

Tânia Esteves Simões

Prevenção do cancro do colo de útero:

Informação dos alunos do 1º ano da Universidade Fernando Pessoa

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde

Porto, 2009



Tânia Esteves Simões

Prevenção do cancro do colo de útero:

Informação dos alunos do 1º ano da Universidade Fernando Pessoa

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde

Porto, 2009

Tânia Esteves Simões

Prevenção do cancro do colo de útero:

Informação dos alunos do 1º ano da Universidade Fernando Pessoa

---

(Tânia Esteves Simões)

Projecto de Graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem.

## **Sumário:**

O cancro do colo do útero é uma das doenças oncológicas mais frequentes nas mulheres, muitas vezes não diagnosticado, que causa uma significativa morbidade e mortalidade e cuja prevalência aumenta quando se trata de população jovem. Por ser um tema pertinente e cada vez mais comum nos nossos dias, é que esta temática foi escolhida.

Com o presente estudo, pretendeu-se conhecer a população de alunos que frequentam o 1º ano da Universidade Fernando Pessoa, identificar a informação que estes possuem os sobre a prevenção do cancro do colo do útero.

A fim de dar resposta aos objectivos, colocaram-se os seguintes problemas de investigação, “Qual a informação que possuem os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano sobre a prevenção do cancro do colo do útero? Qual a informação que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano possuem sobre o PNV? Qual a informação que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano têm sobre os meios de transmissão do PVH? Qual a informação que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano têm sobre PVH? Quais os cuidados que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano têm em relação ao PVH?”

O método de estudo utilizado foi o descritivo simples, de natureza quantitativa. O tratamento de dados foi realizado com recurso ao SPSS versão 16.0. Para uma melhor compreensão desta temática foi feita uma abordagem teórica à anatomia do sistema reprodutor feminino, cancro do colo do útero, epidemiologia, etiologia, causas, sintomas, diagnóstico, prevenção e tratamento.

A amostra estudada considerou 100 alunos que frequentam a Universidade Fernando Pessoa, sendo uma média de idades dos inquiridos é de 21,62 anos, sendo 64% dos inquiridos do sexo feminino e 36% do sexo masculino. Para a identificação dos conhecimentos dos alunos em relação à prevenção do cancro do colo do útero, recorreu-se a um inquérito de perguntas de caracterização e uma segunda parte de avaliação de conhecimentos. Os resultados indicam que 70% dos alunos obtiveram questionários com mais de 50% de respostas correctas, e apenas 30% com questionários com menos de 50% de respostas correctas.

## **Summary:**

The cervical cancer is one of the most common cancer in women, usually is not diagnosed, which causes significant morbidity and mortality and its prevalence increases when it comes to young people. As a issue relevant and more common today, is that this theme was chosen.

In this study, we set out to ascertain the population of students attending the 1st year of University Fernando Pessoa, identify the information they have on the prevention of cervical cancer.

In order to meet the objectives, have the following problems for research, "What have the information that the students at the University Fernando Pessoa in the 1st year on the prevention of cervical cancer? What information that the students at the University Fernando Pessoa in the 1st years have on the

VNP? What information that the students at the University Fernando Pessoa in the 1st year is about the means of transmission of HPV? What information that the students at the University Fernando Pessoa in the 1st year is about HPV? What the care that the students at the University Fernando Pessoa in the 1st year is in relation to HPV?

The method of study used was the simple description of a quantitative nature. The data processing was performed using the SPSS version 16.0. For a better understanding of this topic was a theoretical approach to the anatomy of the female reproductive system, cervical cancer, epidemiology, etiology, causes, symptoms, diagnosis, prevention and treatment.

The sample considered 100 students attending the University Fernando Pessoa, with an average age of respondents is 21.62 years; with 64% of respondents were female and 36% male. To identify the knowledge of students on the prevention of cervical cancer, we use a survey of questions of characterization and a second part of evaluation of knowledge. The results indicate that 70% of students received questionnaires with more than 50% of correct answers, and only 30% with questionnaires with less than 50% of correct answers.

**Dedicatória:**

No fundo, dedico todo este Projecto de Graduação a quem me ajudou na sua concepção e que de certo modo me facilitou o caminho nesta longa jornada do curso de Enfermagem.

**Agradecimentos:**

Agradeço ao meu orientador Enfermeiro José Teixeira, à Ana Fernandes, ao António Mostardinha, ao Hugo Teixeira, à Mónica Morais, à Orlanda Cornélio... Enfim, a todos os que me auxiliaram na concepção do Projecto de Graduação.

## Índice

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>I. FASE CONCEPTUAL</b> .....	16
1. Enquadramento teórico .....	16
1.1. Anatomia .....	16
1.1.1. Anatomia do Sistema Reprodutor Feminino .....	16
1.1.2. Útero .....	16
1.2. Cancro do colo do útero .....	18
1.2.1. Papilomavírus Humano .....	19
1.2.2. Patologia do cancro do colo do útero .....	21
1.2.3. Propagação .....	22
1.3. Epidemiologia .....	23
1.4. Etiologia .....	24
1.5. Factores de Risco (Causas) .....	25
1.6. Sintomas .....	27
1.7. Estabelecimento do diagnóstico .....	28
1.8. Prevenção .....	29
1.8.1. Prevenção primária .....	29
1.9. Tratamento .....	34
1.9.1. Tratamento dos Condilomas Acuminados .....	34
1.9.2. Tratamento para o cancro do colo do útero .....	36
<b>II. FASE METODOLÓGICA</b> .....	40
1. Princípios éticos .....	40
2. Tipo de estudo .....	41
3. Meio .....	42
4. Definição da população .....	42
5. Definição da Amostra .....	42
6. Método de Amostragem .....	43
7. Definição de variáveis .....	43
8. Instrumento de Colheita de Dados .....	44

9. Tratamento e análise de Dados .....	45
<b>III. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS .....</b>	<b>47</b>
1. Caracterização da amostra .....	47
2. Apresentação e análise de dados .....	47
<b>IV. DISCUSSÃO DE DADOS: .....</b>	<b>60</b>
<b>V. CONCLUSÃO .....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXOS</b>	

## Índice de Quadros

Quadro 1 – Distribuição da amostra, de acordo com o tipo de PVH. ....	48
Quadro 2 – Distribuição da amostra de acordo com as estratégias para prevenção do cancro do colo do útero.....	50
Quadro 3 - Distribuição da amostra de acordo com a afirmação: “Qual a importância que dá a uma prevenção do cancro do colo do útero?” .....	52
Quadro 4 - Distribuição da amostra de acordo com a resposta à questão:”Quantas vezes pensa ser necessário efectuar rastreio para uma prevenção adequada?”.....	53
Quadro 5 - Distribuição da amostra de acordo com a questão: “Qual o mecanismo de transmissão do cancro do colo do útero?” .....	55
Quadro 6- Distribuição da amostra de acordo com as causas do cancro do colo do útero.....	56

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição da amostra de acordo com o microorganismo que causa o cancro do colo do útero.....	48
Gráfico 2 – Distribuição da amostra (através da Fr em %), de acordo com a resposta à questão: “O PVH provoca apenas cancro do colo do útero?”.....	49
Gráfico 3 – Distribuição da amostra de acordo com os sintomas. ....	49
Gráfico 4 – Distribuição da amostra (através da Fr em %), de acordo com os conhecimentos da nova vacina para prevenção do cancro do colo do útero .....	51
Gráfico 5 - Distribuição da amostra (através da Fr em %), de acordo com os conhecimentos da entrada da nova vacina de prevenção do cancro do colo do útero para o PNV. ....	51
Gráfico 6 - Distribuição da amostra (através da Fr em %), de acordo com a afirmação: “A vacina contra o PVH é apenas para as mulheres virgens.”.....	52
Gráfico 7 - Distribuição da amostra (através da Fr em %), de acordo com a afirmação: “Se usar preservativo, estou imune ao microorganismo que pode provocar o cancro do colo do útero.”.....	53
Gráfico 8 - Distribuição da amostra de acordo com a afirmação “Qual a idade mais comum para a manifestação do cancro do colo do útero?”.....	54
Gráfico 9 - Distribuição da amostra de acordo com os métodos de diagnóstico do cancro do colo do útero.....	56
Gráfico 10 - Distribuição da amostra de acordo com os sintomas precoces do cancro do colo do útero .....	57
Gráfico 11 - Distribuição da amostra de acordo com os métodos de tratamento do cancro do colo do útero.....	57
Gráfico 12 - Distribuição da amostra (através da Fr em %), de acordo com a afirmação “ O cancro do colo do útero é o segundo cancro mais mortífero para as mulheres jovens na Europa.” .....	58
Gráfico 13 - Distribuição da amostra de acordo com a cotação de avaliação de conhecimentos. ....	58

## **Abreviaturas e Siglas:**

ACS – American Cancer Society

ADN – Ácido desoxiribonucleico

ARN – Ácido Ribonucleico

NIC – Neoplasia Intraepitelial Cervical

*cit in* – Citado em

DES – Dietilestilbesterol

DGS – Direcção Geral de Saúde

DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECG – Electrocardiograma

*et alii* – E outros

EUA – Estados Unidos da América

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

Fr – Frequência Relativa

VHB – Vírus da Hepatite B

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

PVH – Papilomavirus Humano

TBL – Teste em Base Líquida

RCP – Reacção em cadeia da polimerase

PNV – Plano Nacional de Vacinação

p. – Página

pp. – Páginas

SE – Socioeconómico

SIL – Squamous Intra-epithelial Lesions

SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UFP – Universidade Fernando Pessoa

## **INTRODUÇÃO**

Com a elaboração deste documento, pretende-se realizar um Projecto de Graduação para conclusão da Licenciatura em Enfermagem com a seguinte temática: “Prevenção do cancro do colo do útero: Informação dos alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano.”

A escolha deste tema deveu-se ao facto da patologia oncológica ser muito comum na nossa sociedade e nos cuidados de saúde prestados aos doentes por parte dos enfermeiros, sendo importante o seu conhecimento para os futuros profissionais. Constitui, assim, um desafio a sua compreensão e aprofundamento em todo o percurso académico na área da saúde. Salienta-se, posto isto, uma grande motivação pessoal, pois é uma área ainda não muito explorada e gostaria de adquirir conhecimentos mais profundos nesta área, e académica na escolha deste tema pela sua relevância social, tratamento mas em especial na sua prevenção. Assim, se justifica uma grande motivação para a realização e escolha de um tema direccionado à área de prevenção oncológica, permitindo todo este processo de investigação e aprofundamento de conhecimentos terapêuticos.

O problema em estudo refere-se à informação que os alunos do 1º ano têm acerca da prevenção do cancro do colo do útero, uma vez que foi introduzido no PNV a vacina que previne o cancro do colo do útero. Pretende-se também, estudar não só a informação das alunas mas de todos os alunos, inclusive aos rapazes.

As questões de investigação que impulsionam o ponto de partida deste estudo são:

- Qual a informação que possuem os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano sobre a prevenção do cancro do colo do útero?
- Qual a informação que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano possuem sobre o PNV?
- Qual a informação que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano têm sobre os meios de transmissão do PVH?
- Qual a informação que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano têm sobre PVH?

- Quais os cuidados que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano têm em relação ao PVH?

Os objectivos envolvidos no processo de investigação são:

- Identificar a informação que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano possuem sobre o PNV.

- Identificar a informação que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano têm sobre os meios de transmissão do PVH.

- Identificar a informação que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano têm sobre PVH.

- Identificar os cuidados que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano têm em relação ao PVH.

- Identificar a informação que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano possuem sobre a prevenção do cancro do colo do útero.

O desenvolvimento deste trabalho estará dividido em uma fase conceptual e uma fase metodológica. Terá também uma conclusão, bibliografia e termina com um anexo que contém o questionário que será apresentado à amostra como instrumento de colheita de dados.

O tipo de estudo utilizado é um estudo descritivo exploratório, quantitativo e transversal. O método de amostragem é não aleatório por conveniência, para este tipo de estudo irei utilizar como instrumento de colheita de dados: o questionário.

O tempo de elaboração deste projecto foi bastante alargado, pois exigiu grande desgaste por parte do investigador. Foi optado a realização deste projecto na UFP, uma vez que as autorizações para desenvolvimento do estudo em instituições escolares são bastante difíceis.

Com este projecto conseguiu-se alcançar uma avaliação precisa dos conhecimentos dos alunos do 1º ano da UFP, assim como alargar conhecimentos nesta área tão importante da intervenção do enfermeiro: prevenção.

## **I. FASE CONCEPTUAL**

A fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação. A ideia pode resultar de uma observação, de literatura, de uma irritação em relação com um domínio particular, ou ainda de um conceito (Fortin, 1999).

### **1. Enquadramento teórico**

#### **1.1. Anatomia**

##### **1.1.1. Anatomia do Sistema Reprodutor Feminino**

Os órgãos do aparelho sexual e reprodutor feminino são os ovários, as trompas de Falópio, o útero, a vagina, vulva e os seios. Os órgãos genitais internos estão localizados na cavidade pélvica, entre a bexiga e o recto. O útero e a vagina têm localização mediana, estando os ovários situados de cada lado do útero. Estes órgãos estão ligados à parede interna da bacia por três pares de ligamentos. 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 estão fixados (Seeley, 2003).

##### **1.1.2. Útero**

O útero tem a dimensão e a forma de uma pêra média e mede cerca de 7,5cm de comprimento e 5cm de largura (diâmetro transversal). É ligeiramente achatado no sentido antero-posterior e encontra-se na cavidade pélvica com a porção mais arredondada e de maior diâmetro transversal, o fundo, orientado para cima e a porção mais estreita, o colo uterino, dirigido para baixo (Seeley, 2003). O útero é um órgão com paredes musculares fortes, na linha central entre a bexiga e o recto. Superiormente os tubos uterinos projectam-se lateralmente do corpo e abrem-se para a cavidade peritoneal imediatamente adjacente para os ovários (Drake, Mitchell e Vogl, 2005).

O corpo do útero é aplanado antero - posteriormente e, à volta do nível de origem dos tubos uterinos, com um terminal superior arredondado. A cavidade do corpo do útero é uma fenda

estreita, quando vista lateralmente, e é formada como um triângulo invertido quando vista anteriormente (Drake, Mitchell e Vogl, 2005).

O colo do útero é a extremidade inferior do útero, que liga o corpo do útero à vagina. O colo do útero sofre alterações ao longo da vida de uma mulher (puberdade, durante o parto, menopausa). A área que une a região externa do colo do útero e a porção interna é muito sensível. E aqui que se inicia a maior parte dos cancros do colo do útero (Otto, 2000).

Os principais ligamentos de sustentação do útero são os ligamentos largos, os ligamentos redondos e os ligamentos útero - sagrados. O ligamento largo é uma prega peritoneal que se estende do bordo externo do útero, de cada lado, para a pelve. Envolve também os ovários e as trompas. O ligamento redondo estende-se do útero através do canal inguinal até aos grandes lábios dos genitais externos e os ligamentos útero-sagrados fixam o útero ao sacro, ladeando as faces laterais do recto. Normalmente, o útero posiciona-se na ante versão, ou seja com a face anterior ligeiramente inclinada para a frente. Em algumas mulheres, o útero é retrovertido ou inclinado para trás. Além dos ligamentos, muito do suporte ao útero é feito, inferiormente, pelos músculos esqueléticos do pavimento pélvico. Se estes músculos estiverem enfraquecidos (por exemplo, após o parto), o útero pode descair para o interior da vagina, dando origem a uma situação conhecida por prolapso uterino (Seeley, 2003).

A parede uterina é composta por três camadas: perimétrio (serosa), miométrio e endométrio. A túnica serosa ou perimétrio é constituída pelo peritoneu. Subjacente ao revestimento peritoneal existe a túnica muscular ou miométrio, formada de uma camada muito espessa de fibras musculares lisas. O miométrio é responsável pela maior parte do volume da parede uterina e constitui a túnica muscular mais espessa do corpo (Seeley, 2003).

O endométrio é formado por epitélio cilíndrico simples e por tecido conjuntivo subjacente, a lâmina própria. Na espessura da lâmina própria, existem glândulas tubulares simples, as glândulas uterinas, que se abrem para a cavidade uterina (Seeley, 2003).

O canal uterino é constituído por epitélio cilíndrico e contém as glândulas mucosas cervicais. O muco preenche o canal uterino e actua como barreira às substâncias que poderão passar da

vagina para o útero. Ao aproximar-se a ovulação, a consistência do muco diminui, tornando mais fácil a passagem dos espermatozóides para o interior do útero (Seeley, 2003).

A infecção do epitélio genital ocorre quando as partículas virais atingem as células basais do epitélio pavimentado do colo do útero. O PVH atinge a camada basal através de micro traumatismos no epitélio que podem surgir durante a relação sexual. Após a entrada do vírus, o modo de interacção dos genes do vírus com as células do hospedeiro distingue os dois tipos de reacção à infecção provocada por este microrganismo (Sousa, 2004).

“Na maioria dos casos, a infecção por PVH é transitória e auto-limitada devido à resposta imunológica do indivíduo. Contudo, se a resposta imunológica local e sistémica não for suficiente para erradicar a infecção, as partículas virais propagam-se por contiguidade, infectando outras células da mucosa” (DGS, 2008).

O cancro de colo do útero desenvolve-se à partir de lesões precursoras denominadas lesões intraepiteliais escamosas (SIL – *squamous Intraepithelial Lesions*), classificadas como de alto ou baixo grau, dependendo do nível de ruptura da diferenciação epitelial. A produção viral ocorre nas lesões de baixo grau, estando restrita às células basais. Nos carcinomas, o ADN viral está integrado ao genoma da célula hospedeira, e nenhuma produção viral é observada. As lesões decorrentes da infecção pelo PVH geralmente provocam alterações morfológicas características, detectáveis pela citologia (Boer *et alii*, 2007).

## **1.2. Cancro do colo do útero**

Ao contrário de muitos outros cancros, a origem do cancro do colo do útero não é hereditária. Este cancro é, na sua maioria, causado por um vírus, o papilomavírus humano. Certos tipos deste vírus são capazes de transformar as células do colo do útero, provocando lesões, que em alguns casos originam lesões cancerosas. Esta progressão acontece apenas num número reduzido de casos e desenvolve-se ao longo de vários anos (Murria, Rosenthal e Pfaller, 2006).

### **1.2.1. Papilomavírus Humano**

Vírus pertencente à família Papovaviridae, género Papiloma e espécie papilomavírus humano. É um vírus ADN composto de dupla hélice. Apresenta estabilidade ambiental, embora possa ser inactivado com calor superior a 57°C e desinfectantes vulgares. No entanto, são resistentes a detergentes. Instalam-se facilmente em células epiteliais basais e jovens, e a sua replicação depende da diferenciação terminal da célula hospedeira (Baracat e Lima, 2005).

O PVH é um vírus de ADN que infecta o epitélio. Dentro da família do PVH, existem mais do que 100 tipos que diferem no seu tropismo dos tecidos e no potencial oncogénico. Os tipos de PVH são definidos baseados na homologia do genoma viral. Certos tipos de PVH geralmente infectam ou o epitélio mucoso ou cutâneo. Os tipos cutâneos causam mais comumente verrugas de pele. Os tipos de PVH mucosos podem causar Papiloma benigno da conjuntiva, orais, nasais, mucosa genital e mucosa aerodigestiva, mas estão ligados a malignidades (alto risco) (Moscicki e Widdice, 2008).

De acordo com a sua virulência e com a resistência do hospedeiro, promovem infecções produtivas, transformantes e lactentes. A sua incidência varia de 0,7% a 2,9% conforme as diferentes populações, e é mais prevalente em jovens sexualmente activos entre os 20 e os 25 anos de idade (Baracat e Lima, 2005).

O grau de infecciosidade varia com a idade, a quantidade das lesões de forma proporcional, e a resistência individual; está a considerar factores endógenos de imunocompetência celular e factores locais, como espessamentos epiteliais ou micro traumas e soluções de continuidade. A maioria dos casos apresenta resolução completa no decorrer de 12 a 18 meses (Baracat e Lima, 2005).

O PVH ocorre em proporções epidémicas e é talvez o líder dos microrganismos sexualmente transmitidos. É estimado que existem mais de 4 milhões nos Estados Unidos da América que actualmente estão infectadas com o vírus. Este vírus tem também vindo a ser associado com o cancro do colo do útero e da vulva. Infelizmente, não existem curas conhecidas para a infecção crónica (Sanfilippo e Smith, 1998).

O PVH é transmitido por contacto pessoal. As relações vaginais e anais são possivelmente o meio mais eficiente de transmissão do PVH. O PVH pode ser detectado no útero das mulheres sem uma história de relações vaginais, como demonstrado por um estudo de estudantes universitárias de idade 19-20 anos. O PVH pode também ser detectado no ânus em mulheres sem uma história de relações anais, e em mulheres que apenas tiveram sexo com mulheres. Certamente, as verrugas genitais podem ser transmitidas apenas por contacto. Existem também dados recentes que mostram que o sexo oral é um factor de risco para transmissão para a cavidade oral (Moscicki e Widdice, 2008).

A infecção por PVH é um fenómeno intermitente; apenas uma pequena proporção de mulheres positivas para um dado tipo de PVH são encontradas a ter o mesmo tipo em espécimes subsequentes. É agora bem estabelecido que a infecção por PVH é o factor de causalidade central para o cancro do colo do útero (Duarte-Franco, Franco e Ferenczy, 2001).

Apesar da história do Papiloma vírus humano nos remeter para o início do século passado, apenas foram feitos avanços nos anos 70 permitindo a análise dos vários tipos de PVH e estabelecer um determinado tipo de forma a identificar e associar ao cancro do colo do útero. Evidências adicionais hoje mostram que um certo número dos mesmos tipos aparece no cancro anal, e 50% no cancro anogenital, e 25 a 30% em cancros da cabeça e pescoço. O papel do PVH nos carcinomas das células escamosas da pele é menos bem estabelecido, mesmo com uma condição hereditária rara com conversão de lesões papilomatosas na exposição solar. Os membros da família do papilomavírus tornaram-se particularmente importantes na carcinogénese humana (Hausen, 2008).

A apresentação mais comum de infecção por PVH é o desenvolvimento de condilomas genitais, que é frequentemente observado em indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 24. As mulheres parecem contrair o vírus durante o acto sexual, quando os tecidos do trato genital inferior mostram estar traumatizados. Indivíduos que têm sexo com parceiros infectados irão desenvolver sinais e sintomas de PVH dentro de 3 meses. É estimado que o tempo de incubação seja de aproximadamente 3 meses, com um intervalo de 3 a 32 semanas (Sanfilippo e Smith, 1998).

Estima-se que 15% da população adulta tem uma infecção por PVH e que 1% apresenta verrugas genitais. Cerca de 90% dos condilomas acuminados são provocados pelo PVH 6 e 11. O período de incubação é geralmente longo e muito variável: de 3 semanas a 8 meses. Muitos indivíduos infectados nunca desenvolvem verrugas genitais (SPG, 2007).

As duas maiores preocupações numa mulher com PVH são: o desenvolvimento de cancro e a potencial transmissão ao seu bebé (se esta estiver grávida). Certos tipos de PVH estão fortemente ligados com o desenvolvimento de cancro (ex. tipo 16 e 18) ao passo que outros tipos são apenas moderadamente associados (Sanfilippo e Smith, 1998).

### **1.2.2. Patologia do cancro do colo do útero**

O cancro do colo do útero está entre os três mais comuns cancros ginecológicos nos Estados Unidos. Nos países de terceiro mundo, onde os recursos de saúde são escassos, o cancro do colo do útero continua uma causa de morte significativa. Porque o cancro do colo do útero pode ser prevenido, é imperativo que os ginecologistas e outros profissionais de cuidados primários concedam às mulheres técnicas de rastreio, procedimentos de diagnóstico, e explicitar factores de risco do cancro do colo do útero, assim como, uma gestão de doenças pré-invasivas (Berek, 2007).

A doença dá início em idade precoce e tem evolução lenta, permitindo melhor prognóstico. Estima-se que o tempo entre a lesão inicial e a fase clinicamente diagnosticável é de 15,6 anos. Nos Estados Unidos da América, segundo o American Cancer Society (ACS), houve redução de 70% da mortalidade por cancro do colo do útero nos últimos 50 anos, após a introdução do teste do Papanicolaou, sendo actualmente o 13º tipo de cancro mais comum entre as mulheres nos EUA (Baracat e Lima, 2005).

O carcinoma espinocelular ou de células escamosas apresenta características macroscópicas variáveis, podendo ser exofítico, papilífero, ulcerado ou francamente infiltrativo e atingir estruturas adjacentes com áreas de necrose. A embolização de capilares linfáticos e sanguíneos é relativamente comum, sendo a dos linfáticos a principal responsável pela disseminação (Baracat e Lima, 2005).

O Adenocarcinoma compõe-se de células epiteliais anaplásicas, delimitando estruturas glanduliformes. Como no grupo anterior, é possível encontrar formas *in situ*, porém as neoplasias invasivas são de longe as mais comuns. As formas pré-invasivas são de difícil diagnóstico, podendo também coexistir com metaplasia escamosa ou neoplasia intra-epitelial escamosa (Baracat e Lima, 2005).

### 1.2.3. Propagação

- Invasão directa – O carcinoma propaga-se para a vagina e para o corpo do útero por continuidade; estendendo-se às várias estruturas vizinhas (Baracat e Lima, 2005).
- Invasão indirecta – É a que ocorre pelos vasos linfáticos ou sanguíneos. Sendo neoplasia de origem epitelial, em que a sua principal via de propagação indirecta se faz através dos vasos linfáticos (Baracat e Lima, 2005).

Estádios do cancro do colo do útero segundo a FIGO (2003) *cit in* Baracat e Lima (2005) e Berek (2007) e Peckham *et alii* (1995):

- Estádio 0: carcinoma *in situ*.
- Estádio I: carcinoma limitado ao colo do útero.
- Estádio Ia: carcinoma pré-clínico (diagnóstico somente pela microscopia).
- Estádio Ia1: mínima evidência microscópica de invasão até 3mm, extensão horizontal até 7mm.
- Estádio Ia2: lesão mensurável macroscopicamente entre 3 e 5mm (limite máximo de invasão 5mm) e extensão horizontal até 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: sem comprometimento evidente do paramétrio.

- Estádio III: tumor no terço inferior da vagina ou até a parede pélvica. Todos os casos com uretero-hidronefrose ou exclusão renal.
- Estádio IIIa: não há extensão à parede pélvica (só da vaginal).
- 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: tumor estende-se a órgãos adjacentes (bexiga e recto).
- Estádio IVb: metástases a órgãos distantes.

### 1.3. Epidemiologia

O papilomavírus humano (PVH) é a doença sexualmente transmissível mais comum nos EUA. Contudo, apenas 40% das mulheres americanas dizem ter ouvido falar no PVH, e menos de metade destas mulheres diz conhecer que este agente causa o cancro do colo do útero (Roland *et alii*, 2009).

Por todo o mundo, o pico de prevalência do PVH ocorre em mulheres mais novas do que 25 anos, com uma taxa entre os 20 e os 25% (Moscicki e Widdice, 2008).

Independentemente do estatuto citológico, o PVH 16 é o tipo mais comum detectado nas mulheres. Adicionalmente, com o aumento severo da doença do colo do útero, o PVH 16 torna-se numa proporção elevada dos tipos detectados (Moscicki e Widdice, 2008).

De acordo com os dados dos EUA, o cancro do colo do útero tem sido diagnosticado em mulheres menores de 20 anos de idade, mas esses dados não providenciam qualquer informação acerca dos factores (isto é, estado imunitário) envolvido nesses poucos casos relatados. O primeiro pico visto para o cancro do colo do útero em mulheres nos EUA é naquelas de idade 40-44 anos, com uma taxa de 15.8/100000. A adolescência pode reflectir um risco biológico único para a aquisição e desenvolvimento da persistência viral. Este risco é associado com o processo de maturação do epitélio do colo do útero que normalmente ocorre durante a adolescência. Durante a diferenciação de colunar a epitélio escamoso que ocorre na zona de transformação, a rápida diferenciação poderá aumentar a área de vulnerabilidade das mudanças anormais citológicas do PVH (Moscicki e Widdice, 2008).

Uma estimativa de 371000 novos casos de cancro do colo do útero invasivo são diagnosticados, todos os anos pelo mundo fora, representando aproximadamente 10% de todos os cancros entre mulheres, depois do cancro da mama e o colo - rectal. Em países desenvolvidos, o cancro do colo do útero foi a doença neoplásica mais frequente entre as mulheres até ao início dos anos 90, quando o cancro da mama se tornou o local de cancro predominante. Em geral, existe uma correlação entre a incidência e a mortalidade através das regiões, mas algumas áreas, tal como África parecem ter uma mortalidade elevada desproporcional. As taxas de incidência e de mortalidade na América do norte são relativamente baixas. A taxa de mortalidade no Canadá é a menor entre todas as regiões (Duarte-Franco, Franco e Ferenczy, 2001).

Na Europa o cancro do colo do útero é a segunda causa de morte por cancro em mulheres com idades entre os 15 e os 44 anos. Apesar do rastreio (através de citologias regulares) poder ajudar a detectar precocemente a doença, infelizmente, na Europa, cerca de 40 mulheres morrem por dia de cancro do colo do útero. Em Portugal, em 2002, Foram diagnosticados 956 novos casos e 378 mulheres morreram devido a cancro do colo do útero (Globocan 2002 *cit in* Liga Portuguesa Contra o Cancro *et alii*, 2007).

#### **1.4. Etiologia**

Genética - Não há indícios de que o cancro do colo do útero, é na verdade, uma doença herdada geneticamente, embora, na prática, combinações entre irmãos e mãe / filha são regularmente vistas. Tem sido muitas vezes atribuída a factores socioeconómicos e não genéticos, no entanto, estudos genéticos formais não tenham sido executadas. Como muitas outras doenças malignas, parece possível que alguns dos outros factores, nomeadamente a infecção do vírus, possam funcionar através de alterações do ADN e libertando supressores oncogénicos de controlo (Peckham *et alii*, 1995).

Quimicamente - nenhum grupo químico foi identificado e está ligado ao cancro do colo do útero. Surgiu a possibilidade de que o esperma de certos homens contém histonas que podem danificar permanentemente as células epiteliais e agir como um agente cancerígeno. O carcinoma do colo do útero também é fortemente associado ao tabagismo pois a relação entre estes é desconhecida (Peckham *et alii*, 1995).

Infecção - Muitos estudos têm excluído doenças provocadas por bactérias e protozoários na implicação na carcinogénese cervical. Entre os grupos virais, dois têm sido extensivamente investigados. Inicialmente o grupo simplex-2 do herpes foi considerado um possível forte candidato a carcinogénico. Este grupo viral produz regularmente infecções visíveis e pode induzir respostas identificáveis dos anticorpos em pacientes com o carcinoma do colo do útero. Certamente as associações são fortes mas estão longe de serem conclusivas epidemiologicamente. A forte evidência, biologicamente suportada necessária para confirmar as opiniões para a significância deste grupo viral está a faltar. O grupo viral implicado mais fortemente na carcinogénese é o papilomavírus humano (Peckham *et alii*, 1995).

A maior descoberta na etiologia do cancro humano tem sido o reconhecimento de que o cancro do colo do útero é uma consequência rara de uma infecção por alguns tipos de PVH. Em termos de saúde pública, esta descoberta é igualmente importante como a descoberta da associação entre o fumo do cigarro e o cancro do pulmão, ou entre infecções crónicas com vírus da hepatite B (VHB) ou vírus da hepatite C e o risco de cancro do fígado. Além do mais, tal como no modelo de doença de VHB, estão a ser correntemente realizados esforços no desenvolvimento e teste de vacinas que podem prevenir infecções relevantes de PVH e presumidamente o cancro do colo do útero (Bosch *et alii*, 2002).

### **1.5. Factores de Risco (Causas)**

Segundo Berek (2007) existem inúmeros factores de risco para o cancro do colo do útero como: 1º relação sexual em idade precoce (<16 anos), múltiplos parceiros sexuais, tabagismo, raça, multiparidade, estatuto socioeconómico baixo. O uso de contraceptivos ainda está a ser investigado, no entanto estes podem, de facto, ter efeito sobre o crescimento das anormalidades glandulares do colo do útero. Existem ainda outros riscos relacionados com a actividade sexual e a exposição a doenças sexualmente transmissíveis.

Existe um risco excessivo do cancro do colo do útero associado ao uso a longo termo de contraceptivos orais (12 anos ou mais). A associação é de alguma forma mais forte para adenocarcinomas do que para carcinomas das células escamosas. A dificuldade no devido acesso do uso de contraceptivos orais reside no facto de que esta variável está altamente

associada a outros factores de risco, tal como a actividade sexual e a história da monitorização do Papanicolaou (Duarte-Franco, Franco e Ferenczy, 2001).

Segundo Duarte-Franco, Franco e Ferenczy (2001), estudos têm indicado que o risco do cancro do colo do útero é fortemente influenciado pela actividade sexual: número de parceiros sexuais, idade do primeiro coito e comportamento sexual dos parceiros masculinos das mulheres. Foi demonstrado que mulheres viúvas de homens com cancro no pénis, aumentam a possibilidade de adquirir cancro do colo do útero. O tabaco poderá ter uma acção directa carcinogénica no colo do útero, uma vez que os metabolitos da nicotina podem ser encontrado no muco do colo do útero das fumadoras. Outro mecanismo plausível é a supressão da resposta local imunitária à infecção de PVH.

O número de nascimentos por mulher é um factor de risco consistente para o cancro do colo do útero. Existe uma tendência linear na associação do risco e da paridade, como visto em muitos estudos no norte da América e na América latina. A grande paridade e a dieta deficiente de mulheres em nações subdesenvolvidas podem ser factores de contribuição para as elevadas taxas de incidência do cancro do colo do útero observadas nessas regiões (Duarte-Franco, Franco e Ferenczy, 2001).

Segundo Duarte-Franco, Franco e Ferenczy (2001), a evidência para um efeito de uma dieta no risco do cancro do colo do útero indica que uma grande ingestão de comidas (frutas e vegetais) que contêm carotenóides e vitamina C e, numa menor extensão ingestão de vitaminas A e E parecem reduzir o risco do cancro do colo do útero. Existe uma plausibilidade biológica para o efeito de protecção da dieta na neoplasia do colo do útero. Os carotenóides, tocoferóis e ácido ascórbico são antioxidantes potentes que podem resfriar os radicais reactivos intracelulares, assim potencialmente prevenindo o dano de ADN. Os factores dietéticos podem também ter um papel na imunidade do colo do útero (Duarte-Franco e Franco, 2004).

Os pacientes infectados com VIH são propensos a desenvolver uma variedade de infecções atribuídas à debilidade do seu sistema imunitário. As infecções de PVH prejudicam a imunidade mediada da célula, aumentando assim o risco de doenças associadas ao PVH, tal como verrugas genitais e malignidades. A infecção de PVH e VIH parece interagir

sinergeticamente para aumentar o risco de NIC, com mediação posterior por grau de imunossupressão. Com o sucesso de adopção de uma terapia anti - retroviral nos passados poucos anos, as mulheres estão a sobreviver mais com a doença VIH (Duarte-Franco e Franco, 2004).

Segundo Marek, Phipps e Sands (2003), os factores de risco para o aparecimento do cancro do colo do útero são: baixo nível socioeconómico, primeiro coito precoce, múltiplos parceiros sexuais, história de DST's, parceiro de elevado risco, imunidade comprometida (incluindo VIH e infecção por papilomavirus humano), primeira gravidez em idade precoce, multiparidade, prostituição, relações sexuais sem preservativo, contacto com toalhas e sabonetes infectados, passagem do bebé durante o parto normal; fumar, beber em excesso ou usar drogas afecta o sistema de defesa do organismo e a idade.

Por outro lado, ainda existem factores de risco relativos como: uso intensivo de pó de talco, tabagismo, uso de contraceptivos orais, deficiência de vitamina A e C, perturbação do metabolismo de ácido fólico, exposição intra-uterina ao Dietilestilbesterol (DES), diabetes, nuliparidade (Marek, Phipps, Sands, 2003).

## **1.6. Sintomas**

Segundo Neto *et alii* (2002) os principais sintomas e sinais são: hemorragia vaginal (mais comum); hemorragia após o coito; corrimento vaginal fétido; dor pélvica, lombar ou com irradiação na rota do nervo ciático (casos avançados); Sintomas urinários (casos avançados)

Segundo Marek, Phipps e Sands (2003) os sinais e sintomas precoces são: Corrimento vaginal, escasso e aquoso; perdas de sangue após o coito ou duche; metrorragia; hemorragia pós-menopáusicas; polimenorreia.

Segundo Marek, Phipps e Sands (2003) os sinais e sintomas tardios são: Corrimento vaginal, escuro e de cheiro fétido; dor pélvica, abdominal ou dorsal; dor nos flancos; perda de peso; anorexia; anemia; edema dos membros inferiores; disúria; Prurido crónico nos grandes lábios da vagina; hemorragia rectal.

### **1.7. Estabelecimento do diagnóstico**

Na sua fase inicial, pré-invasiva, é quase sempre assintomático. Esporadicamente, nessa eventualidade, a doente apresenta perda hemorrágica após o coito. Na fase de invasão franca, a perda sanguínea espontânea ou induzida é o sinal mais sugestivo. Nessa etapa, o corrimento fétido, aquoso, comumente de coloração rósea é constante. Outros sintomas como disúria, poliúria, incontinência urinária, enterorragia, tenesmo, dores lombares e edema dos membros inferiores são pouco usuais e caracterizam doença avançada com compromisso de estruturais extragenitais (Baracat e Lima, 2005).

Examinação revela que a área entre os orifícios das glândulas de Bartholin, estendendo inferiormente, é eritematoso e requintadamente suave ao toque. Visto através de um colposcópio pode revelar a presença de papiloses e pintando a área com 5% de ácido acético usualmente torna a área afectada branca (Sanfilippo e Smith, 1998).

O estágio condilomatoso pode se apresentar como um único, discreto, enraizado e por vezes com lesões difundidas. Tipicamente, o paciente desenvolve lesões discretas, por vezes múltiplas, no local da infecção. Os locais mais frequentes são: os grandes e pequenos lábios, clítoris, uretra, vagina e recto. Indivíduos com condilomas perianais devem fazer também uma colonoscopia (Sanfilippo e Smith, 1998).

A gravidez aparenta representar um único período num paciente com condiloma. Acredita-se que a alteração nas células mediadoras de imunidade que ocorrer durante a gravidez favorece o crescimento de PVH (Sanfilippo e Smith, 1998).

Hemorragia vaginal é o sintoma mais comum que ocorre em doentes com cancro do colo do útero. Muitas vezes, este é uma hemorragia pós coito, mas pode ocorrer como irregular ou um sangramento pós-menopausa. Em mulheres assintomáticas, o cancro do colo do útero é mais comum ser identificado através de avaliação de rastreios citológicos irregulares (Berek, 2007).

Quando o tumor em expansão está presente, uma biópsia cervical é normalmente suficiente para o diagnosticar. Se a corpulenta doença não está presente, um exame através de colposcopia associada a biópsia cervical e uma corretagem endocervical é justificada. Se o

diagnóstico não consegue ser estabelecido conclusivamente com uma colposcopia e biópsias, conizações podem ser necessárias (Berek, 2007).

## **1.8. Prevenção**

Prevenir a infecção por PVH são presumivelmente a maneira mais eficiente para prevenir o cancro do colo do útero. A abstinência e o uso do preservativo podem reduzir o risco da infecção de PVH mas não são práticas sobre a esperança de vida da mulher. A vacinação contra as infecções de PVH é agora uma medida adicional e importante na prevenção do cancro do colo do útero (Moscicki e Widdice, 2008).

### **1.8.1. Prevenção primária**

Modificação de comportamento

A prevenção primária do cancro do colo do útero pode ser conseguida através de prevenção e do controlo da infecção de PVH. Estratégias de promoção de saúde orientadas para a mudança do comportamento sexual. Apesar de haver um consenso que a infecção sintomática de PVH (verrugas genitais) poderia ser manuseada por tratamento, aconselhamento e notificação de parceiro, achados de casos activos de infecções de PVH sintomáticas são correntemente não recomendados como medidas de controlo (Duarte-Franco e Franco, 2004).

### **1.8.2. Prevenção secundária**

A monitorização do cancro do colo do útero é correntemente uma das áreas de pesquisa mais activas na prevenção do cancro. Diversas novas tecnologias estão sob avaliação, e grupos profissionais e governamentais estão a considerar a sua contribuição para uma reavaliação das linhas de orientação práticas que estão a ser seguidas (Duarte-Franco e Franco, 2004).

A solução para minimizar os erros falso negativos na citologia é melhorar a qualidade dos esfregaços tirados, do processamento de lâminas e da performance do diagnóstico global da citologia do colo do útero. Os diagnósticos falsamente negativos têm importância médica, financeira e implicações legais (Duarte-Franco e Franco, 2004).

Segundo Marek, Phipps, Sands, (2003) são necessários ensinamentos à população feminina:

- Reforçar a importância do uso de preservativo durante o coito para limitar a transmissão de DST's e vírus genitais; Incentivar as adolescentes a retardar o início da actividade sexual e limitar o número de parceiros sexuais; Ensinar a importância do tratamento, imediato e eficaz, de infecções vaginais e do colo do útero. Sublinhar a importância de cumprir as normas de cuidados quanto ao rastreio de Papanicolaou. Anualmente, para mulheres sexualmente activas de igual ou superior a 18 anos. Anualmente, durante toda a vida, para mulheres de alto risco.

A Citologia, é através deste teste eficaz que se detectam lesões pré-cancerosas de alto grau ou cancro e menos eficazmente para lesões de baixo grau (Primo e Trindade, 2004). O exame citológico mais conhecido por Papanicolaou é baseado na examinação das secreções vaginais e da raspagem da superfície do colo do útero. Este exame não detecta o vírus, mas sim, as alterações que ele pode causar nas células; conseguindo detectar a presença do PVH em 75% dos casos (Marek, Phipps, Sands, 2003).

O teste convencional de Papanicolaou envolve a colecção de esfoliação de células do colo do útero, esfregaços de células do colo do útero numa lâmina pelos clínicos, assim como coloração, interpretação e resultados relatados por pessoal de laboratório. A preparação da lâmina pode ser limitada pela sobreposição de células, número inadequado de células ou artefactos de fundo de células inflamatórias ou sangue. O teste em base líquida (TBL) envolve ao clínico colocar a amostra de colo do útero directamente num líquido fixador; a preparação da lâmina ocorre no laboratório. Em muitos estudos, o TBL mostrou ter uma taxa inferior de negativos falsos comparados com o teste convencional de Papanicolaou (Moscicki e Widdice, 2008).

A monitorização deve ser iniciada aproximadamente 3 anos depois do primeiro coito. Em ordem a acomodar potenciais situações em que as pacientes não revelam o coito, os clínicos são guiados para iniciar a monitorização pela idade de 21 anos. Contudo se as mulheres mais velhas de 21 anos nunca tenham tido relações sexuais e nenhuma história de abusos sexuais, o clínico e a mulher podem discutir quando a monitorização deverá começar. É presumível, embora não provado, que os comportamentos sexuais tais como actividade vaginal com os dedos ou masturbação podem contar para estes achados. A citologia combinada com o teste

de PVH ADN mostra a promessa de permitir um aumento do intervalo de monitorização para mulheres com 30 anos e mais velhas, mas não é completamente recomendado pelas linhas de orientação actuais (Moscicki e Widdice, 2008).

Segundo Poli e Silveira (1994), a colposcopia faz-se através do colposcópio que é um aparelho que permite a observação do colo do útero com um aumento de 60 a 40 vezes. É o estudo de imagens da camada epitelial superficial do colo do útero com boa iluminação. A colposcopia utiliza-se primariamente para estudar as mulheres com exame citológico anormal. Toda a área da zona de transformação necessita de ser visualizada. Observa-se alterações da vagina, colo do útero e pélvis.

As biópsias feitas directamente através de colposcopia podem permitir o diagnóstico de invasão franca e desta maneira evitar a necessidade de diagnosticar através de conização, permitindo que o tratamento seja administrado sem atraso (Berek, 2007).

Segundo a SPG (2007) diz que a colposcopia – Tem indicações de ser realizada sempre que:

- Estudo diagnóstico de uma citologia anormal.
- Mulheres com teste PVH positivo, com mais de 30 anos.
- Exame ginecológico em rastreio oportunista.
- Colo do útero clinicamente suspeito, mesmo se citologia normal.
- Avaliação de lesões de vagina, vulva e ânus.
- Vigilância (sem tratamento) de mulheres seleccionadas, com um diagnóstico de PVH/NIC1.
- Vigilância após tratamento de NIC ou cancro.

O exame anatomopatológico (biópsia) é essencial para a definição do tratamento mais adequado. A biopsia pode ser realizada com um aparelho de alta frequência. Considerando que as lesões mais graves se localizam na junção escamocolumnar, é de suma importância a sua localização e a retirada da lesão colposcópica mais importante (Primo e Trindade, 2004).

Segundo Primo e Trindade (2004) a Conização diagnostica está indicada quando: existe discordância de mais de um grau entre a citologia e a biopsia; a biopsia sugere cancro microinvasivo; a colposcopia é insatisfatória.

Segundo Primo e Trindade (2004) os Métodos moleculares para a detecção da infecção pelo PVH são: Reacção em cadeia da polimerase (RCP), permite a identificação individualizada dos vários tipos de PVH por meio da amplificação de sequências. Sistema de captura híbrida, é uma técnica de amplificação de sinal, de baixa complexidade e alta sensibilidade, que permite a identificação de dois grupos distintos de PVH, utilizando sondas de ARN.

Recentemente, existe algum consenso no que respeita à validação de testes altamente sensíveis de PVH oferecendo a possibilidade de restabelecer os rastreios convencionais citológicos. Para além do mais a importância dos testes de PVH tem vindo a crescer porque a tipagem genética é requerida para a evolução clínica (Choi *et alii*, 2005). Segundo a SPG (2007) a detecção do PVH - As técnicas para a detecção do PVH diferem quanto à sua sensibilidade e especificidade. Na prática clínicas os métodos para a detecção do PVH consistem em duas técnicas que fazem a hibridação dos ácidos nucleicos:

Captura híbrida tipo II - tem uma sensibilidade e especificidade comparável à do RCP. É um método de fácil aprendizagem e excelente reprodutibilidade.

RCP – As técnicas de RCP são utilizadas em estudos científicos, onde é importante determinar o tipo de PVH presente.

O teste de PVH envolve a obtenção de uma amostra de células esfoliadas do colo do útero e testar para a presença de PVH ADN. Um teste de PVH ADN é correntemente licenciada para uso clínico pela administração de alimentos e drogas. Este teste, a captura híbrida II, detecta 13 tipos de PVH de alto risco. O teste de PVH não detecta lesões pré-cancerosas. Quando usado em conjunção com a citologia, a meta destinada para a detecção de ADN viral é identificar as mulheres com a combinação necessária de infecção persistente com tipos de PVH de alto risco e anomalias citológicas. Deverá ser enfatizado que o teste de PVH ADN não deverá ser usado como monitorização primária do cancro do colo do útero em mulheres abaixo dos 30 anos de idade (Moscicki e Widdice, 2008).

E por último temos as vacinas (ver Anexo I). Neste momento estão duas vacinas no mercado a Cervarix® (bivalente) e a Gardasil® (tetraivalente). Segundo a DGS (2008), serão abrangidas pela Campanha as jovens nascidas nos anos 1992, 1993 e 1994.

Em cada ano civil da campanha será vacinada uma coorte. Assim:

- Em 2009 serão vacinadas as jovens nascidas em 1992;
- Em 2010 serão vacinadas as jovens nascidas em 1993;
- Em 2011 serão vacinadas as jovens nascidas em 1994.

“As jovens de todas as coortes abrangidas pela Campanha (nascidas em 1992, 1993 e 1994) que tenham iniciado o esquema de vacinação a custos próprias com Gardasil®, devem completar o esquema vacinal no âmbito da Campanha, respeitando os intervalos recomendados entre doses e não perdendo oportunidades de vacinação. À semelhança do definido para a vacinação de rotina, a título excepcional e transitório, as jovens das coortes abrangidas pela Campanha que tenham recebido uma ou duas doses da vacina bivalente Cervarix® antes de 27 de Outubro de 2008, podem completar o seu esquema vacinal (com Cervarix®) no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Esta medida requer prescrição médica, devendo os seus custos ser suportados pelos serviços” (DGS, 2008).

Segundo a European Medicines Agency (2007) a Cervarix® é uma vacina que combate dois tipos do papilomavírus humano (PVH, tipos 16 e 18). O Cervarix® é utilizado para conferir protecção contra a neoplasia intra-epitelial cervical de ‘alto grau’, cancro do colo do útero) que são causados pelos tipos 16 e 18 do HPV.

Segundo a European Medicines Agency (2007) a Gardasil® é utilizada na vacinação contra infecções pelo papilomavírus Humano (PVH) causadas pelos tipos 6, 11, 16 e 18. Gardasil® destina-se à prevenção da displasia cervical de elevado grau do colo do útero ou da vulva, carcinoma do colo do útero provocados por estas infecções pelo PVH.

Actualmente estas vacinas estão licenciadas em mais de 55 países ao longo do mundo, e são esperadas grandes medidas de prevenção do cancro do colo do útero, especialmente em locais em que os programas de rastreio são insuficientes e onde existe a maior taxa de prevalência e mortalidade do cancro do colo do útero. Contudo, o alto custo das vacinas, e a oposição por parte de alguns grupos, são obstáculos significativos para o programa de vacinação (Eva, Luesley e Rogers, 2008).

Dois tipos principais de vacinas de PVH estão a ser desenvolvidos correntemente: vacinas profiláticas para prevenir a infecção de PVH e doenças associadas, e vacinas terapêuticas para

induzir a regressão de lesões pré-cancerosas ou remissão de cancro do colo do útero avançado (Duarte-Franco e Franco, 2004).

Os potenciais benefícios da vacinação de homens inclui protecção directa contra o PVH - relativamente às condições e à indirecta protecção da mulher reduzindo a sua transmissão do PVH (Eva, Luesley e Rogers, 2008).

O uso de vacinas terapêuticas para fortalecer o sistema imunitário respondendo as células cancerígenas é uma nova experiência a ser investigada. Para ser efectivo, a vacina terapêutica do PVH precisa de crescer para se fortificar, E6-especifico e E7-especifico células T mediadoras da resposta imunológica. O recente reconhecimento que as células dendriticas são poderosos antigénios, capazes de induzir às células T primárias respostas tanto *in vitro* como *in vivo*, as células dendriticas conferem imunoterapia do cancro do colo do útero (Eva, Luesley e Rogers, 2008).

## **1.9. Tratamento**

### **1.9.1. Tratamento dos Condilomas Acuminados**

Segundo a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2007) todos os tratamentos têm uma significativa percentagem de falências ou recidivas. A tendência generalizada é tratar os condilomas, embora o desaparecimento espontâneo das verrugas genitais ocorra em 10 a 20 % dos casos, pelo que a atitude expectante é válida nas lesões limitadas que se localizam na vagina ou no canal anal, especialmente durante a gravidez.

Segundo Baracat e Lima (2005) o tratamento para os condilomas podem-se classificar em dois tipos; químicos e físicos. Os químicos são descritos como:

Os Imunomoduladores são Terapêuticas capazes de aumentar a resposta imunológica para o combate à infecção (Imiquimod - Aldara®), induzem a formação de citocinas (Hugo Sousa da Sociedade Portuguesa do Papilomavirus, 2008).

Podofilotoxina - extracto purificado de um composto citotóxico não standardizado de podofilina, desprovido de substâncias mutagénicas e é menos tóxica que a podofilina (SPG, 2007).

Podofilino- actualmente contra-indicado pela toxicidade e alterações histológicas e colposcópicas (SPG, 2007).

Ácido tricloroacético - Este agente é provavelmente mais eficaz no tratamento de pequenas lesões residuais que por vezes permanecem após outros tratamentos. O ATC pode ser usado em muitos locais anatómicos, deve no entanto ter-se em atenção que o seu elevado poder caustico quer para a pele, quer para as mucosas, originando necrose celular (SPG, 2007).

Fluorouracil - O 5-fluorouracil é um antimetabolito do ARN, disponível em creme a 5%, mas o seu uso está limitado pelos graves efeitos colaterais locais. Pode ser teratogénico, por isso não deve ser aplicado durante a gravidez (SPG, 2007).

Interferão - Têm aparecido vários esquemas de tratamento que utilizam o interferão alfa, beta e gama em creme, ou aplicado através de injeções intra-lesionais ou sistémicas. A sua utilidade clínica é limitada pelas seguintes razões: preço, efeitos colaterais sistémicos e uma frequência de resposta variável. Por estes motivos não deve ser utilizado por rotina no tratamento das verrugas genitais (SPG, 2007).

Enquanto os físicos são:

Electrocoagulação: aplicável a lesões clínicas e subclínicas, isoladas ou múltiplas, com ou sem anestesia tópica. Também aplicável a lesões na zona de transformação dependendo do exame anatomopatológico e da gravidade do caso. Limitação do método: pode não atingir o fundo de criptas glandulares e não ser adequado para lesões endocervicais ou lesões com diagnóstico histopatológico de neoplasia intra-epitelial de alto grau associada. Não há peça para estudo anatomopatológico posterior (Baracat e Lima, 2005).

Vaporização com alça de alta frequência - semelhante ao item anterior (Baracat e Lima 2005).

Segundo Hugo Sousa da Sociedade Portuguesa do Papilomavirus (2008) a Criocirurgia é um tratamento feito por um instrumento que congela e destrói o tecido anormal.

Segundo Primo e Trindade (2004), a electrocirurgia: actualmente, esta técnica é pouco usada, visto que a cirurgia de alta-frequência é a mais utilizada. A Cirurgia a laser não esta disponível na maioria dos serviços, devido ao alto custo do aparelho, embora seja uma boa opção terapêutica utilizada para cortar ou destruir o tecido onde se encontram as lesões. A Electroexcisão é realizada com aparelhos de alta-frequência, que combinam corte e coagulação, através de um eléctrodo em alça.

Laser - Está especialmente indicado para verrugas de grande volume, podendo ser usado em locais anatómicos difíceis, como o meato uretral ou verrugas de localização intra-anal. Constitui uma opção de tratamento dispendiosa (SPG, 2007).

### **1.9.2. Tratamento para o cancro do colo do útero**

Segundo Hugo Sousa da Sociedade Portuguesa do Papilomavirus (2008) no caso de estar perante um carcinoma do colo do útero, o acompanhamento médico é especialmente importante, uma vez que os tratamentos aplicados são mais específicos e rigorosos. No tratamento desta neoplasia estão indicadas terapias multidisciplinares envolvendo a Cirurgia, a Radioterapia e a Quimioterapia.

Radioterapia, é utilizada no tratamento do cancro do colo do útero, poderá consistir na irrigação pélvica externa ou implantes intracavitários. Os tratamentos de radiação pélvica, externa, são, geralmente, administrados por um período de 5-6 semanas (Marek, Phipps, Sands, 2003). A radioterapia é particularmente útil quando o cancro está confinado a uma região do corpo, mas demasiado avançado para ser totalmente tratado através de cirurgia. A terapia por radiação pode ser administrada internamente, por implantação de fontes radioactivas no corpo. Ali, elas podem bombardear as células malignas infligindo menos estragos nos tecidos normais (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2009).

A quimioterapia trata o cancro através do uso de produtos químicos (fármacos) destinados a interferir no crescimento e divisão das células malignas. Uma vez administrados, esses produtos químicos circulam por todo o corpo. Uma das grandes vantagens da quimioterapia é que ela consegue tratar cancros sistémicos (não localizados) (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2009).

Na quimioterapia os fármacos utilizados neste tipo de tratamentos denominam-se de fármacos antineoplásicos. É administrado em forma de ciclos (administração durante um ou vários dias, seguido de um tempo de descanso) (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2009).

Os compostos anti-cancerosos actuam de várias maneiras diferentes. Uns interferem com a capacidade que a célula cancerosa tem de se reproduzir. Outros interferem com processos químicos essenciais, dentro das células. No entanto estes podem também atacar células não – cancerígenas (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2009).

A cura do cancro do colo do útero recidivante não melhorou significativamente com a moderna quimioterapia. Para além disso os cancros recidivantes costumam aparecer sobre uma zona previamente irradiada fibrótica e avascularizada. A profusão desta zona é escassa pelo que resulta difícil obter uma concentração tecidual elevada da formação da neoplasia. Por último, bons fármacos são nefrotóxicos e a sua utilidade vê-se limitada pela obstrução uretral que se associa com os cancros cervicais avançados (Beare e Myers, 1995).

Tratamento cirúrgico: a histerectomia, simples ou radical, é o procedimento cirúrgico mais indicado para tratar os estádios iniciais do cancro do colo do útero. Na histerectomia radical, faz-se a extracção do útero, dos tecidos de suporte, da vagina distal e dos gânglios linfáticos da pelve. Em certas doentes, o cancro pode encontrar-se localmente avançado, mas ainda assim confinado à pelve (Marek, Phipps, Sands, 2003).

A conduta terapêutica adequada para a doente com lesão neoplásica maligna do colo do útero baseia-se no diagnóstico, no estadiamento e conhecimento da história natural da doença e dos seus factores prognósticos (Baracat e Lima, 2005). A cirurgia, além da capacidade de retirar o tumor, leva a cura nos casos de tumores restritos ao colo do útero; pode ser empregada em

várias técnicas, dependendo do estágio e da localização do tumor associado ou não à radioterapia (Baracat e Lima, 2005).

- **Estádio Ia**

As doentes com invasão precoce praticamente não apresentam risco de invasão vascular. Consequentemente, o tratamento é feito pela conização cirúrgica clássica ou histerectomia total abdominal. As doentes com foco de microinvasão único e permeabilidade linfática ou venosa ausente são candidatas à conização com base ampla. As doentes no estágio Ia2 são tratadas pela histerectomia total abdominal com linfadenectomia pélvica segmentar (Baracat e Lima, 2005).

- **Estádio Ib e IIa**

A escolha entre radioterapia ou cirurgia é controversa e varia consoante a instituição, o ginecologista e o radioterapeuta. Na Unifesp-EPM, o tratamento cirúrgico do cancro do colo do útero no estágio Ib é realizado, preferencialmente, pela cirurgia de Wertheim-Meigs. Consiste na histerectomia total abdominal com ou sem anexectomia bilateral, hemicolpsectomia, parametrectomia bilateral e linfadenectomia pélvica (Baracat e Lima, 2005).

Se o comprometimento da vagina é pequeno (estádio IIa), a melhor conduta também é a operação de Wertheim-Meigs. Embora não seja frequente, nos pacientes com neoplasia invasora nos estádios I e IIa, em associação ao prolapso genital, é possível efectuar a cirurgia de Schauta ou Schauta-Amreich, ou seja, a histerectomia vaginal ampliada (Baracat e Lima, 2005).

- **Estádios IIb e III**

No estágio IIb, deve-se efectuar a radiomoldagem e a irradiação externa da pelve. Após 30 ou 40 dias, indica-se histerectomia total abdominal e linfadenectomia selectiva para-aórtica. No

estádio III, apenas a radioterapia, compreendendo a irradiação externa de toda a pelve, um tempo de radiomoldagem e a complementação parametrial (Baracat e Lima, 2005).

- **Estadio IV**

O tratamento é feito com altas doses de irradiação de toda a pelve, inserção de material radioactivo, se possível, e complementar de dose os paramétrios ou, então, em carácter excepcional, pela exenteração pélvica. Embora o tratamento convencional em pacientes com carcinoma do colo seja a radioterapia seja a radioterapia externa combinada com braquiterapia em baixas taxas de dose, nos últimos anos a braquiterapia com altas taxas de dose tem se afirmado como opção devido as vantagens que apresenta (Baracat e Lima, 2005).

## II. FASE METODOLÓGICA

### 1. Princípios éticos

Segundo Fortin (1999) a ética é uma ciência da moral, na qual se dirige a conduta. É necessário tomar todas as medidas possíveis para proteger os direitos e liberdades da pessoa humana que participem nas investigações.

“A Ética coloca problemas aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação” (Fortin, 1999, p.113).

No presente estudo, pretender-se-á respeitar de forma incondicional direitos estabelecidos pelo código de Ética de Nuremberga, desenvolvendo em relação a cada um deles as respectivas premissas, da seguinte forma:

“O 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, 2003, p. 115).

Este vai ser explicado aos alunos que participam no estudo o seu direito de decidir sobre a sua participação ou não na investigação.

“O direito à intimidade faz referência à liberdade da pessoa de 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, 2003, p. 115).

O estudo pretende ser o menos invisível possível. O aluno vai ter a liberdade de decidir sobre o preenchimento ou não do questionário;

“O Direito ao anonimato e à confidencialidade é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada as respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador” (Fortin, 2003, p. 115).

Os resultados vão ser apresentados para que nenhum aluno tenha a possibilidade de ser identificado.

“O Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo este direito é baseado no princípio do ‘benefício’ segundo o qual os membros da sociedade têm um papel activo na prevenção do desconforto e do prejuízo e na promoção do maior bem-estar da pessoa e dos que a rodeiam (FranKena, 1973 cit in Fortin, 2003, p. 118) ” (Fortin, 2003, p. 115).

Este direito diz respeito ao risco de ordem física, psicológica, legal ou económica que possa advir da realização do estudo.

“O Direito ao tratamento justo e leal refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, para a qual é solicitado à participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo” (Fortin, 2003, p. 115).

Este direito refere-se á informação fornecida, o fim e duração da investigação, para a qual vai ser solicitada a participação do aluno, bem como os métodos que vão ser utilizados no estudo.

Estes princípios serão respeitados e informados aos participantes durante a realização do questionário.

## **2. Tipo de estudo**

Tendo em conta o problema de investigação e os objectivos optou-se por se realizar um estudo Exploratório Descritivo, transversal, de carácter quantitativo.

Segundo Fortin (1999), o estudo descritivo consiste em discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo. O estudo descritivo por inquérito, representa toda a actividade de investigação no decurso da qual são colhidos dados junto de uma população ou porções desta, a fim de examinar as atitudes, opiniões, crenças ou comportamentos.

Segundo Fortin (1999), o método de investigação quantitativo, é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantitativos e tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados; de prever e de controlar os acontecimentos. Para o mesmo autor a objectividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem.

Segundo Vieira e Hossne (2001), num estudo transversal, descreve-se indivíduos pertencentes a uma determinada população num determinado momento.

### **3. Meio**

O meio é o local onde o estudo é realizado, que segundo Fortin (1999) deve ser acessível e deve obter-se a colaboração e as autorizações necessárias à realização do estudo.

O estudo irá ser realizado baseado numa população constituída por alunas do 1º ano da Universidade Fernando Pessoa, através de um questionário distribuído no seu meio natural, proporcionando assim, deste modo, a que a população não seja obrigada a deslocar-se.

### **4. Definição da população**

Uma população, segundo Fortin (1999) é formada por uma série de elementos ou sujeitos que têm características comuns dentro de um conjunto de critérios. O elemento define-se por ser a unidade base da população onde a informação vai ser recolhida. Esse elemento pode ser uma pessoa, uma família, um grupo, uma organização, um comportamento, etc. Qualquer trabalho que envolva uma amostragem necessita de uma definição precisa da população, ou seja, dos elementos que a compõem. Uma população particular submetida a um estudo é a chamada população - alvo.

“ (...) a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” (Fortin, 1999, p.213).

A população alvo deste estudo será constituída por quinhentos e dezasseis alunos do 1º ano da Universidade Fernando Pessoa que se encontrem disponiveis para avaliação dos seus conhecimentos, pois entende-se que esta população seja aquela que se encontra numa fase inicial de exposição a um universo de informação bastante abrangente e rico.

### **5. Definição da Amostra**

A amostra é um “ (...) subconjunto da população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população” (Fortin, 1999, p.202).

A amostra deste estudo será constituída por cem alunos do 1º ano da Universidade Fernando Pessoa, sendo que irão ser seleccionadas por conveniência no seu meio natural.

## **6. Método de Amostragem**

O tipo de amostragem utilizado para este estudo é a amostragem não aleatória por conveniência.

Segundo Fortin, (1999) a amostra por conveniência ou acidental é formada por sujeitos facilmente acessíveis e estão presentes num determinado local no momento de colheita de dados, exemplo: os alunos na escola. Os indivíduos são inseridos no estudo até a amostra atingir o tamanho desejado. “Segundo o método de amostragem acidental os sujeitos são incluídos no estudo à medida que estes se apresentam num local preciso” (Fortin, 1999).

## **7. Definição de variáveis**

Segundo Fortin (1999 p.36), quando colocamos em acção um conceito no decorrer de uma investigação, ela toma o nome de “variável”. As variáveis são qualidade, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações sobre as quais decorre a investigação. As variáveis são um parâmetro a que se atribuem valores numéricos.

“ (...) as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectivos, de pessoas ou de situações que são estudadas(...) pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças”(Fortin, 1999, p.36).

Existem vários tipos de variáveis, no entanto neste estudo serão apenas utilizados três tipos, as dependentes, as independentes e a atributo.

“ (...) a variável dependente, é a que sofre o efeito esperado pela variável independente é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente” (Fortin, 1999, p.37).

Como variável dependente teríamos: prevenção do cancro do colo do útero.

“ (...) as variáveis independentes são aquelas o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente” (Fortin, 1999, p.37). É designada para o estudo, a seguinte variável independente: a informação sobre a

prevenção, o tratamento, os meios de transmissão, os tipos de HPV, os tipos de microrganismos, as causas, a vacina, a idade comum de manifestação do cancro do colo do útero, os métodos de diagnóstico e os sintomas.

“As variáveis atributos são as características dos sujeitos num estudo” (Fortin, 1999, p.37). Geralmente são variáveis demográficas: idade, género, estado civil, habilitações literárias, número de filhos, profissão.

## **8. Instrumento de Colheita de Dados**

Antes de escolher o método de colheita de dados, devemos ter presentes os objectivos do estudo, a informação que se pretende e conhecer os diversos métodos, assim como as vantagens e os inconvenientes de cada um (Fortin, 1999).

O instrumento de colheita de dados que será utilizado neste estudo é o questionário, que segundo Fortin (1999), é um dos métodos que necessitam das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos.

No sentido de avaliar a informação dos alunos do 1º ano da Universidade Fernando Pessoa e se estes tem conhecimentos suficientes sobre a prevenção do cancro do colo do útero, elaborou-se um questionário estruturado (Anexo II) de forma a responder às perguntas de investigação. Na escolha do método de colheita de dados, o investigador deve ter em conta se a informação que vai colher corresponde aos objectivos do que se vai investigar.

O questionário é constituído por duas partes distintas: na primeira parte é feita a caracterização sócio-demográfica com questões de carácter misto, e na segunda parte é efectuada uma caracterização da informação em relação à prevenção do cancro do colo do útero através de 18 questões do carácter fechado.

O questionário foi cotado de 0-20 valores sendo que ao ser avaliado o aluno terá de ter mais de 50% das questões correctas para que seja considerado com os conhecimentos mínimos para uma prevenção do cancro do colo do útero eficaz. O questionário cotado de 0-4 valores é um aluno com conhecimentos escassos ou nenhuns, se for avaliado de 4-8 valores é um aluno

com poucos conhecimentos, se for de 8-12 valores já irá ser considerado um aluno com conhecimentos moderados, no entanto, se for de 12-16 já é um aluno com muitos conhecimentos, enquanto se for 16-20 valores o aluno tem um nível de conhecimentos extremamente elevado.

Ao longo do questionário, antes da formulação das questões, vão ser dadas as devidas indicações relativas ao seu preenchimento, de forma a não suscitar dúvidas.

Para obter dados que respondam à questão de investigação: “Qual a informação que possuem os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano sobre a prevenção do cancro do colo do útero?” foram formuladas as questões 11, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 23 e 24 do questionário (Anexo II). Quanto à questão de investigação “Qual a informação que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano possuem sobre o PNV?” conseguimos obter os dados através das questões 12, 13 e 14 do questionário (Anexo II).

Para obter dados que respondam à questão de investigação “Qual a informação que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano têm sobre os meios de transmissão do PVH?” foi formulada a questão 19 do questionário (Anexo II). Quanto à questão de investigação “Qual a informação que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano têm sobre PVH?” conseguimos obter os dados através das questões 8, 9 e 10 do questionário (Anexo II). Para obter dados que respondam à questão de investigação “Quais os cuidados que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano têm em relação ao PVH?” foi formulada a questão 17 do questionário (Anexo II).

## **9. Tratamento e análise de Dados**

Tratamento de dados é:

“Qualquer estudo que comporte valores numéricos 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).

Para o tratamento dos dados será utilizado o programa estatístico Statistical Package and Social Science (SPSS) 16.0 para Windows e ainda se necessário também poderá ser utilizado o Excel, programa do Office 2007 do Sistema operativo do Windows. A apresentação dos resultados será feita através de quadros, tabelas e histogramas com a sua respectiva descrição.

A análise estatística será feita através da estatística descritiva onde serão calculadas: mínimo, o máximo, frequência relativa, a média e o desvio padrão.

## **10. Pré-teste**

Para Fortin, o pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas (Fortin, 1999).

O pré-teste do questionário tem por objecto principal avaliar a eficácia e a pertinência do questionário e verificar se elementos como: termos facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos, se o questionário não é demasiado extenso causando desinteresse, se as questões permitem colher as informações desejadas, se não faltarão questões relevantes assim como perguntas inúteis e com demasiada ambiguidade.

O pré-teste dá ainda uma noção das condições em que o questionário deve ser aplicado, a sua qualidade gráfica e das instruções que o acompanham. O pré-teste deve ser aplicado a uma pequena amostra de sujeitos, pertencentes à população onde vai ser feito o estudo, neste caso a 10 alunos do 1º ano da Universidade Fernando Pessoa. Os elementos que participam no pré teste não podem fazer parte da amostra que vai ser estudada.

O pré-teste foi aplicado dia 20 de Fevereiro de 2009 aos alunos do 1º ano de Ciências Farmacêuticas.

Após a aplicação do pré-teste foi verificada a necessidade de alteração do questionário. Nas questões, teve que ser alterado o tipo de linguagem, de acordo com a população alvo, pois estes referiram incompreensão em algumas questões.

### **III. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS**

#### **1. Caracterização da amostra**

A amostra utilizada neste estudo de investigação é constituída por 100 alunos do 1º ano da Universidade Fernando Pessoa escolhidos acidentalmente. A média de idades dos inquiridos é de 21,62 anos, sendo o mínimo de 17 anos e o máximo de 44 anos. Maioritariamente o sexo predominante é o feminino, constituindo 64 dos inquiridos e 36 do sexo masculino.

Relativamente ao estado civil, 93 dos inquiridos são solteiros, 3 são casados, 1 divorciado e ainda 3 assinalaram a opção outro. O número de filhos por parte dos inquiridos, é de que 94 dos inquiridos não têm filhos, 4 têm um (1) filho, e apenas 2 têm dois (2) filhos.

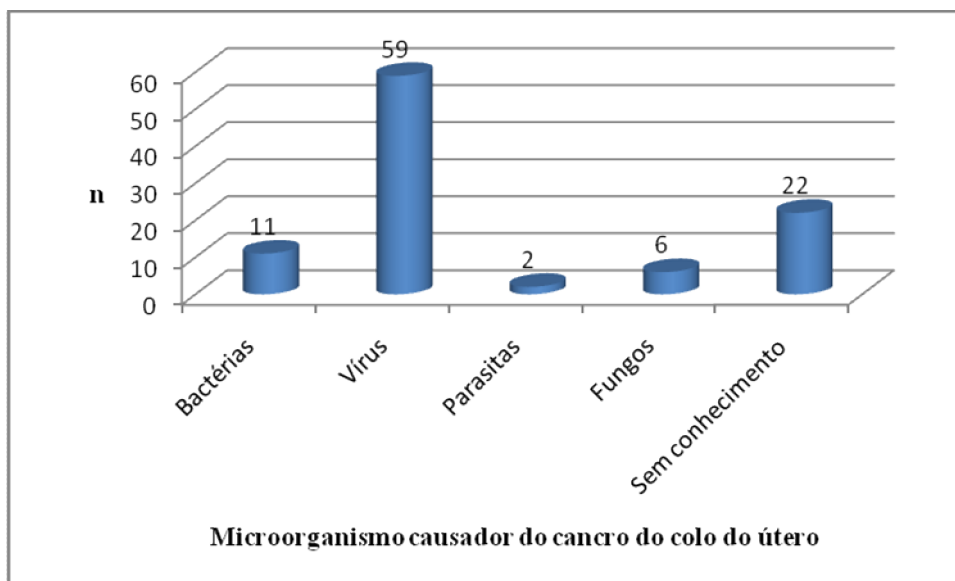
O grau académico dos inquiridos é representado maioritariamente pelo 12º ano (89), seguindo-se a Licenciatura (8) e outro tipo de grau académico (3). Quanto à categoria profissional, 72 são Estudantes, 24 responderam Trabalhadores - Estudantes e 4 responderam outro.

#### **2. Apresentação e análise de dados**

Na segunda parte do questionário, pretende-se identificar os conhecimentos dos alunos do 1º ano da Universidade Fernando Pessoa e recolher a opinião destes sobre a importância que estes dão a uma prevenção do cancro do colo do útero adequada.

No que diz respeito às respostas da questão nº 7 do questionário “Qual o microrganismo que causa o cancro do colo do útero?”, conclui-se que 11 dos inquiridos responderam bactérias, 59 diz ser a resposta correcta vírus, 2 afirmam que o microrganismo causador do cancro do colo do útero são os parasitas, 6 responderam fungos, e por último 22 assinalaram desconhecer o agente causador, como podemos observar no Gráfico 1.

Prevenção do cancro do colo do útero:  
A informação dos alunos do 1º ano da Universidade Fernando Pessoa



**Gráfico 1 - Distribuição da amostra de acordo com o microorganismo que causa o cancro do colo do útero.**

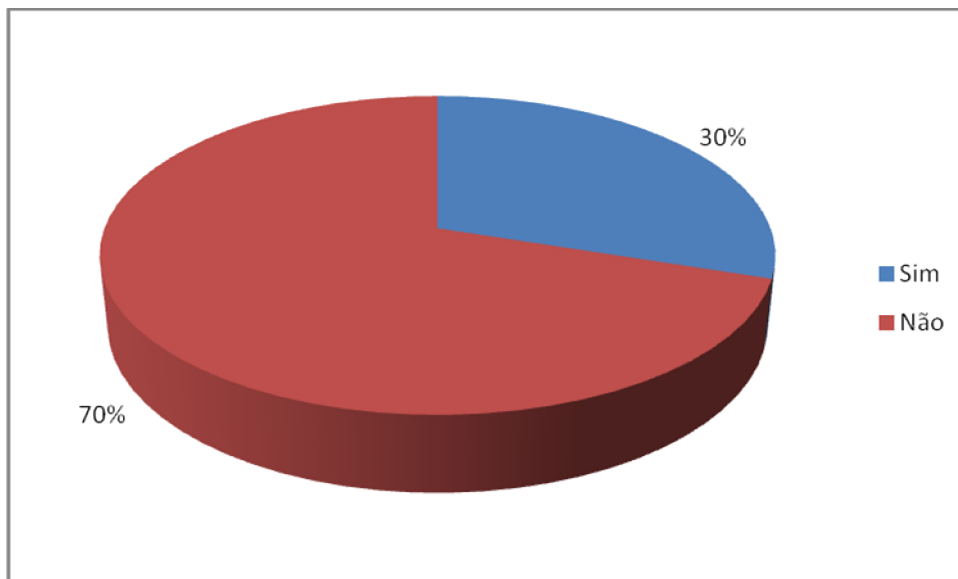
Respondendo à questão “Qual o tipo de PVH mais frequente?”, pode-se aferir que na maioria, os inquiridos (80), afirmam não ter conhecimento do tipo de PVH mais comum. Da amostra presente, ainda se pode constatar que 6 responderam que o PVH mais frequente é o tipo 18, 12 afirmam ser o tipo 16 e ainda 2 dizem ser o tipo 14 (ver quadro 1).

		N	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Tipos de PVH	Tipo 18	6	6,0%	6,0%	6,0%
	Tipo 16	12	12,0%	12,0%	18,0%
	Tipo 14	2	2,0%	2,0%	20,0%
	Sem conhecimento	80	80,0%	80,0%	100,0%
	Total n	100	100,0%	100,0%	

**Quadro 1 – Distribuição da amostra, de acordo com o tipo de PVH.**

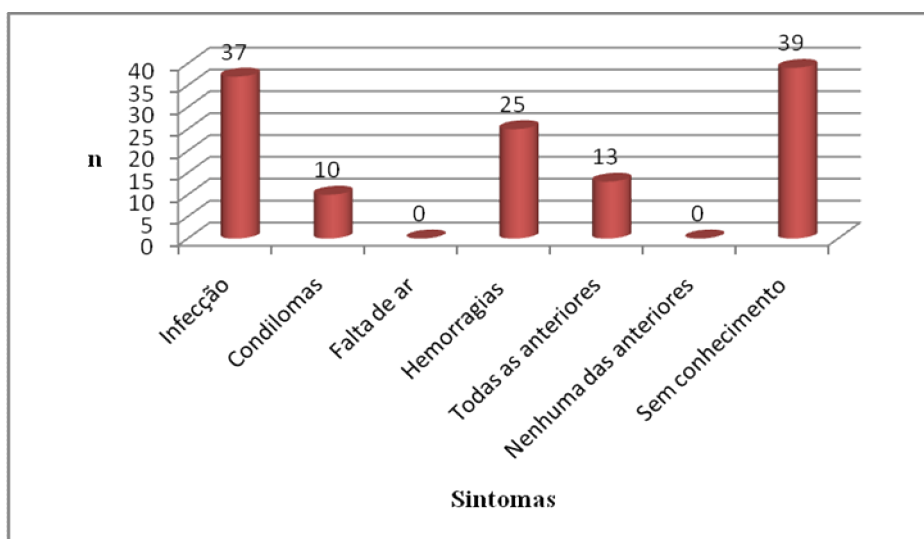
À questão “ O PVH provoca apenas cancro do colo do útero?”, conclui-se que 30% dos inquiridos respondeu que sim e 70% respondeu não, como demonstra o Gráfico 2.

Prevenção do cancro do colo do útero:  
A informação dos alunos do 1º ano da Universidade Fernando Pessoa



**Gráfico 2 – Distribuição da amostra (através da Fr em %), de acordo com a resposta à questão: “O PVH provoca apenas cancro do colo do útero?”.**

Em relação à questão “O que é que o PVH pode provocar?”, pode-se averiguar que 37 dos inquiridos responderam que o PVH pode provocar infecções, 10 diz que pode provocar condilomas, 0 reporta falta de ar, 25 dos inquiridos afirma que pode provocar hemorragias, 13 assinalaram que todas as respostas anteriores se encontram correctas, 1 dos inquiridos respondeu nenhuma das respostas anteriores estava correcta e 39 diz não ter conhecimentos do que o PVH pode provocar, como podemos observar no Gráfico 3.



**Gráfico 3 – Distribuição da amostra de acordo com os sintomas.**

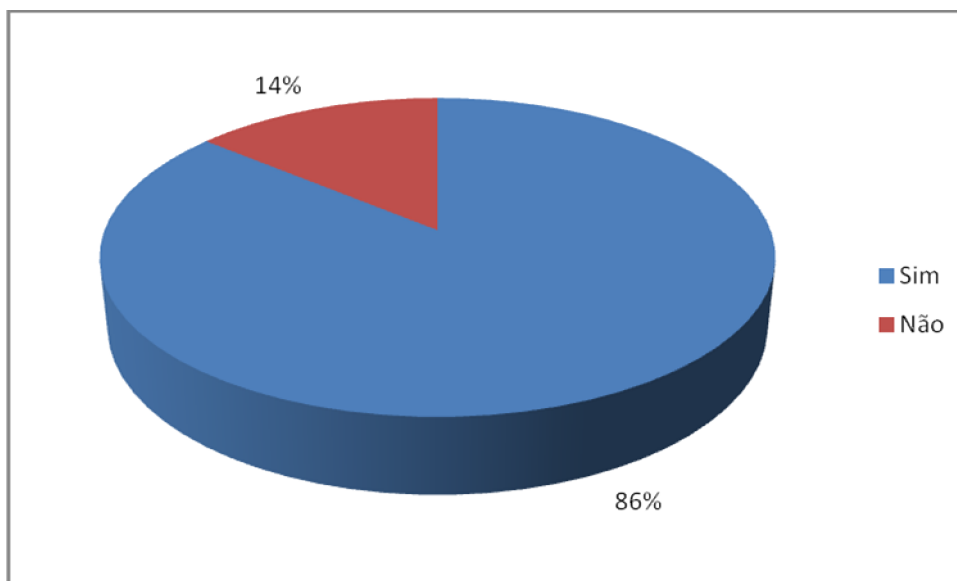
Relativamente às respostas dos inquiridos no que refere às estratégias para a prevenção do cancro do colo do útero, conclui-se que 65 defendem que a vacina é uma estratégia de prevenção, 2 responderam abstinência de relações sexuais, 16 afirmam que o uso do preservativo é uma boa estratégia, 8 assinalaram a opção limitar o número de parceiros sexuais, 23 diz serem todas as respostas anteriores, 5 afirmam que nenhuma das respostas anteriores é uma estratégia para a prevenção do cancro do colo do útero, e ainda 7 responderam não ter conhecimento (ver quadro 2).

Estratégias para prevenção do cancro do colo do útero	n
Vacina	65
Abstinência	2
Preservativo	16
Limitar parceiros	8
Todas as respostas	23
Nenhuma das respostas	5
Sem conhecimento	7

**Quadro 2 – Distribuição da amostra de acordo com as estratégias para prevenção do cancro do colo do útero**

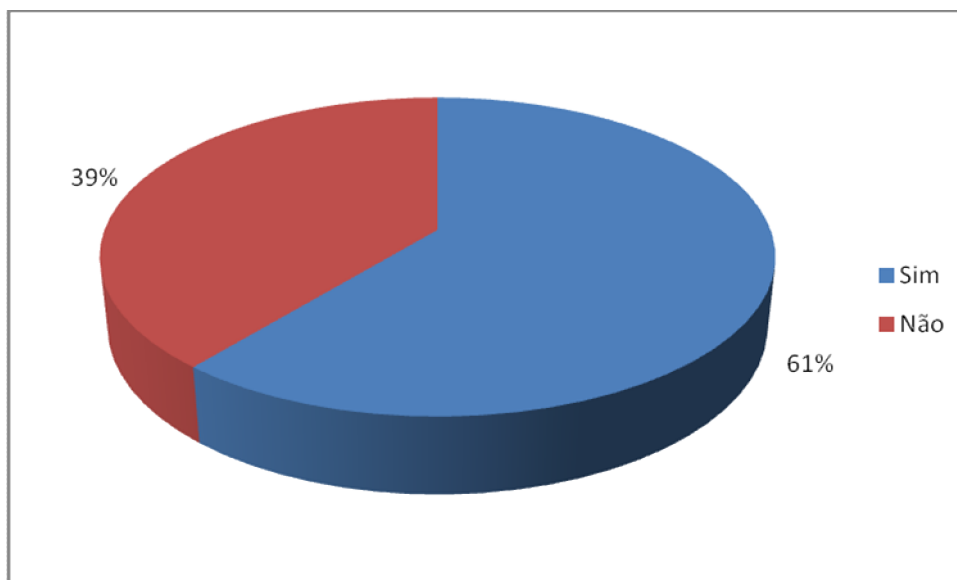
Ao avaliar os conhecimentos dos inquiridos, relativamente à nova vacina para prevenção do cancro do colo do útero conclui-se que estes têm conhecimento da existência da nova vacina, sendo que 86% dos inquiridos responderam que sim e apenas 14% responderam que não, ver Gráfico 4.

Prevenção do cancro do colo do útero:  
A informação dos alunos do 1º ano da Universidade Fernando Pessoa



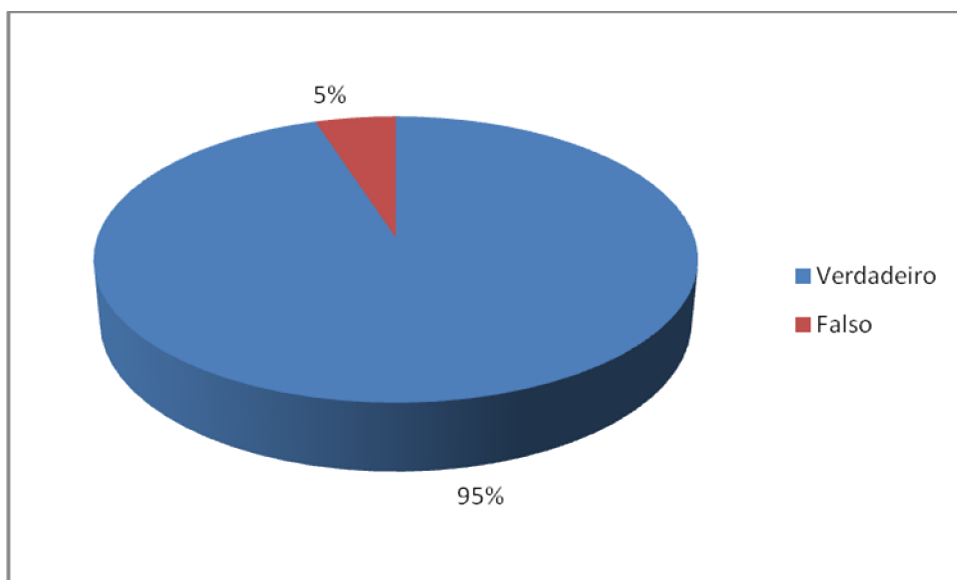
**Gráfico 4 – Distribuição da amostra (através da Fr em %), de acordo com os conhecimentos da nova vacina para prevenção do cancro do colo do útero**

Quando se perguntou aos inquiridos se estes possuíam conhecimentos sobre a entrada de uma nova vacina para prevenção do cancro do colo do útero para o PNV, 61% responderam afirmativamente à questão enquanto 39% responderam que desconhece a entrada desta nova vacina de prevenção do cancro do colo do útero para o PNV (observar Gráfico 5).



**Gráfico 5 - Distribuição da amostra (através da Fr em %), de acordo com os conhecimentos da entrada da nova vacina de prevenção do cancro do colo do útero para o PNV.**

Perante a afirmação: “A vacina contra o PVH é apenas para as mulheres virgens.”, Na maioria das respostas, os inquiridos afirmaram que a afirmação é falsa (95%) e apenas uma pequena parte da amostra (5%) respondeu verdadeiro, como se pode ver no Gráfico 6.



**Gráfico 6 - Distribuição da amostra (através da Fr em %), de acordo com a afirmação: “A vacina contra o PVH é apenas para as mulheres virgens.”**

Quanto à questão “Qual é a importância que dá a uma prevenção do cancro do colo do útero adequada?” pôde se aferir pela média de respostas dos inquiridos (n=100), numa escala de 1 a 5, em que 1 significa “Nada Importante” e 5 “Muito Importante”, que estes consideram em média muito importante uma prevenção adequada (Observar Quadro 3).

	n	Média	Desvio Padrão
Qual a importância que dá a uma prevenção do cancro do colo do útero	100	4,6100	0, 61783
Válidos	100		

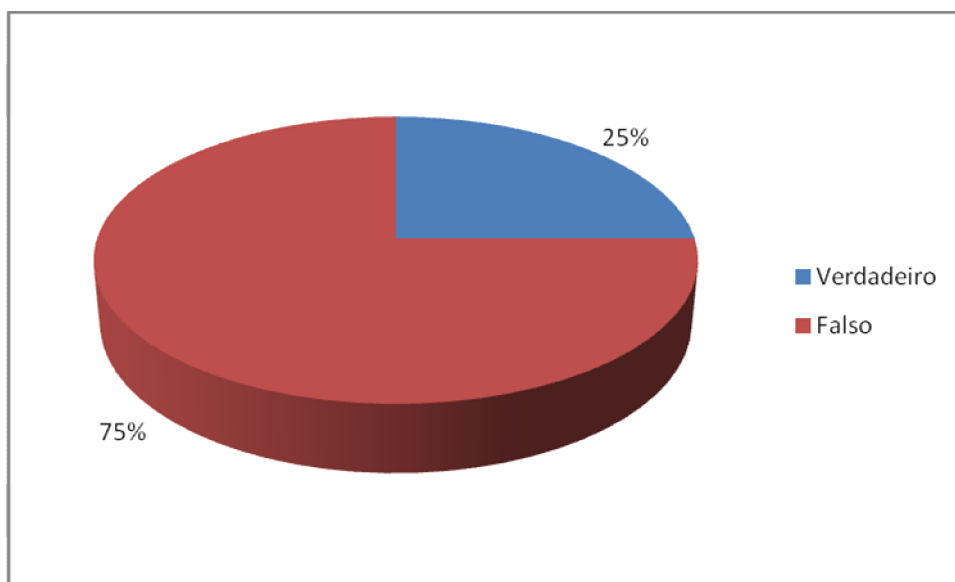
**Quadro 3 - Distribuição da amostra de acordo com a afirmação: “Qual a importância que dá a uma prevenção do cancro do colo do útero?”**

No que toca ao conhecimento que os inquiridos têm em relação ao número de vezes que estes pensam ser necessário para efectuar o rastreio de prevenção do cancro do colo do útero, pôde se concluir pela média de resposta que a opção mais frequente é anualmente, como podemos confirmar com o Quadro 4.

	n	Média	Desvio Padrão
Quantas vezes pensam ser necessário efectuar rastreio para uma prevenção adequada	100	3,2000	0,79137
Válidos	100		

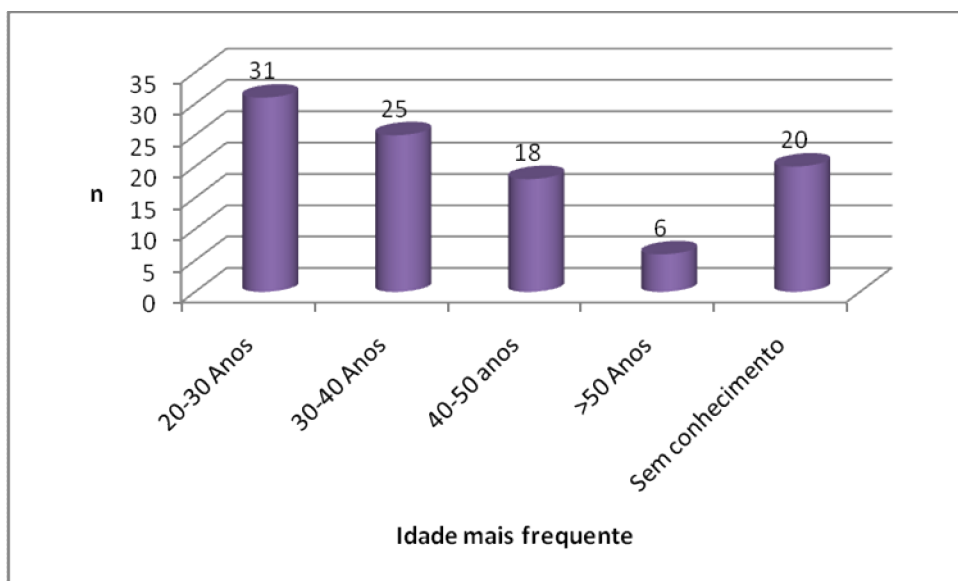
**Quadro 4 - Distribuição da amostra de acordo com a resposta à questão: "Quantas vezes pensa ser necessário efectuar rastreio para uma prevenção adequada?".**

Perante a seguinte afirmação, " Se usar preservativo, estou imune ao microrganismo que pode provocar o cancro do colo do útero", 75% dos inquiridos afirmam que esta afirmação é falsa, enquanto 25% dos inquiridos dizem que esta é verdadeira (consultar Gráfico 7).



**Gráfico 7 - Distribuição da amostra (através da Fr em %), de acordo com a afirmação: "Se usar preservativo, estou imune ao microrganismo que pode provocar o cancro do colo do útero."**

No âmbito da pergunta “Qual a idade mais comum para a manifestação do cancro do colo do útero?”, 31 dos inquiridos responderam que a idade mais comum para a manifestação do cancro do colo do útero será entre os 20 e os 30 anos, enquanto 25 dizem que a idade mais comum é entre os 30 e os 40 anos, 18 afirmam ser entre os 40 e os 50 anos, 6 responderam que a idade mais comum é com idade superior a 50 anos e 20 dizem desconhecer a idade mais comum para a manifestação do cancro do colo do útero (verificar Gráfico 8).



**Gráfico 8 - Distribuição da amostra de acordo com a afirmação “Qual a idade mais comum para a manifestação do cancro do colo do útero?”**

Os inquiridos quando questionados em relação ao mecanismo de transmissão do microrganismo que causa o cancro do colo do útero, 44 responderam à opção contacto sexual, 2 optaram pela opção via aérea, 4 dizem ser por contacto sexual, 11 defendem que este se transmite através de todas as vias anteriormente referidas, 10 dizem não ser através de nenhuma das vias de transmissão previamente descritas e ainda 29 referem não ter conhecimentos (ver Quadro 5).

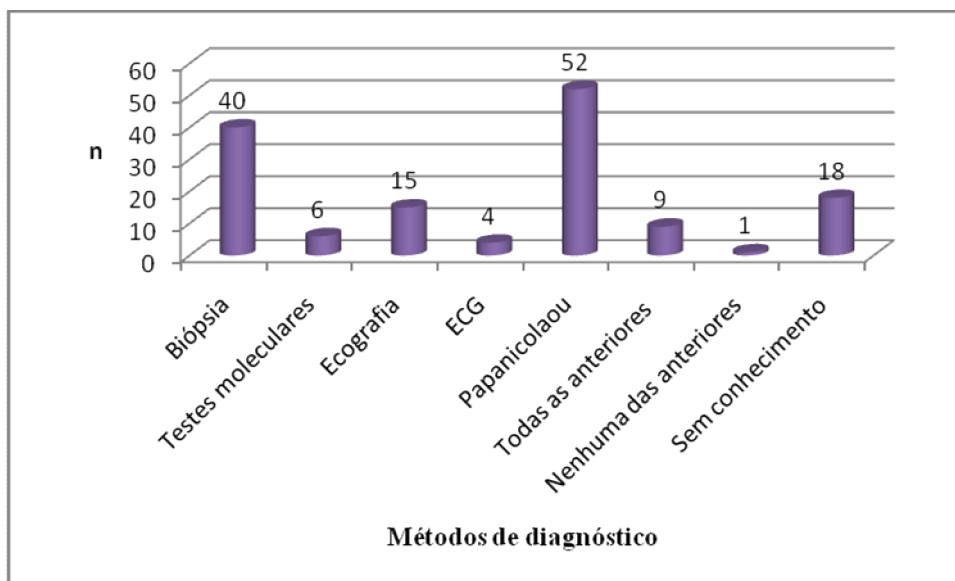
Prevenção do cancro do colo do útero:  
A informação dos alunos do 1º ano da Universidade Fernando Pessoa

		n	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Válida
Mecanismos de transmissão	Contacto sexual	44	44,0	44,0	44,0
	Via aérea	2	2,0	2,0	46,0
	Via sanguínea	4	4,0	4,0	50,0
	Todas as hipóteses anteriores	11	11,0	11,0	61,0
	Nenhuma das anteriores	10	10,0	10,0	71,0
	Sem conhecimento	29	29,0	29,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Quadro 5 - Distribuição da amostra de acordo com a questão: “Qual o mecanismo de transmissão do cancro do colo do útero?”**

Para os inquiridos os métodos de diagnóstico do cancro do colo do útero são para 40 da amostra a biópsia, 6 os testes moleculares, 15 diz ser a ecografia, 4 afirmam ser o ECG, 52 dizem ser o teste do Papanicolaou, 9 pensam que seja todos os métodos de diagnóstico anteriormente referidos, 1 responde não ser nenhum destes e 18 referem não ter conhecimentos.

Prevenção do cancro do colo do útero:  
A informação dos alunos do 1º ano da Universidade Fernando Pessoa



**Gráfico 9 - Distribuição da amostra de acordo com os métodos de diagnóstico do cancro do colo do útero.**

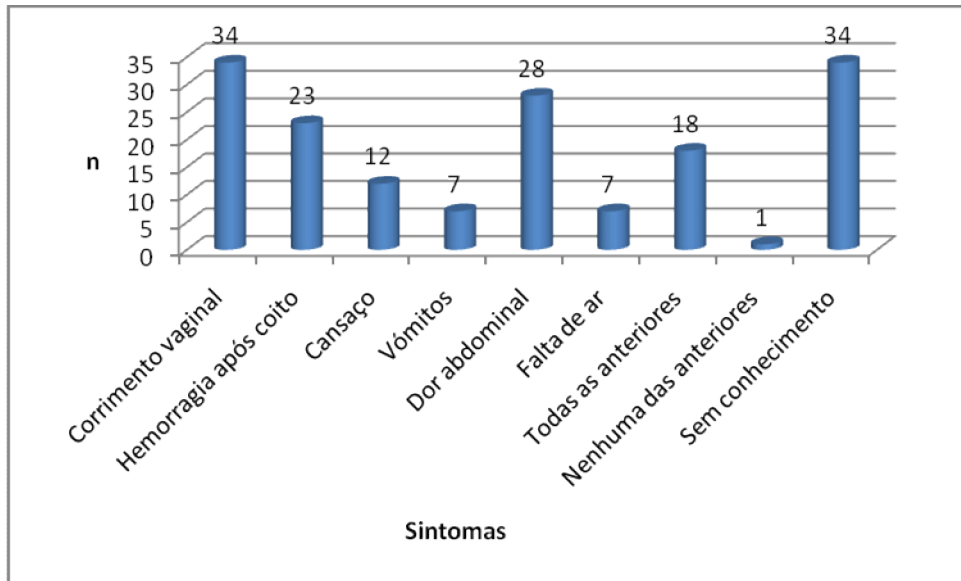
No que refere à questão “Quais são as causas do cancro do colo do útero?”, a resposta mais frequente foi múltiplos parceiros sexuais (46), logo de seguida de DST’s (33), como podemos observar no Quadro 6.

Causas do cancro colo do útero	n
Múltiplos parceiros	46
Elevado nível SE	1
Tabaco	13
Idade	21
História de DST	33
Todas as respostas	13
Nenhuma das respostas	14

**Quadro 6- Distribuição da amostra de acordo com as causas do cancro do colo do útero**

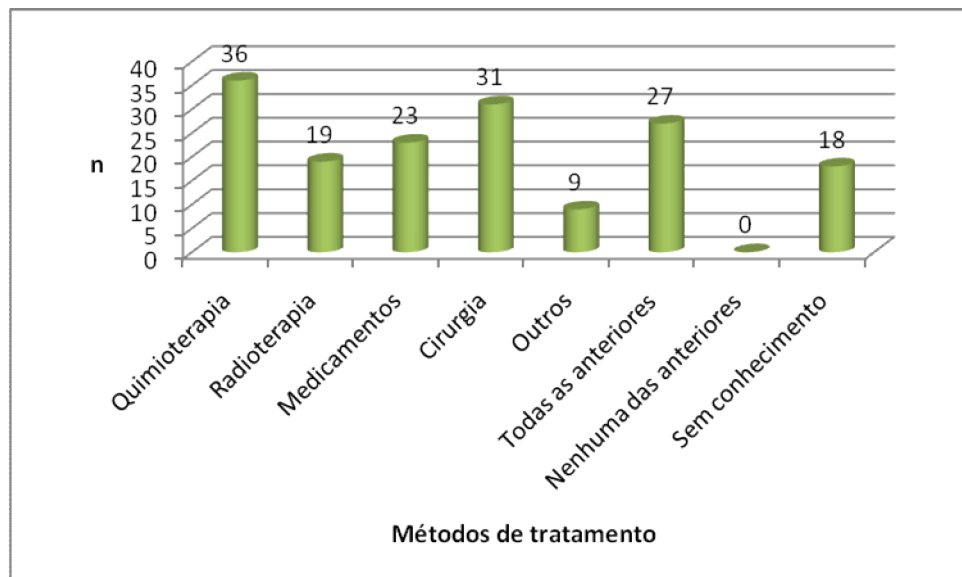
Quanto aos sintomas precoces do cancro do colo do útero, conclui-se maioritariamente os inquiridos afirmam não ter conhecimentos (34) e o corrimento vaginal (34), 28 diz ser dor abdominal, 23 dizem ser a hemorragia após relação sexual, 15 dizem ser todas as opções, 12 optaram por cansaço, 7 vómitos, 7 falta de ar e 1 nenhuma das opções ver Gráfico 10.

Prevenção do cancro do colo do útero:  
A informação dos alunos do 1º ano da Universidade Fernando Pessoa



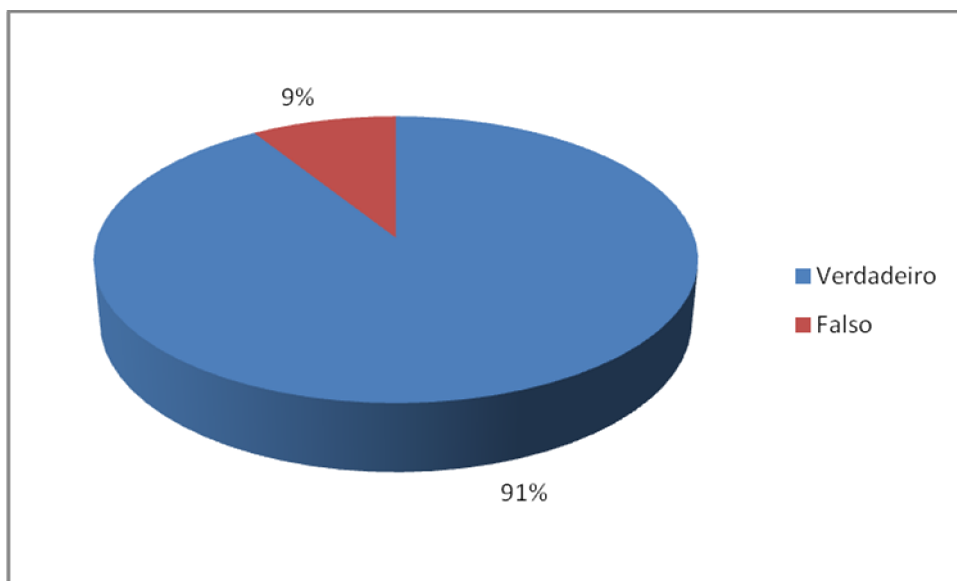
**Gráfico 10 - Distribuição da amostra de acordo com os sintomas precoces do cancro do colo do útero**

Quando se inquiriu os alunos do 1º ano da UFP em relação aos tratamentos que existem para o cancro do colo do útero, pôde-se averiguar que estes responderam na sua maioria (36) a quimioterapia, logo de seguida 31 inquiridos responderam cirurgia e 27 todas as respostas anteriores como podemos verificar no Gráfico 11.



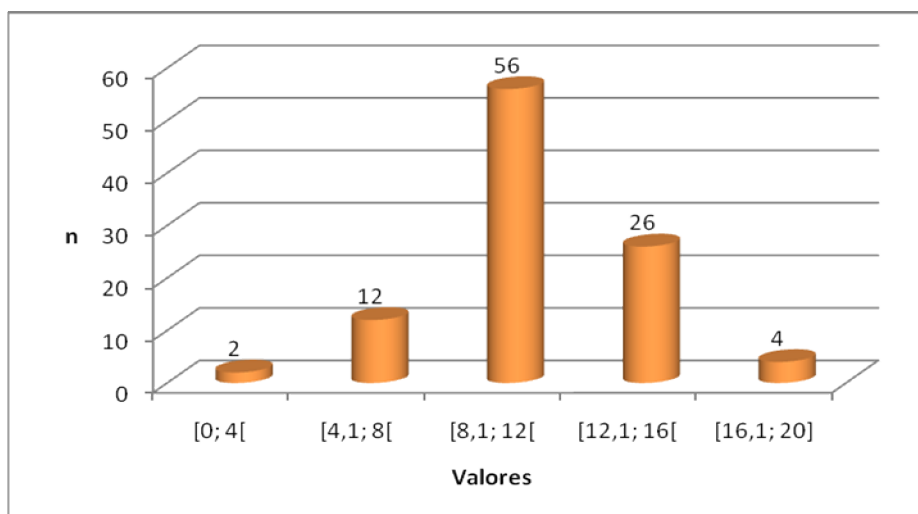
**Gráfico 11 - Distribuição da amostra de acordo com os métodos de tratamento do cancro do colo do útero**

Perante a seguinte afirmação “ O cancro do colo do útero é o segundo cancro mais mortífero para as mulheres jovens na Europa.”, 91% responderam que a afirmação era verdadeira e apenas 9% responderam que esta é falsa, como podemos ver no Gráfico 12.



**Gráfico 12 - Distribuição da amostra (através da Fr em %), de acordo com a afirmação “ O cancro do colo do útero é o segundo cancro mais mortífero para as mulheres jovens na Europa.”**

Na presente amostra (n=100) pode-se aferir que esta demonstra ter conhecimentos sobre o cancro do colo do útero (na medida em que tem 50% ou mais de respostas correctas). A percentagem correspondente ao número de alunos que demonstra conhecimentos é de 70%. Enquanto que a percentagem de alunos correspondente à falta de conhecimentos é de 30%. Expondo as classificações (0-20 valores) dos alunos por classes obtem-se o seguinte Gráfico (Gráfico 13):



**Gráfico 13 - Distribuição da amostra de acordo com a cotação de avaliação de conhecimentos.**

Prevenção do cancro do colo do útero:  
A informação dos alunos do 1º ano da Universidade Fernando Pessoa

Neste podemos observar que 2 dos inquiridos obtiveram  $[0;4[$  valores, 4 inquiridos da presente amostra  $[16,1;20]$ , 12 dos inquiridos  $[4,1;8[$  valores, 26 dos inquiridos  $[12,1;16[$  valores e por último 56 obtiveram entre  $[8,1;12[$  valores, sendo esta última a maioria em termos de respostas por parte dos inquiridos.

A avaliação é efectuado através dos seguintes critérios:

- Escala de 0-20 valores
- 50% de respostas correctas

#### **IV. DISCUSSÃO DE DADOS:**

Neste capítulo pretende-se analisar os resultados que consideramos mais pertinentes.

Respondendo à questão de investigação: “Qual a informação que possuem os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano sobre a prevenção do cancro do colo do útero?” conclui-se que a informação que estes possuem é moderada.

A prevenção é algo de crucial na área da saúde, pois com uma prevenção eficaz consegue-se obter mais e melhores ganhos em saúde (diminuindo a incidência de doenças agudas e crónicas, o aumento de cirurgias, etc.). O cancro do colo do útero pode ser prevenido através da identificação de lesões pré-cancerígenas precocemente, usando citologias repetidas e tratar estas lesões, antes de estas avançarem (Khoo *et alii*, 2009). O conhecimento dos alunos sobre as estratégias para a prevenção do cancro do colo do útero é satisfatório no geral, sendo que a maioria defende que a vacina é uma estratégia de prevenção, 8 assinalaram a opção limitar o número de parceiros sexuais, e apenas uma pequena percentagem respondeu não ter conhecimento. Ainda se pode salientar que uma parcela razoável (23) afirma que a “prevenção nunca é demais” assinalando todas as opções como certas. Ao verificar-se que houve uma grande inclinação para escolher a opção da vacinação como a melhor resposta, conclui-se que a divulgação através dos *media* começa a ter os seus efeitos positivos.

Quando se refere à importância que uma prevenção adequada tem ao aplicado correctamente em relação ao cancro do colo do útero, os alunos, em média, consideram-na muito importante. No entanto, Khoo *et alii* (2009), no seu estudo, verificou que as jovens da Malásia tinham um conhecimento muito baixo da importância do papel de uma prevenção precoce. Apesar de esta amostra ter um nível de formação inferior e ser proveniente de uma cultura diferente, não existem muitos estudos nesta área, logo, foram usados os encontrados. No entanto, consegue-se ficar com várias perspectivas ao nível dos vários estudos sobre avaliação de conhecimentos em todo o Mundo, verificando o nível de conhecimentos de variadas culturas.

No que toca ao conhecimento que os inquiridos têm em relação ao número de vezes que estes pensam ser necessário para efectuar o rastreio de prevenção do cancro do colo do útero, pôde-se concluir pela média de resposta que a opção mais frequente é anualmente, o que está de

acordo com o estudo realizado por Stark *et alii* (2008), pois neste estudo é representada uma maioria proeminente, relativamente ao número de vezes necessária para efectuar o rastreio de prevenção do cancro do colo do útero (anualmente). Em contra partida, os resultados obtidos por Khoo *et alii* (2009), demonstraram que a opinião das inquiridas era bastante divergente e a certeza das respostas não era elevada.

Os métodos de diagnóstico do cancro do colo do útero são para a maioria da amostra (52) o teste do Papanicolaou, sendo seguido de perto pelos 40 da biopsia e 18 referem não ter conhecimentos, o que vai de acordo com o estudo realizado por Stark *et alii* (2008), no entanto os inquiridos ainda assinalaram testes moleculares com frequência para além dos outros anteriormente referidos.

As causas do cancro do colo do útero têm como resposta mais frequente os múltiplos parceiros sexuais (46), logo de seguida de DST's (33); o que vai de acordo com os resultados obtidos por Khoo *et alii* (2009) e com Stark *et alii* (2008) pois obtiveram um nível de conhecimentos relativamente elevado nesta área, sendo citadas pelas inquiridas que ser sexualmente activa, ter múltiplos parceiros sexuais ou ter um parceiro que tem múltiplos parceiros sexuais, são factores de risco para aquisição de cancro do colo do útero.

Segundo Khoo *et alii* (2009), no seu estudo mencionou que cerca de metade da sua população foi capaz de listar sinais e sintomas do cancro do colo do útero, como hemorragia anormal, corrimento fétido e em excesso, no entanto, nenhum das inquiridas referiu que o cancro do colo do útero era usualmente assintomático. Os alunos demonstram uma moderada falta de conhecimentos pois cerca de 34 demonstram falta de conhecimentos acerca sintomas precoces do cancro do colo do útero, ainda 34 corrimento vaginal, 23 hemorragia após relação sexual.

Em relação ao tratamento existente para o cancro do colo do útero o conhecimento demonstrado foi bastante satisfatório, sendo as respostas mais frequentes quimioterapia (36) e 31 cirurgia, o que vai de encontro aos resultados obtidos no estudo realizado por Khoo *et alii* (2009), tendo sido as respostas mais frequentes histerectomia, quimioterapia e radioterapia.

Os alunos, em relação à idade mais frequente para a manifestação do cancro do colo do útero, demonstram opiniões bastante divergentes pois não existiu uma maioria no que respeita a esta

questão sendo que, 31 responderam que essa idade se situaria entre os 20 e os 30 anos, enquanto 25 referem o intervalo dos 30 aos 40 anos, sendo que ainda 20 afirmam não ter qualquer conhecimento. Segundo Moscicki e Widdice (2008), o cancro do colo do útero tem sido diagnosticado em mulheres menores de 20 anos de idade, mas esses dados não providenciam qualquer informação acerca dos factores (isto é, estado imunitário) envolvido nesses poucos casos relatados. O primeiro pico visto para o cancro do colo do útero em mulheres nos EUA é naquelas de idade 40-44 anos.

Perante a seguinte afirmação “ O cancro do colo do útero é o segundo cancro mais mortífero para as mulheres jovens na Europa.”, 91% Responderam que a afirmação era verdadeira e apenas 9% responderam que esta é falsa, como podemos verificar com os dados obtidos com Globocan 2002 *cit. in* Liga Portuguesa Contra o Cancro *et alii*, 2007.

Quanto à questão de investigação: “Qual a informação que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano têm sobre PVH?” conclui-se que quanto ao tipo de PVH mais comum, verificou-se que a maior parte da amostra (80) não tem qualquer conhecimento sobre qual o mais comum, seria bom incidir uma maior informação sobre as particularidades deste vírus e como ele é transmitido.

Segundo Khoo *et alii* (2009) vários estudos mostram que a infecção provocada pelo PVH é responsável por mais de 90% dos casos de cancro invasivo do colo do útero no mundo. Na amostra do presente estudo, o conhecimento de que o PVH é a causa maior de, aproximadamente, 100% dos tipos causadores de cancro do colo do útero, rapidamente levou ao desenvolvimento de vacina eficazes contra os tipos de vírus mais frequentes e agressivos na carcinogénese, como o tipo 16 e 18.

Durante o presente ano, ao inquirir os alunos do primeiro ano acerca do agente causador do cancro do colo do útero, verificou-se que mais de metade dos inquiridos tinham conhecimento que esse agente era um vírus (59), no entanto, visto ser uma população com um grau de formação elevada (alunos do ensino superior), os 41 que não souberam responder correctamente, incluindo 22 que afirmaram não ter conhecimento da causa, os resultados ficam aquém do esperado, quanto à actual sensibilização existente para esta patologia, indo de acordo com os dados obtidos no estudo realizado por Bellen *et alii* (2009).

No que diz respeito ao conhecimento dos alunos sobre o Papilomavirus ter como única consequência o cancro do colo do útero, 70% demonstraram ter conhecimento ao responder que não. No entanto, esta resposta apenas nos diz que os inquiridos sabem que existem outras implicações ao contraírem o Papilomavirus Humano, porém, não se pode afirmar que estes saibam quais estas podem ser.

“Estima-se que 15% da população adulta tem uma infecção por HPV e que 1% apresenta verrugas genitais. Cerca de 90% dos condilomas acuminados são provocados pelo HPV 6 e 11. Muitos indivíduos infectados nunca desenvolvem verrugas genitais” (SPG, 2007).

O Papilomavirus Humano não implica apenas a aquisição de cancro do colo do útero. Os alunos neste estudo demonstraram pobre conhecimento sobre as potenciais consequências, sendo que desta amostra 39 não tinham conhecimento, e que a restante tinha uma opinião muito dividida sobre as opções existentes, o que leva a concluir a incerteza dos alunos nesta temática.

Em relação à questão de investigação: “Qual a informação que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano possuem sobre o PNV?” obteve-se que os conhecimentos sobre a entrada de uma nova vacina para prevenção do cancro do colo do útero para o PNV, ainda se encontram um pouco aquém do esperado, sendo que 39% ainda desconhecem este facto.

Ao avaliar os conhecimentos dos inquiridos, relativamente à nova vacina para prevenção do cancro do colo do útero conclui-se que estes têm bom conhecimento da existência da nova vacina com uma maioria de respostas afirmativas (86%), indo de acordo com o estudo com o estudo realizado por Bellen *et alii* (2009), onde o conhecimento da nova vacina é muito elevado, referindo ainda que em relação a um estudo realizado em 2008, o nível de conhecimento aumentou (devido também a uma maior divulgação por parte dos mass media).

Perante a afirmação: “A vacina contra o PVH é apenas para as mulheres virgens.”, na maioria, os inquiridos responderam que a afirmação é falsa (95%).

Respondendo à questão de investigação: “Quais os cuidados que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano têm em relação ao PVH?” foi concluído que os alunos pensam na

sua maioria (75%) que se usarem preservativo não estão imunes ao microorganismo que pode provocar o cancro do colo do útero, sendo que os conhecimentos da maioria da amostra nesta área estão mais sólidos.

Quanto à questão de investigação: “Qual a informação que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano têm sobre os meios de transmissão do PVH?”conclui-se que no que respeita ao mecanismo de transmissão do microorganismo que causa o cancro do colo do útero, a maioria (44) respondeu contacto sexual, sendo ainda que 29 referem não ter conhecimentos.

Na presente amostra (n=100) pode-se concluir que esta demonstra ter conhecimentos moderados sobre o cancro do colo do útero (na medida em que tem 50% ou mais de respostas correctas). A percentagem correspondente ao número de alunos que demonstra conhecimentos é de 70%. Enquanto que a percentagem de alunos correspondente à falta de conhecimentos é de 30%. No entanto, o nível de conhecimentos não é muito elevado, pois 56% obteve entre [8,1;12[ valores, o que leva a concluir que os alunos do 1º ano ainda não têm conhecimentos suficientes para ter uma prevenção do cancro do colo do útero eficaz. No estudo efectuado por Khoo *et alii* (2009), verificou-se que as mulheres que fizeram parte da amostra, tinham um nível de conhecimentos baixo, no entanto, este estudo foi efectuado em mulheres provenientes da Malásia e com um nível de formação inferior ao dos alunos do 1º ano da UFP.

Segundo Wong (2009), num estudo efectuado a mulheres demonstrou a necessidade de informação, desenvolvendo educações à população no âmbito da comunidade. O facto de muitas pessoas terem questionado por informação sobre a prevalência da infecção por PVH no contexto local, demonstrando que a percepção dos riscos é um factor determinante para a aceitação da vacinação, como é ilustrado em outros estudos.

## V. CONCLUSÃO

O enfermeiro deve proceder à colheita de dados, identificar problemas e necessidades, estabelecer objectivos e determinar as intervenções de enfermagem para atingir esses objectivos, avaliando depois a eficácia do plano de intervenção implementado, na satisfação dos problemas e necessidades identificadas.

O tema que terá por base este projecto de investigação será o seguinte: “Prevenção do cancro do colo do útero: Informação dos alunos dos alunos do 1º ano da Universidade Fernando Pessoa.”

As questões de investigação são:

- Qual a informação que possuem os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano sobre a prevenção do cancro do colo do útero?
- Qual a informação que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano possuem sobre o PNV?
- Qual a informação que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano têm sobre os meios de transmissão do PVH?
- Qual a informação que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano têm sobre PVH?
- Quais os cuidados que os alunos da Universidade Fernando Pessoa do 1º ano têm em relação ao PVH?

O tipo de estudo que irá ser feito, é um estudo descritivo e quantitativo, em que a população alvo deste estudo será constituída por alunos do 1º ano da Universidade Fernando Pessoa.

A amostra deste estudo será constituída por cem alunos do 1º ano da Universidade Fernando Pessoa.

Como variável dependente teríamos a prevenção do cancro do colo do útero. Como variáveis independentes designaram-se para o estudo as seguintes variáveis: a informação sobre a prevenção, o tratamento, os meios de transmissão, os tipos de PVH, os tipos de

microrganismos, as causas, a vacina, a idade comum de manifestação do cancro do colo do útero, os métodos de diagnóstico e os sintomas.

Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário dirigido aos alunos do 1º ano da UFP.

Para o tratamento dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS 16.0 e o Excel para Office do Sistema Operativo do Windows. A apresentação dos resultados será feita através de quadros, tabelas e histogramas com a sua respectiva descrição.

Será aplicado um pré-teste a dez alunos com os critérios definidos para a população seleccionada.

As questões éticas e direitos levantados na investigação são o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e prejuízo, o direito a um tratamento justo e equitativo e o direito ao cumprimento do consentimento informado.

A análise estatística realizou-se através da estatística descritiva onde foram calculadas: o mínimo, o máximo, frequência relativa, a média e o desvio padrão.

Estratégias a serem propostas: Educação para a Saúde na área dos cuidados primários e intervir junto das jovens nas escolas, universidades e Centros de Saúdes/Unidades de Saúde Locais/ Unidades de Saúde Familiares. Mais especificamente, é sugerido que seja incluído no plano de estudos de Enfermagem, uma maior incidência na temática de prevenção do cancro do colo do útero, falando do PVH e de tudo o que seja inerente. Esta introdução no plano de estudos deve ser efectuada precocemente no 1º ano. A DGS deveria apostar mais nesta área, implementado a vacinação contra o PVH desde dos 9 anos até aos 18 anos, pelo menos; e deveria apostar mais na formação dos profissionais de saúde e da comunidade.

Posto isto, os objectivos da realização deste Projecto de Graduação foram alcançados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abelloff, M., Armitage, J., Litcher, A., Niederheder, J. (2000). *Clinical Oncology*, 2ª edição, Filadélfia, Harcourt Brace & Company.
- Beare P., Myers J. (1995). *Principios y practica de la Enfermería medicoquirúrgica*. 2ª Edição. Madrid. Mosby / Doyma Libros ed.
- Bellen, G., Berger, J., Bosch, T., Declerq, A., Donders, G., Riphagen, J. e Verjans, M. (2009). Change in knowledge of women about cervix cancer, human papilloma virus (HPV) and HPV vaccination due to introduction of HPV vaccines, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, pp.1-3.
- Berek, J. (2007). *Berek & Novak's Gynecology*. 14ª edição, Filadélfia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Boer, C., Consolaro, M. Susuki, L. e Wolschick, N. (2007). Câncer do colo do útero: Tecnologias emergentes no diagnóstico, tratamento e prevenção da doença, *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, Volume 39 (2), 23 de Fevereiro, pp. 123-129.
- Bosch, F. Lorinez, A. Meijer, C., Muñoz, N., Shah, K., (2002). The causal relation between human Papillomavirus and cervical cancer, *Journal of Clinical Pathology*, Volume 55, 22 de Janeiro, pp. 224-265.
- Choi *et al* (2005). Detection of HPV genotypes in cervical lesions by the HPV DNA Chip and sequencing, *Gynecology Oncology*, Volume 98, 15 de Julho, pp.369-375.
- DeVita, V., Hellman, S., e Rosenberg, S. (1997). *Cancer – Principles &Practice of Oncology*, 5ª edição, Filadélfia, Lippincott-Raven.

- Direcção Geral de Saúde (2008). Campanha de vacinação contra infecções por Vírus do Papiloma Humano (HPV) [Em linha]. Disponível em "<" [http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/circular2\\_dgs.pdf](http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/circular2_dgs.pdf)">" [Consultado em 05/01/2009].
- Direcção Geral de Saúde (2008). Programa Nacional de Vacinação (PNV) Introdução da vacina contra infecções por Vírus do Papiloma Humano [Em linha]. Disponível em "<" <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/ED87F0AB-F8DA-4CE4-B48B-53040ABFD3EE/0/i010242.pdf>">" [Consultado em 24/04/2009].
- Drake, R., Mitchell, A. e Vogl, W. (2005). *Gray's Anatomy for Students*. Filadélfia, Elsevier inc publications.
- Duarte-Franco, E., Franco, E. e Ferenczy, A. (2001). Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human Papillomavirus infection, *Canadian Medical Association*, 3 de Abril, 164 (7), pp. 1017-1025.
- Duarte-Franco, E. e Franco, E. (2004). Cancer of the Uterine Cervix, *BMC Women's Health*, Volume Nº4, 25 de Agosto, pp. 1-10.
- Eva, L., Luesley, D. e Rogers, L. (2008). Vaccines against cervical cancer, *Current Opinion in Oncology*, Volume 20, pp.570-574.
- European Medicines Agency. (2007) Relatório publico europeu de avaliação – Cervarix. Em linha. Disponível em <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/cervarix/H-721-pt1.pdf> consultado em 15/04/2008
- European Medicines Agency. (2007) Relatório publico europeu de avaliação – Gardasil. Em linha. Disponível em <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/gardasil/070306pt1.pdf> consultado em 15/04/2008

- Fortin, M., (2000). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. 2ªed., Lisboa, Lusociência ed.
- Fowler Jr W.C., Jordan J.A., Lawrence W.D., Shingleton H.M. (1998). *Oncologia Ginecológica*. México. McGraw – Hill Interamericana ed.
- Hausen, H. (2008). Papillomaviruses in the causation of human cancers – a brief historical account, *Virology*, Volume 280, 18 de Novembro, pp. 1-6.
- Hossne, W., Vieira, S. (2001). *Metodologia Científica para a Área de Saúde*, 8ª Edição, Rio de Janeiro, Editora Campus.
- Hugo Sousa. (2004). O que é o HPV?. Em linha. Disponível em “[http://www.sppv.org/info\\_pacientes.html](http://www.sppv.org/info_pacientes.html)” Consultado em 23/03/2008.
- Khoo, M., Low, Y., Shuib, R., Wong, L. e Wong, P. (2009). Knowledge and awareness of cervical cancer and screening among Malaysian women who have never had a Pap smear: a qualitative study, *Singapore Medical Journal*, Volume 50 (1), pp.49-52.
- Lambrou N. C., Morse A. N., Wallach E. E. (2001) *Manual de Ginecologia e Obstetricia do Johns Hopkins*. Porto Alegre, Artmed Editora.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro *et al.* (2008). Passa a palavra. Em linha. Disponível em [www.passaapalavra.com](http://www.passaapalavra.com). Consultado em 27/03/2008
- Liga Portuguesa Contra o Cancro (2009). Tratamento [Em linha]. Disponível em "<" <http://www.ligacontracancro.pt/content.aspx?sid=f64f98e9-8c1f-4068-aa0a-a29b1755154d&cntx=B62shL1%2FyPQq%2FMGTq72qm6bq0evUEd6Osoku72Wlj2E%3D> ">" [Consultado em 12/02/2009].

- Moscicki, A. e Widdice, L. (2008). Updated Guidelines for Papanicolaou Tests, Colposcopy, and Human Papillomavirus Testing in Adolescents, *Journal of Adolescent Health*, Nº 43 S41-S51 Abril, pp. 41-51.
- Marek, J., Phipps, W., Sands, J., (2003). *Enfermagem médica – cirúrgica: conceitos e prática clínica- volume II*. 6ª edição, Loures, Lusociência ed.
- Murria P, Rosenthal K., Pfaller M.(2006). *Microbiologia Médica*. Tradução da 5ª edição. Rio Janeiro. Mosby ed.
- Neto, C., Tadini, V., (2002) *Obstetricia e Ginecologia – Manual para o Residente*, Brasil, Roca Edições.
- Otto, S. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. 3ª Edição. Loures: Lusociência ed.
- Peckham, M., Pinedo, H., e Veronesi, U. (1995). *Oxford Textbook of Oncology – Volume 2 – Sections 8-20 and Index*. Nova York, Oxford Medical Publications.
- Poli M., Silveira G. e colaboradores. (1994). *Ginecologia Preventiva*. Porto Alegre. Artes Medicas.
- Primo W., Trindade E., (2004). *Manual de Ginecologia Oncológica*. Se. Belo Horizonte. Medsi editora.
- Roland, K. et al (2009). Assessing Cervical Cancer Screening Guidelines in Patient Education Materials, *Journal of Women's Health*, Volume 18, Nº1, pp.5-12.
- Sanfilippo, J. e Smith, R. (1998). *Primary Care in Obstetrics & Gynecology*, Nova York, Springer editions.
- Seeley, R., Stephens, T. e Tate, P. (2003). *Anatomia & Fisiologia*, Lisboa, Lusodidacta edições.

- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2007) Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento das Infecções do Aparelho Genital pelo Papiloma Vírus Humano (HPV). [Em linha]. Disponível em "[http://www.spGINECOLOGIA.pt/uploads/consenso\\_hpv.doc](http://www.spGINECOLOGIA.pt/uploads/consenso_hpv.doc)" [Consultado em 17/03/2009].
- Stark, A., (2008). Human Papillomavirus, cervical cancer and women's knowledge, *Cancer Detection and Prevention*, Volume 32, pp. 15-32.
- Wong, L. (2009). HPV information needs educational messages and channel of delivery preferences: views from developing country with multiethnic populations, *Vaccine*, Volume 20, pp.1410-1415.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

## Calendário Vacinação – Plano Nacional de Vacinação 2006

Vacinas contra:	Idades										
	0 meses	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	15 meses	18 meses	5-6 anos	10-13 anos	Toda a vida 10/10 anos
Tuberculose	BCG										
Poliomielite		VIP 1		VIP 2		VIP 3			VIP 4		
Difteria – Tétano – Tosse Convulsa		DTP <sub>a</sub> 1		DTP <sub>a</sub> 2		DTP <sub>a</sub> 3		DTP <sub>a</sub> 4	DTP <sub>a</sub> 5	Td	Td
<i>Haemophilus influenzae</i> b		Hib 1		Hib 2		Hib 3		Hib 4			
Hepatite B	VHB 1	VHB 2				VHB 3				VHB 1,2,3 **	
Sarampo – Parotidite epidémica – Rubéola							VASP R 1		VASP R 2 *		
Meningococo C			MenC 1		MenC 2		MenC 3				
Papiloma Vírus Humano										HPV (1,2,3) ***	

\* - Aplicável aos nascidos antes de 1999 e ainda não vacinados.

\*\* - Nos nascidos em 1993, esta dose deverá ser tomada aos 13 anos.

\*\*\* - Nas nascidas em 1996 (13 anos) e as nascidas em 1992 (17 anos).

### Legenda:

**BCG** – Tuberculose

**DTP** – Difteria, Tétano e Tosse Convulsa

**VHB** – Hepatite B

**VIP** – Poliomielite

**Hib** – Doenças causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b

**MenC** – Meningites e septicemias causadas pela bactéria meningococo

**VASPR** – Sarampo, Parotidite e Rubéola

**Td** – Tétano e Difteria

**HPV** - Papiloma Vírus Humano

## **ANEXO II**

Tânia Esteves Simões nº 15262

Prevenção do cancro do colo do útero:

A informação dos alunos do 1º ano da Universidade Fernando Pessoa

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade Fernando Pessoa

Porto, 2009

Tânia Esteves Simões frequenta o 4º ano do curso de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde. No âmbito deste curso está a realizar a Monografia cujo o título é “Prevenção do cancro do colo do útero: Informação dos alunos do 1º ano da Universidade Fernando Pessoa”.

A sua colaboração é deveras importante e essencial para a investigação. É essencial que responda a todas as questões.

Solicitamos colaboração e pedimos que procure não deixar nenhuma questão em branco e se tiver dúvidas reflecta e escolha a alternativa que lhe pareça melhor. Agradecemos antecipadamente, garantindo o anonimato e sigilo das informações prestadas.

#### **Instruções de preenchimento do questionário:**

A primeira parte do questionário é constituída por 6 questões de Caracterização Sócio-Demográfica. **Assinale com uma cruz (X)** a resposta que for mais adequada ou complete-a se necessitar, nos seguintes parâmetros de caracterização.

A segunda parte do questionário é composta pela caracterização da informação em relação à prevenção do cancro do colo do útero. É composta por 18 questões de escolha múltipla, leia atentamente cada questão. Para cada enunciado escolha a resposta que lhe pareça mais adequada conforme a informação que tem, assinalando uma cruz **(X)**. Agradeço que **responda a todos os itens.**

O questionário tem uma duração média de preenchimento de 5-10 minutos.

A aluna,

---

(Tânia Simões)

## I Parte: Caracterização Sócio – Demográfica

### I - Dados Pessoais:

1. Idade: \_\_\_\_ Anos

2. Género

Masculino

Feminino

3. Habilitações literárias:

12º Ano

Licenciatura

Outros \_\_\_\_\_

4. Estado Civil:

Solteiro(a)

Casado(a)

Divorciado (a)

Outro

5. N° de filhos \_\_\_\_\_

6. Categoria profissional:

Estudante

Trabalhador – Estudante

Outro

## II Parte – Caracterização da informação em relação à prevenção do cancro do colo do útero

7. Qual o microorganismo que causa o cancro do colo do útero?

- Bactérias
- Vírus
- Parasitas
- Fungos
- Sem conhecimento

8. Qual o tipo de HPV mais frequente?

- Tipo 20
- Tipo 18
- Tipo 16
- Tipo 14
- Nenhuma das respostas anteriores
- Sem conhecimento

9. O HPV provoca apenas Cancro do Colo do Útero?

- Sim
- Não

10. O que é que o HPV pode provocar?

- Infecções
- Condilomas
- Falta de ar
- Hemorragias
- Todas as respostas anteriores
- Nenhuma das respostas anteriores
- Sem conhecimento

11. Sabe qual ou quais são as estratégias para prevenção do cancro do colo do útero?

- Vacina
- Abstinência de relações sexuais
- Uso de preservativo
- Limitar o número de parceiros
- Todas as hipóteses anteriores
- Nenhuma das hipóteses anteriores
- Sem conhecimento

12. Tem conhecimento de alguma vacina para prevenção do cancro do colo do útero?

- Sim
- Não

14. Tem conhecimento da entrada da nova vacina contra o colo do utero para o PNV?

- Sim
- Não

15. A vacina contra o HPV é apenas para as mulheres virgens.

- Verdadeiro
- Falso

16. Qual é a importância que dá a uma prevenção do cancro do colo do útero?

1	2	3	4	5
Nada Importante		Muito Importante		

17. Quantas vezes pensa ser necessário efectuar rastreio para uma prevenção adequada?

1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
Quando achar necessário	2/2 Anos	Anualmente	6/6 Meses	Todos os meses

18. Se usar preservativo, estou imune ao microorganismo que pode provocar o cancro do colo do útero.

- Verdadeiro
- Falso

19. Qual é a idade mais comum para a manifestação do cancro do colo do útero?

- 20-30 Anos
- 30-40 Anos
- 40-50 Anos
- >50 Anos
- Sem conhecimento

20. Qual o mecanismo de transmissão do microorganismo que causa o cancro do colo do útero?

- Contacto sexual
- Via aérea
- Via sanguínea
- Todas as hipóteses anteriores
- Nenhuma das hipóteses anteriores
- Sem conhecimento

21. Qual (ais) os métodos de diagnóstico do cancro do colo do útero?

- Biópsia
- Testes moleculares
- Ecografia
- Electrocardiograma
- Teste de Papanicolaou
- Todas as hipóteses anteriores
- Nenhuma das hipóteses anteriores
- Sem conhecimento

22. Quais são as causas do cancro do colo do útero?

- Múltiplos parceiros sexuais
- Elevado nível socio-económico
- Tabaco
- Idade
- História de Doenças Sexualmente Transmissíveis
- Todas as hipóteses anteriores
- Nenhuma das hipóteses anteriores

23. Quais os sintomas precoces do cancro do colo de útero?

- Corrimento vaginal
- Perdas de sangue após relação sexual
- Cansaço
- Vómitos
- Dor abdominal
- Falta de ar
- Todas as hipóteses anteriores
- Nenhuma das hipóteses anteriores
- Sem conhecimento

24. Quais o (s) tratamento (s) para o cancro do colo do útero?

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Medicamentos
- Cirurgia
- Outros
- Todas as hipóteses anteriores
- Nenhuma das hipóteses anteriores
- Sem conhecimento

25. “O cancro do colo do útero é o segundo cancro mais mortífero para as mulheres jovens na Europa.”

- Verdadeiro
- Falso