos (Hinrichsen, 2005).

Segundo Fonseca (2008), a prevenção assenta essencialmente em comportamentos sexuais seguros, uma vez que a transmissão somente ocorrerá após contacto sexual.

A *American Cancer Society* defende que, como modo de prevenção, a mulher não se deverá expor a relações sexuais muito cedo e deverá evitar múltiplos parceiros sexuais. Afirma que um estudo recente verificou que o uso correcto do preservativo, diminuiu a taxa de HPV em 70%, no entanto salienta que o uso de preservativo não é 100% eficaz uma vez que não abrange nem a área genital nem a anal. (American Cancer Society, 2005)

As jovens são o grupo alvo, a que se deve apostar no ensino da prevenção do cancro do colo do útero. Para tal, em qualquer consulta o enfermeiro poderá abordar a anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor, bem como, as alterações a nível da sexualidade durante a fase da puberdade e da adolescência, o uso de preservativo como método preventivo, a realização da colpocitologia e exames pélvicos no caso de a adolescente já ser sexualmente activa.

Nas consultas de enfermagem e de saúde infantil e juvenil o enfermeiro deverá explorar com a adolescente o tema da sexualidade, uma vez que a masturbação começa normalmente na puberdade, e cada vez mais os jovens experimentam actos sexuais mais cedo e muitas vezes de forma errada. O facto de estes jovens irem à procura de sensações de prazer, para libertar os seus impulsos sexuais, para satisfazer a curiosidade, ou mesmo, como uma forma de conquista, faz com que em muitos casos a mudança de parceiro sexual se torne rotina. O alerta de como se podem prevenir é um ponto-chave da consulta.

A consulta de Planeamento Familiar tem entre outros objectivos a promoção da vivência da sexualidade de forma saudável e segura bem como reduzir a incidência das infecções sexualmente transmissíveis. Para tal o enfermeiro deverá abordar os métodos contraceptivos a que a mulher poderá recorrer, alertando para o uso de preservativo como sendo o método contraceptivo mais seguro na prevenção do cancro do colo do útero, mas salientando que este não oferece protecção a 100%. O enfermeiro deverá proceder ao fornecimento gratuito de preservativos. De igual modo, deverá disponibilizar informação acerca dos factores de risco para o cancro do colo do útero, explorando cada um deles e verificando os potenciais factores de risco a que mulher esteja sujeita. A consulta de Planeamento Familiar é um óptimo momento para o rastreio do cancro do colo do útero, assim sendo, o enfermeiro deverá

explicar em que consiste o exame de Papanicolaou bem como a sua utilidade. A vacinação contra o HPV é um ponto fulcral na consulta, pelo que o enfermeiro deverá verificar se a mulher se encontra abrangida pelo Programa Nacional de Vacinação. Se não estiver vacinada, a mulher deverá ser incentivada à administração da vacina; o enfermeiro tem como incumbência informar sobre as vantagens e desvantagens da vacinação.

Na consulta de Planeamento Familiar e Saúde do Adulto / Mulher o enfermeiro deverá incentivar a mulher à realização de rastreio do cancro do colo do útero, ao auto-exame da mama bem como do exame ginecológico. A mulher deverá ser alertada para os prazos cientificamente estabelecidos: segundo a Direcção Geral de Saúde o exame de Papanicolaou deverá ser realizado ao final de um ano do início da vida sexual activa. Caso os resultados sejam normais, em 2 anos consecutivos, até aos 39 anos repetir de 3 em 3 anos, dos 40 aos 64 anos repetir de 5 em 5 anos, após os 65 anos só deverá ser realizado caso não tenha havido qualquer tipo de controlo anterior, ou surja alguma sintomatologia. (DGS, 2006).

1.3.5 Rastreio citológico

Em 1940 foi implementado o teste de Papanicolaou pelo que se tornou o método de eleição para o rastreio citológico do cancro do colo do útero. A sua utilização resultou numa diminuição de cerca de 70% da sua incidência (American Cancer Society, 2005).

O momento da colheita da amostra para citologia, exame simples e vital na saúde da mulher, ainda provoca bastante apreensão, um receio induzido pelo espéculo, instrumento em forma de boca de pato, que ajuda a alargar a vagina permitindo a colheita de células do colo do útero.

A *Food and Drug Administration* (FDA) aprovou recentemente três novas técnicas para o aumento da sensibilidade do teste de Papanicolaou o sistema *Thinprep*, que consiste numa colheita com uma única peça de recolha composta por citobrush com espátula e colocada em meio líquido, e dois métodos computadorizados de avaliação da própria citologia o chamado *Papnet system* e o *Autonet system* (Women's Health in Primary Care, 2001).

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

A *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), por sua vez tem outra perspectiva: defende que são demasiado dispendiosas e que, apesar do aumento da sensibilidade do teste Papanicolaou, não se verificou uma diminuição da incidência do cancro do colo do útero. Por outro lado, esta sensibilidade foi verificada no que diz respeito à identificação de um maior número de lesões de baixo grau e AS-CUS. (ACOG, 2002)

Os testes mais específicos e mais sensíveis do que a citologia são os testes de tipagem HPV-DNA (Women's Health in Primary Care, 2001).

Cerca de 30 % dos casos de cancro do colo do útero resultam da falência do rastreio, por influência de uma má colheita do esfregaço, bem como por uma má interpretação dos resultados (Women's Health in Primary Care, 2001).

Segundo o mesmo organismo, para aumentar a viabilidade dos testes, o técnico que efectua a recolha deverá ter em conta entre outros factores, a ausência de infecção vaginal, e a recolha deverá ser efectuada na altura própria do ciclo menstrual, nomeadamente entre o décimo e o vigésimo dia. Após a colheita para citologia esta deverá ser acompanhada por uma série de informação clínica desde a idade da mulher; informação sobre o seu estado hormonal, ou seja, pré-menopáusico, menopáusico ou gravídico; método contraceptivo utilizado pela mulher; data da última menstruação com a identificação da fase do ciclo menstrual em que se encontra, bem como os antecedentes que sejam relevantes (Women's Health in Primary Care, 2001).

1.3.6 Diagnóstico e Estádio

Segundo Otto, o diagnóstico e os estádios são a base do planeamento nos tratamentos dos carcinomas do útero. Para que seja diagnosticado cancro do colo do útero, é necessária uma biópsia de tecido. A avaliação do estágio do cancro do colo do útero é realizada clinicamente (Otto, 2000)

Para a determinação da extensão da doença e o respectivo planeamento de tratamento, recorre-se, à inspecção, palpação e colposcopia, ou seja, o exame físico, exames radiográficos

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

nomeadamente ao tórax, cólon sigmóide, recto, esqueleto e rins e à avaliação patológica da biopsia (Otto, 2000, p.216).

Uma vez identificada a lesão, procura-se estabelecer o estadiamento clínico do tumor, ou seja a relação clínica entre a doença e o organismo hospedeiro.

Segundo a Federation Internationale de Gynecologie et d' Obstetrique (FIGO, 2003):

Estádio 0: carcinoma in situ.

Estádio I: carcinoma limitado ao cancro do útero

Estádio Ia: carcinoma pré-clínico (diagnostico somente pela microscopia).

Estádio Ia1: mínima evidência microscópica de invasão do estroma até 3 mm, extensão horizontal até 7 mm.

Estádio Ia2: lesão mensurável microscopicamente entre 3 e 5 mm, (limite máximo de invasão 5mm) e extensão horizontal ate 7mm.

Estádio Ib: todos os demais casos do estágio I.

Estádio Ib1: tumores com diâmetro inferior a 4 cm.

Estádio Ib2: tumores com diâmetro superior a 4 cm.

Estádio II: tumor além do colo, mas que não atinge a parede pélvica. Comprometimento da vagina até, no máximo, o terço médio.

Estádio IIa: sem comprometimento evidente do paramétrio(apenas vagina)

Estádio IIb: com comprometimento evidente do paramétrio.

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

Estádio III: tumor no terço inferior da vagina ou até a parede pélvica. Todos os casos com uretero- hidronefrose ou exclusão anal.

Estádio IIIa: não há extensão à parede pélvica (só da vagina).

Estádio IIIb: extensão à parede pélvica e / ou uretero- hidronefrose ou exclusão renal.

Estádio IV: tumor além da pelve verdadeira ou na mucosa da bexiga ou do recto.

Estádio IVa: o tumor estende-se a órgãos adjacentes (bexiga e recto).

Estádio IVb: metástases a órgãos distantes.

1.4 Vírus papiloma humano

O vírus papiloma humano pertence à família Papovaviridae, género Papiloma e espécie papilomavírus humano. Trata-se um vírus de ADN, com aproximadamente 8000 pares de bases, com uma cápside viral, com 2 proteínas nomeadamente a L1 e a L2 O seu período de incubação varia de 3 semanas a 8 meses (Ribalta, 2003).

O papiloma vírus humano (HPV) provoca com frequência, verrugas em diferentes partes do corpo como mãos e pés e principalmente nos genitais, bem como infecções anogenitais A infecção pelo HPV é a infecção sexualmente transmissível mais comum, entre jovens sexualmente activos, e um dos problemas principais de saúde pública (Ribalta, 2003).

O HPV afecta, por via sexual, pele e mucosas. O vírus infecta as camadas basais do epitélio, uma vez que penetra por microtraumatismos. Muitas vezes estes desenvolvem-se aquando as relações sexuais (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2009).

Estima-se a nível Mundial que cerca de 10 a 20% da população que seja sexualmente activa, esteja infectada pelo PVH. Portugal apresenta a taxa de incidência mais elevada da União Europeia (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2009).

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

A tabela seguinte expõe os tipos de HPV de alto e baixo risco.

Tabela 1: HPV's Anogenitais de Alto e Baixo risco Fonte: Administração Regional de Saúde do Centro, 2008.

Alto risco	16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 73, 82
Baixo risco	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 81

Os vírus HPV 6 e 11 são os causadores das verrugas genitais, estima-se que uma em dez mulheres sexualmente activas, apresentem ao longo da sua vida um episódio de verrugas genitais (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2009).

1.5 Vacina contra o cancro do colo do útero

A vacina contra infecções do cancro do colo do útero foi introduzida no Programa Nacional de Vacinação no dia 27 de Outubro de 2008. Destina-se a jovens que efectuem treze anos de idade no respectivo ano civil e estamos em campanha de vacinação durante 3 anos às jovens que efectuem 17 anos, ou seja jovens que nasceram nos anos 1992,1993,1994, segundo quadro seguinte (ARSC, 2008).

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

Quadro 1 -Calendário de vacinação do HPV Fonte: Administração Regional de Saúde do Centro, 2008.

Ano de vacinação	Anos de nascimento das raparigas alvo de vacinação	
2008	1995	
2009	1995	1992
2010	1997	1993
2011	1993	1994
2012	1993	
Anos seguintes	Raparigas que fazem 13 anos no respectivo ano civil	

A vacinação contra o HPV tem como objectivo a prevenção de infecções por o vírus papiloma humano, entre elas, lesões genitais pré-existentes, cancro do colo do útero bem como as verrugas genitais externas. Deste modo, com a introdução da vacina no Programa Nacional de Vacinação e com a adesão à mesma pretende-se que ocorra uma diminuição a longo prazo, da incidência do cancro do colo do útero (ARSC, 2008).

Existem no mercado duas vacinas disponíveis a Cervarix® e a Gardasil® ambas são geradas por tecnologias recombinantes. A vacina Gardasil® está indicada na prevenção de lesões genitais pré-cancerosas (colo do útero, vagina e vulva), cancro do colo do útero e condiloma acuminado relacionados com os HPV 6, 11, 16 e 18. Em adolescentes e mulheres dos 9 aos 26 anos. Por outro lado a vacina Cervarix® está indicada na prevenção de lesões pré-cancerosas do colo do útero e cancro do colo do útero, relacionada com o HPV 16 e 18 e deverá ser administrada em adolescentes e jovens entre os 10 e os 25 anos (ARSC, 2008).

A vacina adoptada no Programa Nacional de Vacinação foi a Gardasil® pelo que iremos abordá-la de seguida.

1.5.1 Vacina Gardasil®

A vacinação com Gardasil® destina-se a proteger contra doenças provocadas pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) dos tipos 6, 11, 16,18. As doenças incluem cancro do colo do útero, lesões pré-cancerosas dos órgãos genitais femininos (colo do útero, vulva e vagina) e verrugas genitais (Folheto informativo Gardasil, 2009).

Em 70% dos casos de cancro de colo do útero, bem como 70% das lesões pré-cancerosas da vulva e vagina principais responsáveis são o tipo 16 e 18 do HPV. Por outro lado os tipos 6 e 11 representam 90% dos casos de verrugas genitais (Folheto informativo Gardasil, 2009).

Para um melhor benefício da vacina, esta deverá ser administrada antes da infecção com quaisquer dos tipos de Papiloma Vírus Humano (6, 11, 16, 18) no entanto os indivíduos que se encontrem infectados por alguns tipos de HPV, a vacina irá proteger dos restantes tipos abrangidos pela vacina (Folheto informativo Gardasil, 2009).

Como todos os medicamentos, a vacina da Gardasil® poderá provocar efeitos secundários os quais passamos a citar: Dor, inchaço e vermelhidão; Febre; No local da injeção poderá ocorrer nódoa negra e comichão; Dificuldade respiratória, nomeadamente broncoespasmo; Erupções cutâneas, nomeadamente urticária.

Como já anterior referido, a vacina Gardasil® é administrada às jovens que completam 13 e 17 anos. Para que a pessoa fique imunizada contra os génotipos do HPV, que fazem parte da constituição da vacina é necessário que sejam administradas três doses. O esquema vacinal é efectuado da seguinte forma: 1ª dose no primeiro contacto; a 2ª dose é administrada passado dois meses e a 3ª dose é administrada ao fim de 4 meses da data em que efectuou a 2ª dose. A via de administração é a via intramuscular no músculo deltóide.

Durante a administração da vacina a mulher deverá estar sentada e deverá permanecer no serviço durante 30 minutos após a administração desta (DGS, 2008).

Torna-se fulcral aquando a administração da vacina HPV a realização de ensinamentos, a disponibilização de informação bem como qualquer tipo de esclarecimento de dúvidas. (DGS, 2008).

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

Deste modo os seguintes pontos deverão ser abordados no intuito de serem abraçados estilos de vida saudáveis aos quais passo a citar:

- Deverão ser informadas que a vacina HPV não protege de todos os genótipos de HPV que são causadores do cancro do colo do útero;
- Uma vez que a mulher já se encontre infectada por algum genótipo de HPV que esteja incluído na vacina a eficácia da vacinação será nula; A eficácia será completa contra os outros genótipos incluídos na vacina que ainda não tenham sido adquiridos;
- A rotina de rastreio de cancro do colo do útero deverá ser iniciada dois anos após o início da vida sexual activa;
- Deveram ser adoptados comportamentos sexuais activos uma vez que a vacina não protege de outras infecções sexualmente transmissíveis;
- Caso sejam identificadas reacções adversas após a administração da vacina o serviço onde foram vacinadas deverá ser informado, para que seja efectuado a comunicação ao Infarmed – Entidade reguladora do medicamento.

Importa referir que estas intervenções deverão ser efectuadas pelo enfermeiro em todas as oportunidades de consulta, com as jovens/ mulheres mas também com jovens/ homens, pois a doença em si não acontece, mas podem ser infectados pelo vírus HPV e transmitirem-no à sua parceira.

Capítulo II -Fase Metodológica

A metodologia é definida por Fortin (1999, p. 37) como um (...) conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” e desempenham um papel essencial no desenvolvimento de um projecto de investigação.

As opções metodológicas, segundo Fortin (1999, p.40) são o momento em que “ (...) o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou as hipóteses formuladas”.

Por sua vez as decisões metodológicas, tomadas nesta fase, são, para autoria supracitada Fortin (1999, p.40), de grande importância “ (...) para assegurar a viabilidade e a qualidade dos resultados de investigação”.

2.1 Identificação da problemática/ Justificação do estudo

Para Fortin (2003, pag.49) “Qualquer pessoa que quer empreender uma investigação começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso” Polit, et alli (2004, p.52) acrescentam, que o primeiro passo de uma investigação “ é desenvolver um problema de pesquisa significativo, interessante. Ao desenvolver o problema de pesquisa, o pesquisador em enfermagem deve considerar a sua relevância”

Sendo a nível mundial, o cancro do colo do útero o tumor ginecológico mais frequente e o segundo mais comum do sexo feminino, posteriormente ao cancro da mama, torna-se fulcral incidir sobre o rastreio, a vacinação uma vez que neste momento é a única neoplasia em que se pode recorrer à vacinação para prevenção.

2.2 Questões de investigação

A formulação da questão a estudar constitui um passo importante em todo o trabalho de pesquisa. Segundo Fortin (1999, p. 51)

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

Uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se pode explorar, com vista a obter novas informações, traduzindo um enunciado interrogativo e não equivoco que precisa os conceitos chave e especifica a natureza da população.

Face ao exposto, foram formuladas as seguintes questões centrais do estudo:

- **Quais os conhecimentos sobre o cancro do colo do útero em mulheres com idades compreendidas entre 13 e 26 anos?**
- **Qual a taxa de adesão à vacinação do HPV em mulheres com idades compreendidas entre 13 e 26 anos?**

2.3 Objectivos da investigação

A investigação deve conter um fundamento, que a sustente, para que obtenha um impacto crucial, deste modo, é importante formular objectivos para responder às questões levantado no âmbito do tema seleccionado.

No sentido de clarificar a finalidade proposta, emergiram os seguintes objectivos que passo a expor:

- Identificar os conhecimentos acerca da prevenção do cancro do colo do útero;
- Identificar a adesão á vacinação na prevenção do cancro do colo do útero;

2.4 Variáveis em estudo

A variável pode ser considerada como uma classificação ou uma medida; uma quantidade que varia; um conteúdo operacional, que contem ou apresenta valores; aspecto, propriedade ou factor discernível um objecto de estudo e passível de mensuração.

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

Para Fortin (1999), as variáveis são definidas como qualidades, características de pessoas ou objectos estudado numa investigação permitindo distribuir diferentes valores.

As variáveis neste estudo são:

O conhecimento sobre o cancro do colo do útero em mulheres com idades compreendidas entre 13 e 26 anos e a adesão à vacinação do HPV em mulheres com idades compreendidas entre os 13 e os 26 anos.

Como variáveis de atributo temos:

Nacionalidade; Raça; Idade; Estado civil; Habilitações literárias.

Pois são as “ características dos sujeitos de um estudo que servem para descrever uma amostra” (Fortin, 1999, p.376)

2.5 Tipo de estudo

Devido à inexperiência no âmbito da investigação o nosso estudo é primeiramente exploratório. Segundo Gil, (1991) “ (...) muitas vezes as pesquisas exploratórias constituem a primeira etapa de uma investigação mais ampla e pretendem desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias de forma a proporcionar uma visão geral de um fenómeno.”

Posteriormente, considerar-se-á um estudo descritivo, uma vez que se visa discriminar factores determinantes ou conceitos que possam estar associados ao fenómeno em estudo e visa obter um perfil geral através das relações entre conceitos, sem averiguar o tipo e o grau dessas relações (Fortin, 1999)

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, pois, segundo Fortin, (1999)

O método de investigação quantitativo é, um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.

Nesta linha orientadora, o estudo visa determinar os conhecimentos sobre o cancro do colo do útero e adesão à vacinação em mulheres com idades compreendidas entre os 13 e os 26 anos.

2.6 População

A população para Polit e Hungler (1995, p.143) “ (...) é toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios”. Desta forma, consideramos uma população como um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características.

Assim, e face ao estudo em causa, a população alvo ou universo populacional é composta por mulheres com idades compreendidas entre os 13 e os 26 anos que circulavam na Rua Francisco Marto na cidade de Fátima.

2.7 Processo de amostragem

O tipo de amostragem a utilizar neste estudo foi a amostragem não probabilística do tipo acidental intencional. Este método de amostragem, de características não probabilística, inclui os sujeitos à medida que eles se apresentam num local preciso onde ocorre o estudo neste caso rua Francisco Marto na cidade de Fátima. Segundo Fortin (1999, pag.208) esta amostra é formada por “(...) sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso.”, sendo os mesmo incluídos segundo determinados critérios de inclusão. Assim apenas foram incluídas na amostra mulheres alfabetizadas e que compreendessem as idades entre os 13-26 anos, e que aceitaram participar no estudo.

Deste modo apenas integraram a amostra, os sujeitos que cuja passagem no local onde se realizou o estudo, foi coincidente com o período no qual o investigador realizou a colheita de dados. Assim foi possível prever a amostra utilizada no estudo com a certeza que a mesma não cumpre critérios de representatividade. No entanto apesar de não representativo da população da cidade onde foi realizado, o estudo permitiu o cumprimento dos objectivos propostos para o trabalho de investigação.

2.8 Amostra

Segundo, Marconi (2003, p., 163), “a amostra é uma parcela convenientemente seleccionada da população e que dela é representativa.”

A amostra utilizada, isto é, o subconjunto de elementos tirados da população que são convidados no estudo (Almeida et al, 2003, pag.41), é constituída por um grupo de 55 mulheres com idades compreendidas entre ao 13 e os 26 anos de idade, que circulavam a Rua Francisco Marto, na cidade de Fátima no dia 27 a 30 de Março entre as 12 horas e as 17 horas, e que para além de satisfazerem todas as condições da população, se disponibilizarem a responder ao questionário.

2.9 Princípios éticos associados á investigação

Em investigação é importante proteger os direitos e liberdade dos inquiridos. Portanto, para a realização da investigação, tivemos em consideração todas as precauções formais e éticas.

Segundo Fortin (1999, p. 116),

(...) Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, foram determinados pelos códigos de ética: o direito á autodeterminação, o direito á intimidade, o direito ao anonimato e á confidencialidade, o direito á protecção contra o desconforto e prejuízo, e, por fim, o direito a um tratamento justo e legal.

Direito à autodeterminação:

Baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino” (Fortin, 1999, p. 116)

A participação da mulher no estudo foi voluntária e não foi utilizado nenhum meio para influenciar a sua decisão. Foi lhe explicado que poderia deixar de participar no estudo a qualquer momento e que todo o material recolhido tem apenas os fins acordados e não outros.

Direito à intimidade:

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

Faz referência á liberdade da pessoa decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas. (Fortin, 1999, p. 117).

Cada mulher teve a liberdade de decidir sobre a dimensão da informação que queria dispor no questionário. Teve de igual modo o direito ao anonimato ao longo do estudo, bem como da divulgação dos resultados.

Direito à confidencialidade:

Segundo este direito, (...) os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes do estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador nem pelo leitor do relatório de investigação (Fortin, 1999, p. 117).

Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Não se vira a produzir em nenhum tipo de relatório ou de publicação qualquer tipo de informação que possa traduzir a identificação dos intervenientes. Após a conclusão deste estudo, todos os dados relativos aos intervenientes, e que possam conduzir á sua identificação são eliminados.

Direito à protecção contra o desconforto e prejuízo:

Este direito (...) corresponde as regras de protecção da pessoa contra intervenientes susceptíveis de lhe fazer mal ou a prejudicarem (Fortin, 1999, p. 118).

Não estão previstos quaisquer riscos para os participantes bem como não se prevêem benefícios para tal.

Direito a um tratamento justo e legal:

Refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, para tal é solicitado a participação da pessoa (...) (Fortin, 1999, p. 119).

Deste modo, o inquirido foi informado sobre as finalidades, objectivos do estudo, os riscos incorridos, a relação risco-benefício que o investigador adjudicou à sua participação, de igual modo foi explicitado o direito das pessoas de se retirarem do estudo a qualquer momento.

2.10 Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados utilizado, foi um questionário anónimo e voluntário, aplicado a mulheres de forma directa, tendo como finalidade a caracterização da amostra, e análise dos dados resultantes de forma a atingir os objectivos do estudo.

Os questionários foram preenchidos pelas participantes, entregues em mão própria pela investigadora.

Assim sendo, o questionário é constituído por três partes. A primeira parte com objectivo de caracterizar a amostra, foi constituído por duas perguntas abertas e três fechadas. A segunda parte corresponde à identificação dos conhecimentos sobre o cancro do colo do útero, sendo constituído por dez perguntas em escala de Likert. Por fim a terceira parte diz respeito à adesão à vacinação do HPV e é composta por uma questão em escala Likert, duas perguntas dicotómicas, e uma escolha múltipla. Contém também uma questão aberta.

2.11 Pré-teste

O pré-teste foi realizado a um total de dez elementos, do sexo feminino com as mesmas características da amostra, que se disponibilizaram para a sua realização. Deste modo foi utilizado para avaliação da compreensão do instrumento de colheita de dados. Estes elementos foram excluídos da amostra. Com a realização do pré-teste não foram detectadas quaisquer erros de compreensão pelo que posteriormente foi aplicado à amostra seleccionada.

A fase empírica caracteriza-se pela aplicação prática do desenho de investigação delineado anteriormente. Segundo Fortin (2003, p. 41), nesta fase estão incluídas “ a colheita de dados no terreno, seguida da organização e do tratamento de dados” para posterior “interpretação e comunicação dos respectivos resultados”.

3.1. Análise de dados

O tratamento de dados é a análise dos dados de qualquer estudo quantitativo começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra no qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida da variável (Fortin, 1999),

Após a colheita de dados, através do método previamente definido, procedesse-se à análise dos mesmos. Para tal foi utilizada a estatística descritiva. Os dados foram processados por meios informáticos, tendo sido utilizado o programa EXCEL. São apresentados em tabelas e gráficos, facilitando assim, a sua análise e interpretação.

Parte I - Caracterização da amostra

Caracterização sociodemográfica da amostra

Nesta fase será efectuada uma breve caracterização da amostra, descrevendo as variáveis estudadas.

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo a sua nacionalidade.

Variável	N	%
Nacionalidade		
Portuguesa	50	91
Espanhola	3	5,4
Ucraniana	2	3,6
Total	55	100

Analisando a Tabela 2, que se refere à nacionalidade das participantes, podemos verificar que foram abordadas três nacionalidades diferentes: Portuguesa, Espanhola e Ucraniana, sendo que a nacionalidade, mais em foco, é a nacionalidade Portuguesa com uma percentagem de 91 %. De seguida, surge a nacionalidade espanhola, com uma aderência de 3 participantes (5,4%). Por último, a nacionalidade ucraniana apresenta-se com uma taxa de participação de 3,6%, referente a duas participantes.

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo a sua raça.

Variável	n	%
Raça		
Caucasiana (Branca)	53	96,4
Negra	2	3,6
Asiática (Amarela)	0	0
Indiana	0	0
Outro	0	0

Da análise da Tabela 3 verifica-se que 96,4 % é da raça caucasiana e 3,6% é da raça negra.

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo a sua idade.

Variável	N	%
Idade		
13 a 15	18	32,7
16 a 18	15	27,2
19 a 21	9	16,4
22 a 24	9	16,4
≥ 25	4	7,3

Prestando especial atenção à Tabela 4 que se refere à idade das participantes, podemos constatar que o intervalo de idades com maior adesão ao questionário foi a dos 13 a 15 , com uma percentagem de 32,7% (18 participantes). Muito próxima com a percentagem de 27,2% encontram-se 15 participantes com intervalos de idade de 16 a 18 anos. Com igual número de participantes encontram-se os intervalos de idades 19 a 21 e 22 a 24 anos com 16,4% cada intervalo. Por último, superior ou igual a 25 anos predisporam-se a responder ao questionário 7,3% mulheres da amostra total ou seja, 4 participantes.

Quadro 2: Representação da média de idades da amostra

	Média	Desvio padrão	Idade mínima	Idade máxima	Moda
Idade	17,45	3,97	13	25	13

A média de idades da amostra é de 17,45 +/- 3,97 (Quadro 2), com a idade mínima de 13 e a idade máxima de 25 anos.

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo o seu estado civil.

Variável	n	%
Estado civil		
Casada	3	5,5
Solteira	52	94,5
Divorciada	0	0
Viúva	0	0
Vive maritalmente	0	0
Separada	0	0
Outro	0	0

Pela análise da Tabela 5, verifica-se que existe predominantemente mulheres solteiras e casadas, no entanto existe uma maior prevalência de mulheres solteiras, nomeadamente, 52 com uma percentagem de 94,5%. O estado civil casada representa 3 participantes, correspondendo, deste modo, a 5,5% da amostra.

Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo as suas Habilitações Literárias.

Variável	n	%
Habilitações Literárias		
1º Ciclo	0	0
2º Ciclo	15	27,3
3º Ciclo	9	16,3
Ensino Secundário	26	47,3
Licenciatura	4	7,3
Mestrado	0	0
Outra	1	1,8

Analisando a Tabela 6, podemos visualizar um grupo com habilitações literárias bastante heterogéneas, variando de mulheres pertencentes ao 2º ciclo até à Licenciatura, que neste estudo é o nível máximo de escolaridade. O ensino secundário é a habilitação literária com maior número de participantes, nomeadamente 26, perfazendo uma percentagem de 47,3%. De seguida, podemos observar na Tabela que o 2º ciclo alia-se a um número de 15 participantes com 27,3%. Posteriormente, o 3º ciclo e a Licenciatura correspondem a 9 e 4 participantes, respectivamente. A habilitação literária outra refere-se ao grau de Bacharelato,

que foi assinalado por uma participante. Nenhuma das participantes apenas tinha o 1º ciclo ou possuía o grau académico de Mestre.

Parte II- Identificação dos conhecimentos acerca do cancro do colo do útero

Ao efectuar-se a análise das tabelas seguintes relacionadas com a avaliação de conhecimentos, será efectuada, a análise tendo em conta a amostra total e também tendo em conta o número da amostra existente em cada intervalo de idades

Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo conhecimentos acerca do cancro do colo do útero.

Variável Idade	Discordo		Nem concordo nem discordo		Concordo	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
13 a 15 (N=18)	1	1,8	8	14,5	9	16,4
16 a 18 (N=15)	1	1,8	3	5,5	11	19,9
19 a 21 (N=9)	0	0	0	0	9	16,4
22 a 24 (N=9)	1	1,8	1	1,8	7	12,8
≥ 25 (N=4)	0	0	1	1,8	3	5,5
Total	3	5,5	13	23,6	39	70,9

Analisando a Tabela 7 que afirma “ Tenho conhecimentos acerca do cancro do colo do útero” podemos constatar que 70,9 % da amostra afirma concordar, sendo que 23,6% das mulheres afirma não apresentar uma opinião formada acerca do tema e apenas 5,5% da amostra discorda com a afirmação. Analisando os dados tendo em conta o N em cada intervalo de idades, podemos verificar que no intervalo de idades de 19 a 21, as nove participantes constituintes da amostra deste intervalo, afirmam todas elas terem conhecimentos acerca do cancro do colo do útero, seguido das mulheres com idade superior ou igual a 25 anos com 3 participantes e do intervalo de idade 22 a 24 anos com sete participantes a concordar. Podemos também concluir que as mulheres entre os 13 e os 15 anos são as que apresentam o menor número de respostas concordo tendo em conta o número de participantes neste intervalo de idades (16,4%), seguido das mulheres entre os 16 e os 18 anos com 20% de resposta concordo.

Tabela 8 – Distribuição da amostra segundo o conhecimento acerca da localização do cancro do colo do útero.

Variável Idade	Discordo		Nem concordo nem discordo		Concordo	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
13 a 15 (N=18)	0	0	2	3,6	16	29
16 a 18 (N=15)	0	0	2	3,6	13	23,6
19 a 21 (N=9)	0	0	0	0	9	16,4
22 a 24 (N=9)	1	1,8	0	0	8	14,6
≥ 25 (N=4)	0	0	0	0	4	7,3
Total	1	1,8	4	7,3	50	90,9

Em relação ao conhecimento acerca da localização do cancro do colo do útero, observamos na Tabela 8 que 90,9% das mulheres afirmam saber onde se localiza o cancro do colo do útero. Apenas uma mulher que se encontra no intervalo de idades 22 a 24 anos refere não saber. As participantes que afirmaram não ter uma opinião fundamentada são quatro, constituído 7,3% da amostra.

Tabela 9 – Distribuição da amostra segundo o conhecimento da transmissão do vírus pelo parceiro sexual.

Variável Idade	Discordo		Nem concordo nem discordo		Concordo	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
13 a 15 (N=18)	2	3,6	7	12,7	9	16,4
16 a 18 (N=15)	3	5,5	4	7,3	8	14,5
19 a 21 (N=9)	3	5,5	2	3,6	4	7,3
22 a 24 (N=9)	1	1,8	1	1,8	7	12,7
≥ 25 (N=4)	0	0	0	0	4	7,3
Total	9	16,4	14	25,4	32	58,2

Referente à afirmação “o vírus responsável pelo cancro do colo do útero pode ser transmitido pelo parceiro sexual” (Tabela 9), verificamos que 58,2% que corresponde a 32 participantes concordam com a afirmação, sendo que 14 participantes não tem opinião formada (25,4%).

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

Por último 9 (16,4%) mulheres discordam. Ao efectuarmos a análise tendo em conta o N em cada intervalo de idades, podemos constatar que as mulheres que mais concordam com a afirmação apresentam idade superior ou igual a 25 anos, onde das 4 participantes representantes deste intervalo todas elas responderam concordar com a afirmação, seguido do intervalos de idades, 22 a 24 anos com (12,7%), 19 a 21 anos com 4 respostas dadas (7,3%) e do intervalo de idades 16 a 18 anos onde das 15 mulheres representantes deste intervalo apenas 8 referiram concordar com a afirmação. Podemos concluir de igual modo que é novamente o intervalo de idade 13 a 15 anos que apresenta menor número de respostas concordo, pois apenas 9, das 18 mulheres representantes do intervalo referiram concordar com a afirmação.

Tabela 10– Distribuição da amostra segundo o conhecimento do nome do vírus causador do cancro do colo do útero.

Variável Idade	Discordo		Nem concordo nem discordo		Concordo	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
13 a 15 (N=18)	1	1,8	7	12,7	10	18,2
16 a 18 (N=15)	0	0	6	10,9	9	16,4
19 a 21 (N=9)	0	0	2	3,6	7	12,7
22 a 24 (N=9)	1	1,8	2	3,6	6	10,9
≥ 25 (N=4)	0	0	1	1,8	3	5,5
Total	2	3,6	18	32,7	35	63,7

Quando constatadas com a afirmação “o vírus responsável pela infecção no cancro do colo do útero tem o nome de papiloma vírus humano”, podemos averiguar que apenas duas mulheres (3,6%) discordam da afirmação, 32,7%, ou seja, 18 mulheres referem não ter uma opinião formada, e 63,7% representativos de 35 mulheres referem concordar com a afirmação. Analisando tendo em conta o N em cada intervalo de idades, podemos constatar que as mulheres com idades superior ou igual a 25 anos são as que mais concordam com a afirmação seguido dos intervalos, 19 a 21 anos com 7 respostas dadas (12,7%), 22 a 24 anos onde 6 participantes das 9 representativas da amostra deste intervalo afirmam concordam com a afirmação e por último, o intervalo 16 a 18 anos com 9 respostas dadas (16,4%). De igual modo as mulheres entre os 13 e os 15 anos são as que menos concordam com a afirmação,

pois apenas 10, das 18 mulheres representativas deste intervalo dizem concordar com a afirmação.

Tabela 11 – Distribuição da amostra segundo conhecimento do teste de Papanicolaou.

Variável Idade	Discordo		Nem concordo nem discordo		Concordo	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
13 a 15 (N=18)	9	16,4	6	10,9	3	5,5
16 a 18 (N=15)	2	3,6	1	1,8	12	21,8
19 a 21 (N=9)	2	3,6	1	1,8	6	10,9
22 a 24 (N=9)	1	1,8	1	1,8	7	12,7
≥ 25 (N=4)	0	0	0	0	4	7,3
Total	14	25,4	9	16,4	32	58,2

Analisando a Tabela número 11 em que afirma “sei o que é o teste Papanicolaou” temos uma taxa de aderência à resposta concordo de 32 mulheres, com 58,18%, 16,4%, 9 mulheres afirmam não ter uma opinião formada e 25,4% representativos de 14 mulheres afirmam discordar da afirmação. Ao efectuarmos a análise tendo em conta o N em cada intervalo de idades, podemos constatar que as mulheres que mais concordam com a afirmação apresentam idade superior ou igual a 25 anos, uma vez que neste intervalo todas as mulheres responderam concordo, seguido dos intervalos, 22 a 24 com 7 respostas a concordar, o intervalo 16 a 18 anos onde 12 mulheres das 15 representativas deste intervalo concordam, seguido do intervalo 19 a 21 anos com 10,9% de respostas dadas. As mulheres entre os 13 e os 15 anos são as que discordam mais da afirmação, pois apenas 3 das 18 mulheres deste intervalo afirmam saber o que é o teste Papanicolaou.

Tabela 12 – Distribuição da amostra segundo o conhecimento de um dos factores de risco ser a não realização do teste Papanicolaou nos prazos cientificamente estabelecidos.

Variável Idade	Discordo		Nem concordo nem discordo		Concordo	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
13 a 15 (N=18)	4	7,3	11	20	3	5,5
16 a 18 (N=15)	1	1,8	10	18,2	4	7,3
19 a 21 (N=9)	1	1,8	3	5,5	5	9,1
22 a 24 (N=9)	2	3,6	4	7,3	3	5,5
≥ 25 (N=4)	0	0	2	3,6	2	3,6
Total	8	14,6	30	54,5	17	30,9

No que diz respeito á afirmação, “O principal factor de risco para o cancro do colo do útero é a não realização do teste Papanicolaou nos prazos cientificamente estabelecidos” temos como resposta mais obtida o não concordo nem discordo com 54,54% (Tabela 12), 30,9% das mulheres afirmam concordar com afirmação e apenas 14,6% discorda. Analisando tendo em conta o N em cada intervalo de idades, podemos constatar que as mulheres com idade superior ou igual a 25 anos são as que mais concordam com a afirmação, seguidos dos intervalos, 19 a 21 e 22 a 24 anos. Claramente as mulheres entre os 13 e os 15 anos são as que menos concordam com a afirmação uma vez que das 18 mulheres representativas deste intervalo apenas 3 referiram concordar.

Tabela 13 – Distribuição da amostra segundo o conhecimento do cancro do colo do útero poder estar associado a comportamentos sexuais.

Variável Idade	Discordo		Nem concordo nem discordo		Concordo	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
13 a 15 (N=18)	2	3,6	5	9,1	11	20
16 a 18 (N=15)	0	0	4	7,3	11	20
19 a 21 (N=9)	1	1,8	3	5,5	5	9,1
22 a 24 (N=9)	1	1,8	1	1,8	7	12,7
≥ 25 (N=4)	0	0	0	0	4	7,3
Total	4	7,3	13	23,6	38	69,1

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

A análise da Tabela 13, referente à afirmação “o cancro do colo do colo do útero também pode estar associado a comportamentos sexuais” averiguamos que 69,1% das participantes do estudo concordam com a afirmação, 23,6%, ou seja, 13 mulheres não apresentam uma opinião formada, e apenas 7.3%, 3 discordam da afirmação. Analisando os dados tendo em conta o N de cada intervalo, averiguamos que as mulheres com idade superior ou igual a 25 anos são as que mais concordam com a afirmação, uma vez que todas elas concordam, seguido dos intervalos 22 a 24 anos com 7 respostas dadas, o intervalo 16 a 18 anos com 11 respostas a concordar, e do intervalo 19 a 21 anos com 9,1% de aderência à resposta concordo. Podemos concluir de igual modo que as mulheres entre os 13 e os 15 anos são as que menos concordam com a afirmação pois em 18 mulheres representativas deste intervalo apenas 11 concordam.

Tabela 14 – Distribuição da amostra segundo o conhecimento do tabaco poder estar associado ao cancro do colo do útero.

Variável Idade	Discordo		Nem concordo nem discordo		Concordo	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
13 a 15 (N=18)	11	20	7	12,7	0	0
16 a 18 (N=15)	6	10,9	5	9,1	4	7,3
19 a 21 (N=9)	0	0	6	10,9	3	5,5
22 a 24 (N=9)	6	10,9	0	0	3	5,5
≥ 25 (N=4)	0	0	1	1,8	3	5,5
Total	23	41,8	19	34,6	13	23,6

Analisando a tabela 14 referente à afirmação “o cancro do colo do útero pode estar associado ao consumo de tabaco” podemos constatar que 41,8% ou seja 23 participantes no estudo afirmam discordar da afirmação, não tem opinião formada, 34,6% da amostra do estudo ou seja 19 participantes, e concordam com afirmação uma pequena parte da amostra ou seja 13 participantes, com 23,6%. Efectuando a análise tendo em conta o N de cada intervalo, constatamos que as mulheres com idade superior ou igual a 25 anos são as que mais concordam com a afirmação uma vez que das 4 mulheres representativas do intervalo, apenas 1 diz discordar. Seguindo-se dos intervalos 19 a 21 e 22 a 24 com o mesmo número de respostas ou seja 3 em cada intervalo, e do intervalo 16 a 18 com 7,3% das respostas. O

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

intervalo de 13 a 15 é claramente o que menos concorda com a afirmação, uma vez que nenhuma das 18 participantes deste intervalo afirma que o cancro do colo do útero possa estar associado ao consumo de tabaco.

Tabela 15 – Distribuição da amostra segundo o conhecimento do cancro do colo do útero ser a segunda causa de morte por cancro na mulher.

Variável Idade	Discordo		Nem concordo nem discordo		Concordo	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
13 a 15 (N=18)	1	1,8	2	3,6	15	27,3
16 a 18 (N=15)	0	0	10	18,2	5	9,1
19 a 21 (N=9)	0	0	3	5,5	6	10,9
22 a 24 (N=9)	0	0	1	1,8	8	14,5
≥ 25 (N=4)	0	0	1	1,8	3	5,5
Total	1	1,8	17	30,9	37	67,3

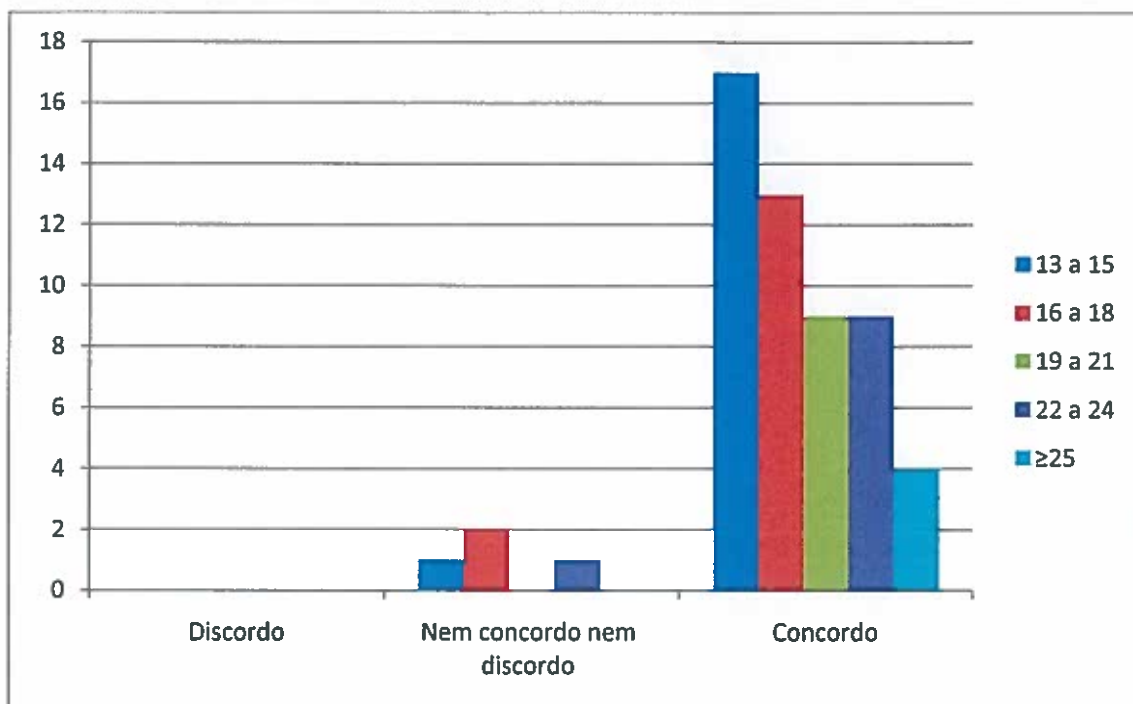
Constatadas com a afirmação “O cancro do colo do útero é a segunda causa de morte por cancro na mulher” podemos recolher a seguinte informação pela análise da Tabela 15: 67,3% da amostra ou seja 37 participantes concordam com a afirmação, 17 mulheres (30,9%) nem concordam nem discorda e apenas uma mulher (1,8%) afirma discordar da afirmação. Analisando agora os dados tendo em conta N de cada intervalo de idades constatamos que as mulheres que mais concordam com a afirmação apresentam idade superior ou igual a 25 anos e o intervalo 22 a 24 anos onde apenas 1 participante de cada intervalo nem concordou nem discordou. O intervalo de idades que menos concordou com a afirmação foi o intervalo 16 a 18 anos, uma vez que das 15 participantes representativas deste intervalo, apenas 5 afirmam concordar com a afirmação.

Tabela 16 – Distribuição da amostra segundo conhecimento da evolução da doença.

Variável Idade	Discordo		Nem concordo nem discordo		Concordo	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
13 a 15 (N=18)	0	0	9	16,4	9	16,4
16 a 18 (N=15)	1	1,8	10	18,2	4	7,3
19 a 21 (N=9)	1	1,8	4	7,3	4	7,3
22 a 24 (N=9)	2	3,6	2	3,6	5	9,1
≥ 25 (N=4)	0	0	1	1,8	3	5,5
Total	4	7,3	26	47,3	25	45,4

Analisando a Tabela 16 relacionada com a afirmação “A doença até chegar à forma de cancro tem uma evolução lenta” verifica-se um número muito idêntico de respostas entre a opção “não concordo nem discordo” da resposta “concordo”. Ou seja sem opinião concreta possuímos 26 participantes com uma percentagem de 47,3%, sendo que 25 participantes concordam (45,4%) ou seja apenas varia de uma participante. A opinião discordo apresenta apenas 4 respostas ou seja 7,3%. Ao efectuarmos a análise tendo em conta o N em cada intervalo de idades, podemos constatar que concordam mais com a afirmação, as mulheres com idade superior ou igual a 25 anos uma vez que apenas uma das 4 participantes deste intervalo nem concordou nem discordou. Seguido dos intervalos 22 a 24 anos com 9,1 % das respostas, 19 a 21 com 4 respostas e por último do intervalo 16 a 18 anos com apenas 4 respostas concordo. Podemos concluir de igual forma que as mulheres entre os 13 e os 15 anos são as que concordam menos com a afirmação, uma vez que apenas metade da amostra deste intervalo diz concordar com a afirmação (9 participantes, 16,4%).

Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo a importância da prevenção do cancro do colo do útero, através da vacinação.



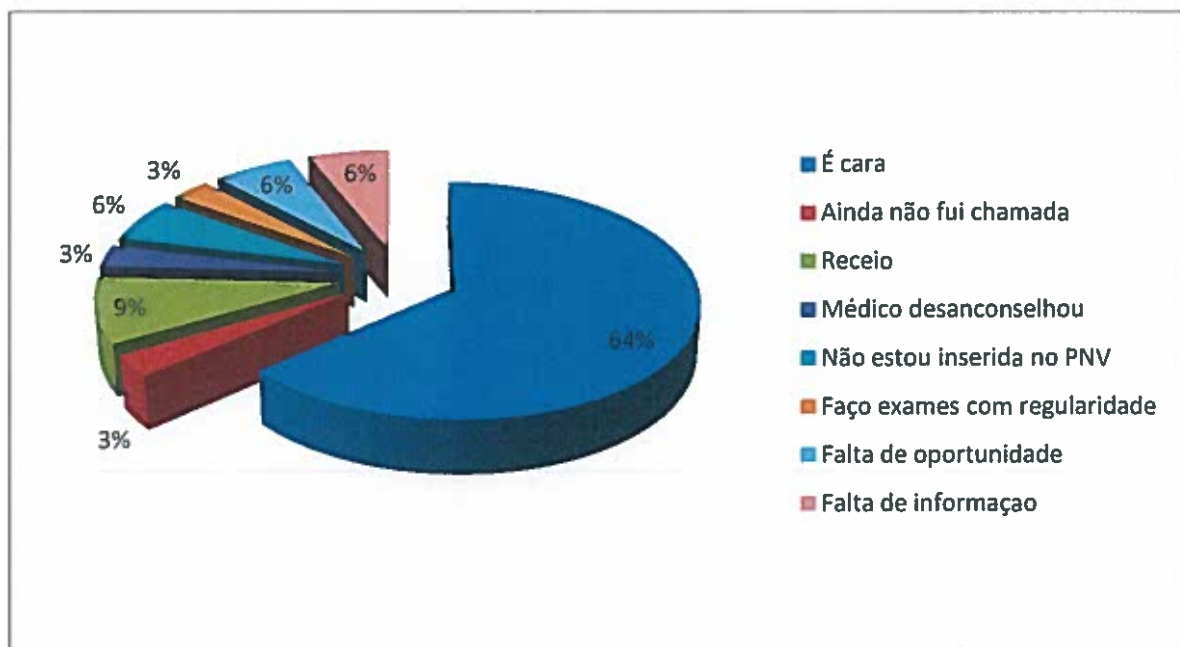
Através da análise do Gráfico 1 relativo à afirmação “A vacinação é fundamental na prevenção do cancro do colo do útero” podemos verificar que neste estudo não houve nenhuma mulher que discorda-se com a afirmação. Sem opinião formada apresentam-se 4 mulheres (7,3%) da amostra total, sendo que com a afirmação concordam 92,3% da amostra. (51 mulheres).

Tabela 17 – Número de mulheres vacinadas contra o cancro do colo do útero.

Variável Idade	Sim		Não	
	(n)	(%)	(n)	(%)
13 a 15 (N=18)	15	27,3	3	5,5
16 a 18 (N=15)	5	9,1	10	18,1
19 a 21 (N=9)	2	3,6	7	12,7
22 a 24 (N=9)	0	0	9	16,4
≥ 25 (N=4)	0	0	4	7,3
Total	22	40	33	60

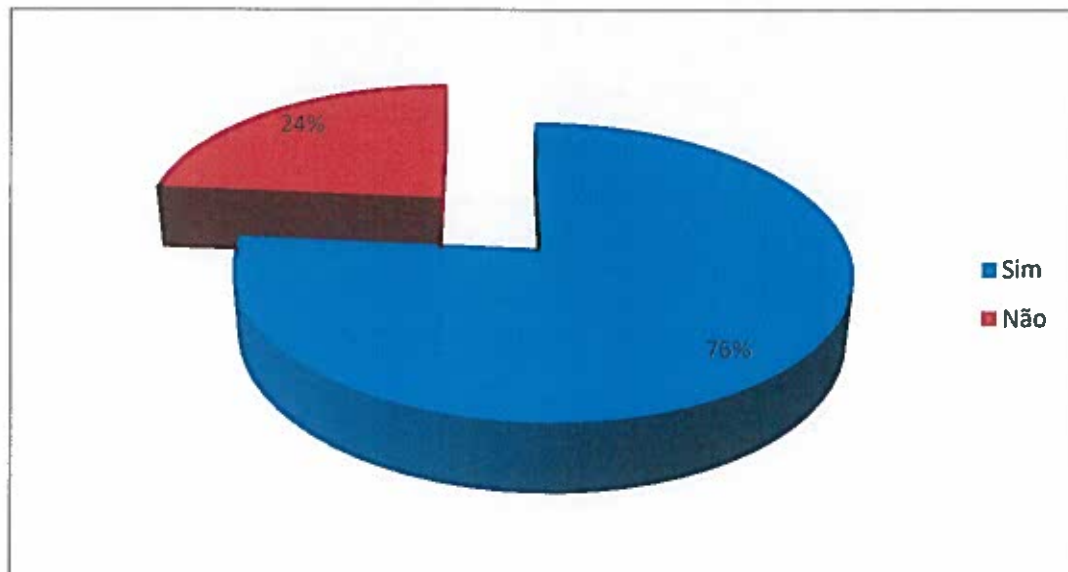
Em relação à Tabela 17 relacionada com a questão “Foi vacinada com as 3 doses da vacina contra o cancro do colo do útero?”, responderam afirmativamente 40 % das mulheres onde se destaca o intervalo de idades de 13 a 15 anos com 15 jovens vacinadas das 18 representativas deste intervalo. As mulheres não vacinadas formam uma percentagem de 60 % onde podemos verificar uma taxa de adesão nula à vacinação nos intervalos de idades 22 a 24 anos e das mulheres com idade superior ou igual a 25 anos.

Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo os motivos de não estar vacinada.



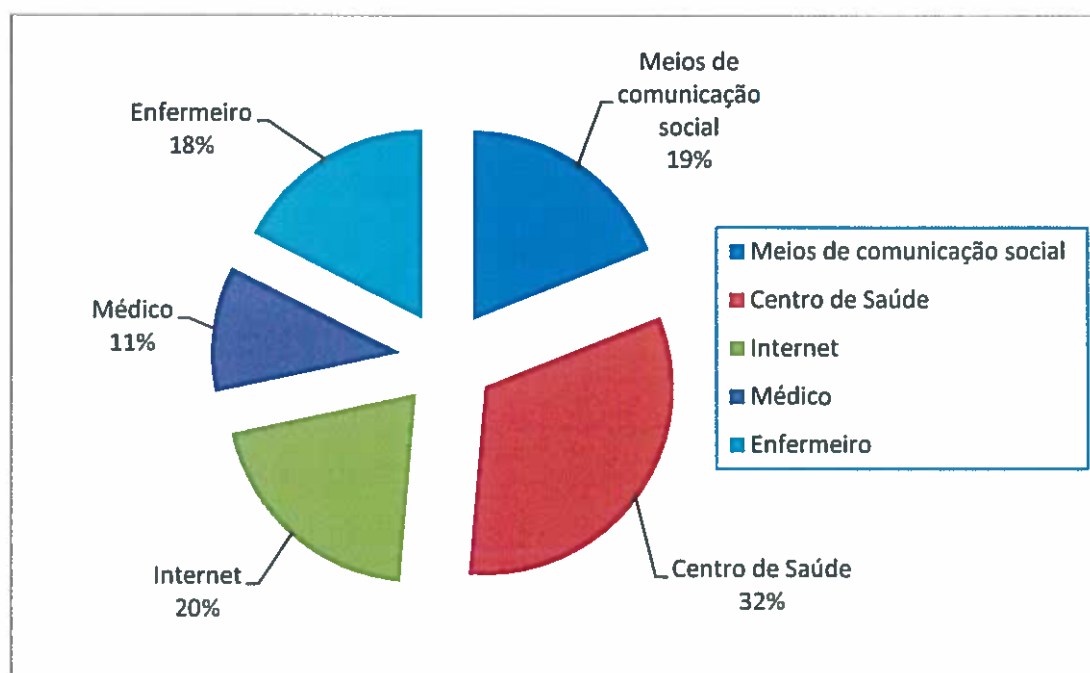
Aquando, questionadas do porquê de não terem sido vacinadas, (Gráfico 2) a grande maioria das respostas encontradas, justifica o facto de a vacina ser cara com 64%, com 9% das respostas dadas as participantes referem ter “receio”, de seguida com 6% de cada uma das respostas obteve-se as seguintes justificações “Não estou inserida no Programa Nacional de Vacinação” e “Falta de informação” e “Falta de oportunidade”. Por último, a resposta “Ainda não fui chamada” e “O médico desaconselhou”, e “ Faço exames com regularidade” com 3% em cada argumento.

Gráfico 3– Distribuição da amostra segundo se tem ou não informação acerca da vacina.



No que diz respeito ao Gráfico 3 que se refere “se tem informação acerca da vacina”, podemos constatar que 42 participantes com percentagem de 76% referem ter informação acerca da vacina, por outro lado 24% afirmam não ter informação acerca da vacina.

Gráfico 4– Distribuição da amostra segundo local obteve a informação



Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

Quanto à análise do Gráfico 4, à questão “Se sim onde obteve essa informação?”, 32% das participantes responderam centro de saúde, seguida de internet com 20%, 19% das respostas referiram os meios de comunicação social. A informação obtida através dos Enfermeiros ocupam uma taxa de 18% e por último 11% das mulheres referiram o Médico como fonte de informação.

Após a apresentação dos dados do presente estudo bem como da sua análise descritiva, chegou-se à etapa da discussão dos resultados.

Na caracterização sociodemográfica da amostra do estudo, podemos verificar que maioria são mulheres de nacionalidade portuguesa (91%), seguidas das mulheres com nacionalidade espanhola (5,4%) e por último ucraniana com (3,6%). São maioritariamente de raça caucasiana (96,45%). Relativamente às idades da nossa amostra, o intervalo de idades varia entre, maior que 13 anos e menor que 26 anos. A grande maioria das participantes no estudo corresponde ao intervalo de idades de 13 a 15 anos (32,7%), seguida do intervalo de idade 16 a 18 (26,2%). O intervalo de idades de 19 a 21 e o de 22 a 24 anos possuem, 9 participantes em cada intervalo. Por fim, com idade superior ou igual a 25 anos obteve-se a participação de 4 mulheres (7,3%) da amostra. Relativamente ao estado civil a grande maioria é solteira (94,5%) e apenas 3 mulheres (5,5%) pertencem ao estado civil casadas. Constatando as habilitações literárias, podemos visualizar que são um grupo bastante heterogéneo, variando de mulheres com o 2º ciclo de escolaridade até à licenciatura. Apresentam na sua grande maioria como habilitações literárias o ensino secundário, com 26 participantes (47,3%).

Relativamente à afirmação “ Tenho conhecimentos acerca do cancro do colo do útero” podemos apurar que 70,9 % da amostra afirma concordar, sendo que 23,6% das mulheres afirma não apresentar uma opinião formada acerca do tema e apenas 5,5% da amostra discorda com a afirmação. O intervalo de idades 13 a 15 anos é o que diz ter menos conhecimentos acerca do cancro do colo do útero uma vez que em 18 participantes deste intervalo apenas 9 dizem concordar com a afirmação. O intervalo de idades que diz ter mais conhecimentos é 19 a 21 anos uma vez que todas as nove participantes concordam com a afirmação. As mulheres dos 13 aos 15 anos, deverão ser acompanhadas nas consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil que, segundo a DGS, o enfermeiro deverá explorar com a adolescente o tema da sexualidade, uma vez que a masturbação começa normalmente na puberdade, e cada vez mais os jovens experimentam actos sexuais mais cedo e muitas vezes de forma errada. O facto de estes jovens irem à procura de sensações de prazer, para libertar os seus impulsos sexuais, para satisfazer a curiosidade, ou mesmo, como uma forma

de conquista, faz com que em muitos casos a mudança de parceiro sexual se torne rotina (DGS, 2006).

Relativamente à afirmação, “Sei onde se localiza o cancro do colo do útero” podemos constatar que quase a totalidade da amostra (90,0%) afirma saber onde se localiza o cancro do colo. Destaca-se os intervalos 19 a 21 anos e ≥ 25 onde todas as participantes do intervalo responderam a opção concordo.

Quanto à afirmação “O vírus responsável pelo cancro do colo do útero pode ser transmitido pelo parceiro sexual” verifica-se que 35 participantes responderam a opção concordo (63,7%), sendo que 14 participantes não têm opinião formada (25,4%). Por último 9 (16,4%) mulheres discordam da afirmação. As mulheres que foram mais assertivas apresentam idade superior ou igual a 25 anos, seguido do intervalo 22 a 24 anos. Segundo Fonseca (2008) a prevenção assenta essencialmente em comportamentos sexuais seguros, uma vez que a transmissão somente ocorrerá após contacto sexual.

No que diz respeito a afirmação “O vírus responsável pelo cancro do colo do útero tem o nome de Papiloma Vírus Humano” aferimos que apenas duas mulheres (3,6%) discordam da afirmação, 32,7%, ou seja, 18 mulheres referem não ter uma opinião formada, e 63,7% representativos de 35 mulheres referem concordar com a afirmação. As mulheres que dizem mais concordar com a afirmação tem idade ≥ 25 seguido do intervalo 19 a 21 anos e 22 a 24 anos. Segundo Ribalta (2003) a infecção pelo HPV é a infecção sexualmente transmissível mais comum, entre jovens sexualmente activos, e um dos problemas principais de saúde pública. A sociedade Portuguesa de Ginecologia complementa que o HPV afecta, por via sexual, pele e mucosas. O vírus infecta as camadas basais do epitélio, uma vez que penetra por microtraumatismos. Muitas vezes estes desenvolvem-se aquando as relações sexuais.

Avaliando o conhecimento acerca do teste de Papanicolaou constatamos que temos uma taxa de aderência à resposta concordo de 32 mulheres, com 58,18%, 16,4%, 9 mulheres afirmam não ter uma opinião formada e 25,4% representativos de 14 mulheres afirmam discordar da afirmação. Sendo que as mulheres que mais dizem concordar apresentam idade superior ou igual a 25 seguido do intervalo 22 a 24 anos, o intervalo de idades 13 a 15 refere não saber o que é o teste de Papanicolaou ou mesmo não ter uma opinião formada. Em 1940 foi

implementado o teste de Papanicolaou pelo que se tornou o método de eleição para o rastreio citológico do cancro do colo do útero, a sua utilização resultou numa diminuição de cerca de 70% da sua incidência. (American Cancer Society, 2005)

No que diz respeito à afirmação “ O principal factor de risco para o cancro do colo do útero é a não realização do teste de Papanicolaou nos prazos cientificamente estabelecidos” verificamos que 30,9% da amostra concorda, sendo que a maioria ou seja 54,5% da amostra afirma não ter uma opinião formada acerca da afirmação. As mulheres que apresentam mais conhecimentos têm idade superior ou igual a 25 anos, seguido do intervalo de idades 19 a 21 anos. Claramente os intervalos 13 a 15 e 16 a 18 anos não apresentam ter conhecimentos acerca da afirmação acima citada. No que diz respeito às recomendações para o rastreio do cancro do colo do útero a Direcção Geral de Saúde recomenda que o exame Papanicolaou seja realizado ao final de um ano do inicio da vida sexual activa caso os resultados sejam normais em 2 anos consecutivos. Até aos 39 anos repetir de 3 em 3 anos, dos 40 aos 64 anos repetir de 5 em 5 anos, após os 65 anos só deverá ser realizado caso não tenha havido qualquer tipo de controlo anterior (DGS, 2006).

Analisando a respostas à afirmação que diz que o cancro do colo do útero também pode estar associado a comportamentos sexuais verificamos que 69,1% das participantes do estudo concordam com a afirmação, 23,6%, ou seja, 13 mulheres não apresentam uma opinião formada, e apenas 7,3%, 3 mulheres discordam da afirmação. O intervalo de idades que diz ter menos conhecimentos é as mulheres com idade superior ou igual a 25 anos, seguido do intervalo de idade 22 a 24 anos. O intervalo de idades 13 a 15 , 19 a 21 anos e 16 a 18 anos apresentam menos conhecimentos referente a esta afirmação. A precocidade da primeira relação sexual, a frequente existência de múltiplos parceiros, bem como a variedade de convivência sexual formam uma série de condicionantes que aumentam a probabilidade de vir a contrair cancro do colo do útero. (Alves, 2003)

Quando questionadas se o cancro do colo do útero pode estar associado ao consumo de tabaco constatamos que 41,8% ou seja 23 participantes no estudo afirmam discordar da afirmação, não tem opinião formada, 34,6% da amostra do estudo ou seja 19 participantes, e concordam com afirmação uma pequena parte da amostra ou seja 13 participantes, com 23,6%. As mulheres com idade superior ou igual a 25 anos continuam a ser dotadoras de mais

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

conhecimentos, seguida dos intervalos de idades 19 e 21 e 22 a 24 anos. As adolescentes entre os 13 e os 18 anos são as que mais afirmam discordar da afirmação. Citando novamente Alves (2003) que diz a nicotina baixa o limiar de imunidade a nível celular, pelo que predispõe as mulheres ao desenvolvimento do cancro do colo do útero, no entanto, não poderá ser considerado um agente causal.

Quando constadas com a hipótese de o cancro do colo do útero ser a segunda causa de morte por cancro na mulher, verificamos que 67,3 % da amostra afirma concordar com a afirmação, 30,9% afirma nem concordar nem discordar, sendo que apenas uma mulher discorda da afirmação. Novamente as mulheres com idade superior ou igual a 25 anos apresentam mais conhecimento seguido das mulheres com idades entre os 22 e os 24 anos. Apresentam neste caso menos conhecimentos as mulheres compreendidas entre os intervalo de idades 16 a 18 anos seguido do 19 a 21 anos e 13 a 15 anos. Hoje em dia, as lesões provocadas pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), têm em todo o mundo uma incidência muito elevada. O cancro invasivo do colo do útero assume um papel de relevo, uma vez que representa a segunda causa de morte por cancro nas mulheres com idade inferior a 44 anos (DGS, 2006).

Em relação à afirmação “A doença até chegar à forma de cancro tem uma evolução lenta” verifica-se um número muito idêntico de respostas entre a opção “não concordo nem discordo” da resposta “concordo”. Ou seja sem opinião concreta possuímos 26 participantes com uma percentagem de 47,3%, sendo que 25 participantes concordam (45,4%) ou seja apenas varia de uma participante. A opinião discordo apresenta apenas 4 resposta ou seja 7,3%.As mulheres com idades superior ou igual a 25 anos apresentam mais conhecimentos acerca da afirmação seguido dos intervalos de idades 22 a 24 anos e 19 a 21 anos. As adolescentes com idades compreendidas entre 16 a 18 anos e 13 a 15 anos dizem ter menos conhecimentos acerca da afirmação. Segundo a organização mundial de saúde o cancro do colo de útero tem uma evolução lenta e progressiva, podendo mesmo levar 20 anos ou mais desde a infecção ate ao cancro do colo do útero propriamente dito. (WHO, 2006)

Quando questionadas se achavam importante a prevenção através da vacinação podemos concluir que não houve nenhuma mulher que discordasse da afirmação, sendo que 92,3% da amostra responderam concordar com a afirmação. Apenas 7.3 % das mulheres responderam que ainda não apresentavam uma opinião formada acerca do assunto. Segundo Otto, a

prevenção constitui uma estratégia chave, para a erradicar o cancro do colo do útero. Fundamentado nos conhecimentos disponíveis sobre os factores de risco para o cancro do colo do útero, o enfermeiro deverá desenvolver programas preventivos para o público (Otto, 2000, p.216)

Referente à questão foi vacinada contra o cancro do colo do útero verificamos que 60% das mulheres da amostra não foram vacinadas, contrastando com os 40% da amostra que foi vacinada. Podemos concluir que as mulheres mais vacinadas estão no intervalo de idade 13 a 15 anos (83,3%), pois coincide com a idade chave que está abrangida pelo PNV. Estes dados são corroborados pela taxa de vacinação do HPV referente ao ano de 2009 – jovens nascidas em 1996 apresentam uma taxa de adesão à vacinação de 88% 1º dose, 81% , 2ºdose e 57,3% 3ºdose. (ARSCN, 2009) Das 4 mulheres com idade ≥ 25 anos, nenhuma delas foi vacinada seguida das mulheres entre os 22 e 24 anos onde apenas 1 mulher foi vacinada, e do intervalo de 19 a 21 anos onde das 8 mulheres da amostra apenas 2 recorram à vacinação como método de prevenção do cancro do colo do útero.

Aquando, questionadas do porquê de não terem sido vacinadas, a grande maioria das respostas justifica o facto de a vacina ser cara com 64%, com 9% das respostas dadas as participantes referem ter “receio”, de seguida com 6% de cada uma das respostas obteve-se as seguintes justificações “Não estou inserida no programa nacional de vacinação” e “Falta de informação” e “Falta de oportunidade”. Por último “Ainda não fui chamada”, “O médico desaconselhou”, e “ Faço exames com regularidade” com 3% em cada argumento. Segundo a DGS cada dose da Vacina Gardasil ® custa 142,74 € uma vez que são necessárias 3 doses para que a mulher fique imunizada, a vacina Gardasil ® tem um custo total de 428,22 €.

A quando questionadas se tem informação acerca da vacina, constatamos que 76% da mulheres do estudo referem que sim, por outro lado 24% das mulheres afirmam não possuíram informação acerca da vacina.

Das que tiveram informação acerca da vacina foi lhes questionada onde a obtiveram sendo que 32% das mulheres referiram ser fornecida pelo centro de saúde, seguida da internet com 20% das respostas, 19% das mulheres denunciaram os meios de comunicação social, sendo

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

que os Enfermeiros ocuparam 18% das respostas, por último 11% das mulheres responderam que esta informação era proveniente do Médico.

Podemos concluir, quando efectuamos a análise tendo em conta a idade dos participantes, que as jovens com maior idade possuem mais conhecimentos do que as jovens dos 13 aos 18 anos.

Relativamente ao outro objectivo do nosso estudo, identificar a taxa de adesão à vacinação do HPV da nossa amostra, podemos verificar que as mulheres mais jovens com idades compreendidas entre e os 13 e os 18 anos são as mulheres que apresentam a taxa de vacinação mais elevada.

Capítulo V- Conclusão

No campo estritamente didáctico, este trabalho de projecto de investigação relevou-se de enorme contributo a nível da formação pessoal. O facto de se tratar de um trabalho bastante longo, de pesquisa intensa, de colheita de diferentes opiniões, formam uma série de condicionantes que emergem no orgulho de o ver concluído, marcando de forma simples o contributo para a investigação em Enfermagem.

Estamos convictos da importância da investigação em Enfermagem. Deste modo este estudo foi desenvolvido com empenho bem como entusiasmo, aspirando motivação para posteriores trabalhos realizados acerca desta temática, uma vez que o cancro nos nossos dias ainda se apresenta como grande problemática na nossa sociedade.

Torna-se importante salientar que deverão ser reforçadas as medidas de educação para a saúde, alertando para a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, bem como na prevenção da infecção pelo HPV e do cancro do colo do útero.

Sendo a nível mundial, o cancro do colo do útero o tumor ginecológico mais frequente e o segundo mais comum do sexo feminino, posteriormente ao cancro da mama, torna-se fulcral incidir sobre o rastreio, a vacinação, uma vez que neste momento é a única neoplasia em que se pode recorrer à vacinação para prevenção.

Continua a ser primordial, continuar a coordenar actividades na luta contra o cancro, promover a acção intersectorial na prevenção, melhorar os acessos e a qualidade dos cuidados de saúde oncológicos.

Tal como foi referido, o cancro do colo do útero é uma doença evitável, pelo que não se justifica com base no conhecimento actual, que ainda se morra desta Patologia. Logo não interferir nesta área é eticamente reprovável. Torna-se consensual que a intervenção neste caso, passe pela educação para a saúde, rastreios organizados e administração da vacina com a complementação do diagnóstico e tratamento. Esta estratégia traduzir-se-á a curto prazo em ganhos para a saúde.

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

Após a análise dos dados verificou-se que as adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos apresentam menos conhecimentos acerca do cancro do colo do útero, do que as mulheres com idades compreendidas entre 19 e 26 anos. Podemos concluir de igual modo que o intervalo de idades que apresenta menos conhecimentos ou seja entre os 13 e os 18 anos, tiveram oportunidade de se vacinarem, uma vez que são idades abrangidas pelo Programa Nacional de Vacinação, enquanto que as mulheres com idades compreendidas entre os 19 e 26 anos, apesar de possuírem mais conhecimentos, não tiveram facilidade de acesso para serem vacinadas na prevenção do cancro do colo do útero, uma vez que a vacina apresenta custos elevados.

Relativamente à informação acerca da vacina a grande maioria refere que possui, e as fontes dessa informação foram o centro de saúde, seguida da internet.

Os objectivos deste trabalho foram atingidos, uma vez que foram identificados os conhecimentos acerca da prevenção do cancro do colo do útero, bem como identificada a taxa de adesão à vacinação na prevenção do cancro do colo do útero.

Em jeito de conclusão importa salientar que é com base na investigação que a profissão de Enfermagem progredirá, tornando-se mais valorizada e mais elevada.

Capítulo V- Bibliografia

Administração Regional do Centro. *Vacina contra o cancro do colo do útero* [Em linha] Disponível em <<http://www.arscentro.pt>> [Consultado em 22/04/10]

Almeida, S., Freire, T.(2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação 3ª Edição, Braga, Psiquilíbrios.*

Alves, T. (2003) *Prevenção do cancro do colo do útero.* Revista portuguesa de clínica geral , nº 19: 455-60 (Setembro/Outubro).

Anderson, P., (2001) *Beyond the Pap test: new techniques for cervical cancer screening – Women’s Health in Primary Care*

American Cancer Society. (2005) – *Cancer reference informacion: detailed guide: cervical câncer.* [Em linha]. Disponível em < <http://www.cancer.org>>. [Consultado em 22/04/10]

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2002) *ACOG Practice Bulletin clinical management Guidelines for Obstetrician- Gynecologists*

Baseman, J., Koutskj,L.,(2005) - *The epidemiology of human papillomavirus infections.* Journal of clinical virology.32: suppl.1, S16-S24.

Bergerot, C.,Bergerot, P.,(2006). *Cancer: poder da alimentação e tratamento.* São Paulo, Cultrix.

Brek, J. (2005). *Novak: tratado de ginecologia.* São Paulo, Guanabara Koogan.

Casquinha, P. (1992). *Combater o cancro.* Porto, Editora civilização.

Clayton, L., et alii, (2000). *Dicionário Médico Enciclopédico Tabre.* Loures, Manole. p.302

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

Cohen, B., Wood, D.,(2002). *O Corpo Humano na Saúde e na Doença*. São Paulo, Manole.

Costa, C., et alii, (2007) *Avaliação económica da Gardasil. Estudo sobre os custos os custos de tratamento dos condilomas genitais*. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Direcção Geral de Saúde. (2007). *Vírus do Papiloma Humano – Infecções e Vacinas*. Circular Informativa. Disponível em < <http://www.dgs.pt> > [Consultado em 03/05/09]

Direcção Geral de Saúde .(2008). *Programa Nacional de Vacinação (PNV) Introdução da vacina contra infecções por Vírus do Papiloma Humano*. Circular normativa número 22/DSCS/DPCD. Disponível em < <http://www.dgs.pt> > [Consultado em 03/05/09]

Direcção Geral de Saúde, (2006). *PNPCDO* [Em linha]. Disponível em < http://www.acs.minsaude.pt/files/2008/06/pnpcdo_2007_versao-final.pdf>.[Consultado em 23/04/09]

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2008). *Guidance for the Introduction of HPV Vaccines in EU Countries*. Stockholm

FIGO (2003) Federation International de Gynecologie et d'Obstetrique.[Em linha] Disponível em < [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(00\)00239-3/abstract](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(00)00239-3/abstract)> . Consultado em 17/04/09

Fonseca, M. (2008) Colo sem vírus In: *Farmácia Saúde*. (145, Outubro/ 2008, pp. 1416.)

Forones, N., et alii. (2005). *Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar – UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina*. São Paulo, Manole.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação – da concepção à realidade*. Lisboa, Lusociência.

Graaff, K., (2003). *Anatomia Humana*. São Paulo, Manole.

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

Hinrichesen, S.(2005). *Doenças infecciosas e Parasitas*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara, koogam S.A.

Infarmed, (2009). *Folheto informativo* [Em linha].Disponível em <http://www.infarmed.pt/prontuario/mostra.php?origem=ono&flag_palavra_exacta=1&id=1985&palavra=Gardasil&flag=1>

Liga portuguesa contra o cancro,(2009). *Tratamento* [Em linha]. Disponível em <<http://www.ligacontracancro.pt/>> [Consultado em 23/04/10].

Manuila, L., et alii .(2000). *Dicionário Médico*. Lisboa, Climepsi Editores. p.114.

Matos, P., Pereira, M.(2002). *Psicoterapia com doentes oncológicos e seus familiares*. Lisboa, Climepsi.

OMS (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Conferência de Ottawa* [Em linha]. Disponível em <[http:// www.who. int/en/](http://www.who.int/en/)> [Consultado em 26/04/09].

Otto, S. (2000). *Enfermagem Oncológica*. Loures, Lusociência.

Parker, P., et alli.(2003) *Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of câncer patients*. Psycho- Oncology.

Pereira , J.,Barbosa, C.,Mateus, C. *Análise custo – efectividade e custo - utilidade da vacina contra o vírus do Papiloma Humano 16 e 18 (cervarix) no contexto de rastreio do cancro do colo do útero em Portugal*. Escola Nacional de Saúde Publica. Universidade Nova de Lisboa. Estudo não publicado. Outubro de 2007.

Pista, A., et alli. (2009) *Epidemiological study of the prevalence of HPV infection of women in Portugal*. Cleopatre Study. ESGO Budapeste.

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

Polit, D., et alli. (2004). *Fundamentos de Pesquisa de Enfermagem*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Pollock, R. et alli, (2006), *Manual de oncologia Clínica da UICC*, São Paulo, Fundação Oocentú.

Ribalta, J. (2003). *Infecção por Papilomavirus Humano*. Rio de Janeiro, Guanabara, Koogan.

Rubenstein, D., Lewis, P. (1979), *O corpo Humano*, São Paulo, Edições melhoramentos.

Seeley, R Tate, P., e Kennedy, J., (2003). *Anatomia & Fisiologia*. 6ª Edição, Loures, Lusociência.

Smith, T., (1992). *Circulo de Leitores*. Minho, Companhia Editora do Minho, S.A.

Sociedade Portuguesa de Ginecologia, (2009) – Vacinas contra o HPV, Reunião de Consenso Nacional [Em linha]. Disponível em < [http: www.spg.pt](http://www.spg.pt) >. [Consultado em 05/05/10]

Williams, P. et alli. (1995). *Gray anatomia*. Sao Paulo, Guanabara, Koogan.

WHO, (2002) [Em linha]. Disponível em < [http: www.who.com](http://www.who.com) >. [Consultado em 07/03/10].

Women's Health in Primary Care (2003). New techniques for Pap test screening: a clear clinical benefit?.

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

Fabiana Margarida da Silva Mendes a frequentar o quarto ano da Licenciatura em Enfermagem, na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa , encontra-se a realizar um trabalho monográfico que determina o final do curso na licenciatura em Enfermagem e pretende determinar os conhecimentos sobre o cancro do colo do útero e adesão à vacinação em mulheres com idades compreendidas entre os 13 e os 26 anos.

Solicito a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue. Todos os dados recolhidos serão anónimos e confidenciais, pelo que não deverá escrever o seu nome em nenhuma parte do questionário.

Em média o tempo gasto no preenchimento do questionário é de aproximadamente 10 minutos.

Antecipadamente, agradece a sua colaboração.

A aluna

(Fabiana Mendes)

Parte I – Caracterização da Amostra

1- Qual a sua nacionalidade? _____

2- Qual a sua raça?

Caucasiana (Branca)

Negra

Asiática (Amarela)

Índiana

Outro

3- Qual a sua idade ____ anos.

4 - Qual o seu estado civil?

Casada

Solteira

Divorciada

Viúva

Vive Maritalmente

Separada

Outro

5 – Quais as suas Habilitações Literárias?

4^a Classe (1^o ciclo)

5^o ou 6^o ano (2 ciclo)

7^o, 8^o, 9^o ano (3 ciclo)

Ensino secundário

Licenciatura qual _____

Mestrado

Outra

Parte II – Conhecimentos sobre o Cancro do Colo do Útero

Assinale com um círculo o seu grau de concordância a cada frase que se segue segundo a escala.

1-Tenho conhecimentos acerca do cancro do colo do útero.

Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo
----------	---------------------------	----------

2- Sei onde se localiza o cancro do colo do útero.

Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo
----------	---------------------------	----------

3- O vírus responsável pelo cancro do colo do útero pode ser transmitido pelo parceiro sexual.

Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo
----------	---------------------------	----------

4- O vírus responsável pela infecção no cancro do colo do útero tem o nome de Papiloma Vírus Humano.

Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo
----------	---------------------------	----------

5- Sei o que é o teste Papanicolau?

Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo
----------	---------------------------	----------

6- O principal factor de risco para o cancro do colo do útero é a não realização do teste Papanicolau, nos prazos cientificamente estabelecidos.

Cancro do colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV

Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo
----------	---------------------------	----------

7- O cancro do colo do útero também pode estar associado a comportamentos sexuais.

Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo
----------	---------------------------	----------

8- O cancro do colo do útero pode estar associado ao consumo de tabaco.

Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo
----------	---------------------------	----------

9- O cancro do colo do útero é a segunda causa de morte por cancro na mulher.

Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo
----------	---------------------------	----------

10- A doença até chegar à forma de cancro tem uma evolução lenta.

Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo
----------	---------------------------	----------

Parte III – Adesão á vacinação

11- A vacinação é fundamental na prevenção do cancro do colo do útero

Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo
----------	------------------------------	----------

12-Foi vacinada com as 3 doses da vacina contra o cancro do colo do útero?

Sim

Não

13-Se não, porquê?

14-Tem informação disponível acerca da vacina?

Sim

Não

15-Se sim onde obteve? (Pode escolher mais que uma)

Meios de comunicação social

Centro de saúde

Internet

Medico

Enfermeiro

Cronograma

Mendes, F. “Cancro colo do útero: Conhecimentos e a adesão à vacinação do HPV em mulheres com idades compreendidas entre 13 e 26 anos. 2009/2010. Licenciatura de Enfermagem, UFP-FCS, Porto

Actividades	Tempo	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho
Revisão Bibliográfica		XXX ...	XXX ...	XXX ...	XXX ...	XXX ...	XXX ...	XXX ...	XXX ...	
Definição do tema, questões de investigação e objectivos		XXX ...								
Metodologia										
Instrumento de colheita de dados, pré-teste e aplicação						XXX ...				
Tratamento de dados e resultados						XXX ...	XXX ...	XXX ...		
Conclusões									XXX ...	
Entrega na UFP										XXX ...

XXX – Actividades planeadas ... - Actividades realizadas